

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

PRISCILA CORREIA ALMEIDA

**PARTURIÇÃO: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS PRINCIPAIS ASPECTOS
ENVOLVIDOS NO PROCESSO DO PARTO**

VITÓRIA

2014

PRISCILA CORREIA ALMEIDA

**PARTURIÇÃO: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS PRINCIPAIS ASPECTOS
ENVOLVIDOS NO PROCESSO DO PARTO**

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 (a): Prof.^a Esp. Ingrid Frederico Barreto

VITÓRIA
2014

PRISCILA CORREIA ALMEIDA

**PARTURIÇÃO: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS PRINCIPAIS ASPECTOS
ENVOLVIDOS NO PROCESSO DO PARTO**

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^a. Esp. Ingrid Frederico Barreto, Orientador (a), FCSES.

Prof^a. Dra Rosemary Andrade, FCSES.

Prof^a. Dra Fabiana Campos Franco, FCSES.

Para minha mãe Zeni e meu pai Pedro, pelo amor incondicional,
por todo o apoio e incentivo recebidos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu senhor Jesus Cristo, por sua infinita graça e misericórdia, por ter me sustentado até aqui, por ter me concedido forças, sabedoria e inteligência para desenvolver este trabalho, por todos os benefícios recebidos e principalmente pela vitória de realizar esta graduação.

À minha mãe Zeni por todo o seu amor e cuidado, por nunca ter deixado que eu desistisse dos meus sonhos, por sempre acreditar e sentir orgulho de mim e ao meu pai Pedro por todo o seu apoio.

À minha Igreja Metodista Wesleyana em Jardim Colorado, pelas orações em prol da minha vida.

À minha orientadora professora Ingrid Barreto, por ter acreditado em mim desde o início e apoiado minha ideia de trabalho, por não ter permitido que eu desistisse, pelas orientações, palavras de apoio, incentivo, paciência e contribuição extraordinária para a minha formação.

Aos demais professores da Faculdade Católica Salesiana que contribuíram de forma significativa para a minha formação profissional, por todo o conhecimento compartilhado e ensinamentos aprendidos.

Aos meus colegas e amigos de turma e faculdade que contribuíram de forma direta e indireta neste trabalho e na minha formação, em especial as minhas amigas Ione, Gislene e Dayane pelo companheirismo nesses quatro anos de graduação, pelas nossas histórias, por todo o apoio, força e incentivo que me deram.

Aos meus amigos do Estágio Obrigatório I no sétimo período Vanderlaine, Lidiani, Evaldo, Luana, Dayany, Bernado e Allan, por todo o incentivo e ajuda.

Aos meus amigos e colegas de trabalho do meu estágio extracurricular na Secretaria Estadual de Saúde, Fernanda, Rosinery e Luana Barros e em especial a minha supervisora de estágio Ângela, por sempre acreditar em mim e me motivar.

Aos demais, amigos, família, colegas e conhecidos que de alguma forma torceram e torcem pelo meu sucesso e conquistas, a todos o meu muito OBRIGADO!

“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer”.
ODENT, Michel (2002)

RESUMO

O objetivo geral deste estudo é descrever os principais aspectos que estão envolvidos no processo do parto. Como objetivos específicos destacam-se: compreender a influência dos aspectos no processo do parto; conhecer o papel do enfermeiro no parto; demonstrar a importância da enfermagem e da humanização na assistência ao parto e nascimento. O presente estudo trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica que busca descrever a assistência obstétrica. Para a elaboração deste trabalho foram utilizados artigos, guias, manuais, livros, teses, monografias publicados no período entre os anos de 1986 a 2014. A busca das referências foi realizada através de meio eletrônico em sites de caráter científico. Os aspectos do parto são inúmeros, entretanto dentre eles existem alguns principais, não por serem mais importantes, mas pela relevância que apresentam, sendo predominantes nas literaturas que abordam acerca do processo da parturição, sobre o parto e puerpério e sobre assistência obstétrica multiprofissional. Foi concluído com o final do trabalho que o parto é um processo que apresenta aspectos e que ainda pode sofrer interferência e influência de outros, no seu decorrer. Esses aspectos influenciam não só no parto em si, mas também no comportamento das parturientes, na forma como elas vivenciam esse momento e na experiência que adquirem posterior ao parto. O enfermeiro na execução da sua assistência deve compreender que o manejo do parto não deve ser feito como base apenas no seu saber profissional, pelo contrário, o conhecimento do enfermeiro acerca dos aspectos que envolvem o parto é de extrema importância no desenvolvimento de suas ações. Entender o parto como um processo, é compreender os seus aspectos e particularidades, pois o parto não é igual para todas as mulheres. Delimitar ações no parto que vão além do seu acontecimento é valorizá-lo, e a valorização do parto é cuidar de forma humanizada.

Palavras-chave: Aspectos do parto. Parto vaginal. Cesárea. Enfermagem Obstétrica. Humanização.

ABSTRACT

The aim of this study is to describe the main aspects involved in the delivery process. Specific objectives include: to understand the influence of aspects in the delivery process; to get to know the role of the nurse in the childbirth; to demonstrate the importance of nursing and humanization in the labor and birth. The present study deals with a survey of literature review reaching to describe about obstetric care. To prepare this work articles, guides, manuals, books, theses, monographs published between the years 1986-2014 were used. The references search was conducted through electronic means in scientific websites. The aspects of delivery are numerous, but among them there are some major, not because they are the most important, but by the relevance they present, being predominant in the literatures that discuss about the process of parturition, and puerperium on and on multi-professional obstetric care. Finishing the paper, it was possible to conclude that childbirth is a process that presents aspects which may undergo interference and influence from others on its course. These aspects influence not only on the birth itself, but also on the behavior of the pregnant women, in the way they live this moment and the experience they acquire after the childbirth. The nurse performing his/her assistance must understand that the management of the labor must not be conducted based only on his/her professional knowledge, quite the contrary, the knowledge of nurses about the aspects that involve the delivery is extremely important in the development of his/her actions. Understanding birth as a process is to understand its aspects and particularities, because labor is not equal for all women. To limit actions on the delivery that go beyond its happening is to value it, and to value the aspects of the delivery process is to take care of it in a humane way.

Keywords: Childbirth aspects. Vaginal delivery. Cesarean section. Obstetric Nursing. Humanization.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Genitália Feminina Interna e Externa..... | 32 |
| Figura 2 – Os ciclos reprodutivos e sexuais da mulher: ovariano e uterino..... | 37 |
| Figura 3 – Episiotomia e episiorrafia..... | 50 |
| Figura 4 – Amniotomia (RAM)..... | 51 |
| Figura 5 – Um olhar holístico sobre o sujeito..... | 75 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 19 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 25 |
| 2.1 ANATOMIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO..... | 25 |
| 2.1.1 Genitália externa (órgãos externos) | 25 |
| 2.1.1.1 Monte de vênus..... | 25 |
| 2.1.1.2 Grandes lábios | 26 |
| 2.1.1.3 Clitóris | 26 |
| 2.1.1.4 Pequenos lábios..... | 27 |
| 2.1.1.5 Vestíbulo | 27 |
| 2.1.1.6 Meato uretral | 27 |
| 2.1.1.7 Intróito vaginal e hímen | 27 |
| 2.1.1.8 Glândulas Parauretrais e vulvovaginais | 28 |
| 2.1.2 Genitália interna (órgãos internos) | 28 |
| 2.1.2.1 Vagina | 29 |
| 2.1.2.2 Útero..... | 29 |
| 2.1.2.3 Tubas uterinas (trompas de falópio)..... | 30 |
| 2.1.2.4 Ovários | 31 |
| 2.1.3 Órgãos anexos ao sistema reprodutor feminino | 32 |
| 2.1.3.1 Mamas..... | 32 |
| 2.1.4 Órgãos vinculados ao sistema reprodutor feminino | 33 |
| 2.2 FISILOGIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO | 34 |
| 2.2.1 O ciclo ovariano | 34 |
| 2.2.2 O ciclo endometrial (menstrual) | 36 |
| 2.3 GESTAÇÃO | 37 |
| 2.3.1 Desenvolvimento embrionário-fetal | 38 |
| 2.3.2 Assistência pré-natal | 39 |
| 2.4 BREVE HISTÓRICO DA PARTURIÇÃO | 39 |
| 2.5 O PARTO VAGINAL..... | 40 |
| 2.6 A CESARIANA | 42 |
| 2.7 ASPECTOS FISIOLÓGICOS E FÍSICOS DO PARTO | 43 |
| 2.7.1 A via de parto | 43 |

| | |
|--|----|
| 2.7.2 Dor | 45 |
| 2.7.3 Episiotomia | 48 |
| 2.7.4 Amniotomia | 50 |
| 2.7.5 O uso de ocitocina exógena (sintética) | 52 |
| 2.8 ASPECTOS EMOCIONAIS E PSICOLÓGICOS DO PARTO | 54 |
| 2.8.1 Solidão | 56 |
| 2.9 ASPECTOS SOCIOECONÔMICO-CULTURAIS DO PARTO | 56 |
| 2.9.1 Idade materna | 59 |
| 2.10 A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE COMO UM ASPECTO DO PARTO | 62 |
| 2.11 O PAPEL DO ENFERMEIRO | 68 |
| 2.11.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no parto | 70 |
| 2.12 A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA | 71 |
| 2.12.1 A Enfermagem e a humanização | 74 |
| 2.13 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO | 76 |
| 2.14 A HUMANIZAÇÃO NO PARTO | 77 |
| 2.14.1 Dificuldades na humanização do parto | 78 |
| 2.14.2 O programa nacional de humanização no pré-natal e nascimento (PNHPN) | 79 |
| 2.14.3 Rede cegonha | 80 |
| 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 83 |
| REFERÊNCIAS | 85 |

1 INTRODUÇÃO

O sistema reprodutor ou genital feminino caracteriza-se pela união de várias estruturas ou órgãos, internos e externos, anexos e vinculados que são responsáveis pela função reprodutiva na mulher (DANGELO; FATTINI, 2007).

A fisiologia do sistema reprodutivo na mulher envolve diversas reações bioquímicas produzidas e caracterizadas por ciclos sexuais (reprodutivos), e alterações endócrinas (hormonais), que se iniciam na fase da adolescência quando a menina entra na puberdade e seguem pelos anos da vida fértil na mulher adulta, tendo certo declínio após a fase do climatério ou menopausa (RICCI, 2008; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

Dangelo e Fattini (2007) afirmam que quando se observa especificamente a função reprodutiva, compreende-se que a fisiologia do corpo e organismo feminino é cercada de maior complexidade quando comparado ao masculino, pela simples característica de possuir um órgão e função a mais, respectivamente para acolher e favorecer o novo ser humano em desenvolvimento.

O desenvolvimento humano tem seu início a partir do momento que o espermatozóide encontra o óvulo e fecunda-o, originando assim um ovo, que dessa fase em diante sofrerá intensas mudanças e transformações até chegar ao seu ápice, com o feto formado pronto para nascer (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

Quando há o sucesso na fecundação inicia-se então uma gravidez, definido por Baston e Hall (2010, p. 18) como “um processo fisiológico que traz ao organismo feminino uma série de mudanças físicas e emocionais”. Os autores afirmam ainda que um adequado pré-natal oferecido a essa fase gestacional da mulher, contribuirá para uma maior autonomia dela durante a gravidez e no momento do parto.

A história da parturição e da assistência ao parto está ligada a própria história das civilizações e evoluiu e se modificou a mesma medida que estas. Em síntese os estudos relatam que no início da história da humanidade, mulheres conhecidas como parteiras exerciam a função de cuidar das outras mulheres no parto. Essa prática se perdurou até meados dos séculos XIX, quando a medicina e a ciência começaram a crescer e aperfeiçoar-se. Houve então a institucionalização do parto,

que foi transferido da casa para o hospital, a partir de então o parto e nascimento deixou de ser algo natural e passou a ser algo medicalizado, técnico, longe do que é o ideal e sem o protagonismo do principal sujeito do processo, a parturiente. A transferência do parto para o hospital foi positiva em certa parte, mas o que transcorreu a partir daí, e o que esse momento se tornou, é hoje pauta de discussões pelo mundo (BRENES, 1991; MOTT, 2002; SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Segundo Dutra e Meyer (2007) a definição de parto vaginal é, o parto pelo qual o feto nasce passando pela vagina, o canal ou via de parto da mulher. Ainda segundo os autores, o parto vaginal é o parto fisiológico, o ideal tanto para mulher quanto para o bebê. A cesariana apesar de ser conhecida como parto trata-se de uma cirurgia, um procedimento cirúrgico pelo qual o feto e os anexos embrionários (placenta e membranas) são retirados através de uma incisão realizada na parede do abdome (laparotomia) e do útero (histerotomia) (DIAS, 2008; FRASER; COOPER, 2010).

Motta e Crepaldi (2005, p. 106) afirmam que “[...] o parto é um fenômeno de intensidade emocional e física, no qual os fatores fisiológicos, sociais, culturais e psicológicos interagem ao longo do trabalho de parto”. Segundo Baptista e Dias (2010) trata-se de um acontecimento multifatorial, que é influenciado e apresenta inúmeros aspectos, sociais, culturais, econômicos, fisiológicos e emocionais. Esses aspectos segundo os autores podem ser ou estar intrínsecos ao parto ou podem ser inseridos no momento em que ele acontece.

Segundo Davim e Menezes (2001) o parto é enxergado como um importante acontecimento de grande significado para a mulher, para o homem, família e comunidade. O parto é um processo que apresenta aspectos e que ainda pode sofrer interferência e influência de outros, no seu decorrer. Esses aspectos influenciam não só no parto em si, mas também no comportamento das parturientes, na forma como elas vivenciam esse momento e na experiência que adquirem posterior ao parto.

Os aspectos do parto contribuem para e dirigem os cuidados e a assistência que os profissionais de saúde oferecem as mulheres no parto. De uma forma negativa com uma assistência tecnocrática, baseada apenas em procedimentos intervencionistas e desnecessários ou o contrário de uma forma positiva, benéfica com uma assistência mais humanizada, acolhedora, que resgata a fisiologia natural do

nascimento, intervindo somente quando necessário e mesmo assim o mínimo possível (BRENES, 1991).

Os aspectos do parto são inúmeros, entretanto dentre eles existem alguns principais, não por serem mais importantes, mas pela relevância que apresentam, sendo predominantes nas literaturas que abordam sobre o processo da parturição, sobre o parto e puerpério e sobre assistência obstétrica multiprofissional.

Dentre os aspectos físico/fisiológicos do parto, os que mais se destacam são: a dor, o tipo de parto (vaginal ou cesariana), os de procedimento ou intervenção como a amniotomia, episiotomia e o uso de ocitocina exógena.

O tipo de parto (vaginal ou cesárea) é um aspecto físico/fisiológico importante, pois cada um deles irá determinar um grau diferente de satisfação e de experiência da mulher com o seu parto. O tipo de parto ainda divide opiniões entre as próprias mulheres e entre os profissionais de saúde, sobre qual deles é a via de parto mais indicada para o nascimento (FAÚNDES et al., 2004).

O parto como um processo rítmico tem a dor como seu principal elemento e a dor é o aspecto que melhor representa a rítmica do parto. Além da fisiologia natural que envolve e desencadeia o processo da dor, outros aspectos podem potencializá-la, como o medo, a cultura e os procedimentos realizados (BASTON; HALL, 2010; SCHMID, 2014; OLIVEIRA et al., 2010).

A episiotomia é uma incisão cirúrgica (corte) realizada na região perineal com a finalidade de tornar maior o orifício vaginal, aumentando a saída da região vulvar, para facilitar o parto, a saída do feto e evitar a ruptura dos tecidos do períneo. Entretanto a indicação de sua prática é controversa e bastante questionada no cenário obstétrico atual, que confere a esse aspecto um caráter negativo. (BASTON; HALL, 2010; FRASER; COOPER, 2010; WOLCOTT; BAILEY, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

A amniotomia é uma técnica intra-hospitalar, utilizada para a indução ou aceleração do parto, quando há evidências de riscos para a mãe e para o feto. Defini-se como ruptura artificial das membranas fetais e amnióticas (RAM) (WOLCOTT; BAILEY, 2010; BASTON; HALL, 2010; FRASER; COOPER, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1986). Assim como a episiotomia a amniotomia é controversa quanto a indicação da sua realização. Os estudos sobre esse procedimento

apontam que grande parte das justificativas para a sua realização não são baseadas em evidências científicas satisfatórias (FOGAÇA; SCHNECK; RIESCO, 2007).

Assim como a episiotomia e a aminiotomia, a ocitocina exógena é um aspecto de procedimento que atua em associação ao processo fisiológico do parto. É um hormônio sintético que apresenta as mesmas propriedades do hormônio endógeno, administrada por infusão endovenosa contínua para acelerar ou induzir o parto (FRASER; COOPER, 2010; WOLCOTT; BAILEY, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1986; REZENDE; MONTENEGRO, 2006). Também a utilização desse aspecto é debatida e questionada por evidências científicas que apontam que o mesmo hormônio produzido de forma endógena pelo organismo é suficiente para direcionar o curso clínico do parto, bem como a utilização exógena do hormônio não é garantia de que o parto acontecerá de forma mais rápida como se espera (KELLY; TAN apud FOGAÇA; SCHNECK; RIESCO, 2007).

O aspecto emocional e psicológico do parto é extremamente marcante na vida da mulher. Segundo Motta e Crepaldi (2005) o parto é um momento em que a mulher vivencia inúmeras emoções e anseios, tais como, temor, ansiedade, desalento, conforto, alegria etc, de diversas maneiras, que vão desde a timidez até a demonstração visível e audível, física e emocionalmente, das sensações desse momento. Barbieri e Fustinoni (2011, p. 61) afirmam que “o parto é uma experiência marcante para a mulher, podendo deixar lembranças positivas ou negativas” no seu emocional e marcas no seu físico.

O parto também apresenta aspectos culturais, sociais e econômicos. Destacam-se entre eles o medo das mulheres com o parto, oriundo de histórias contadas e repassadas pelas gerações como um momento de sofrimento; a influência de crenças populares e da religiosidade; a própria história de vida da mulher com a experiência de partos anteriores; a situação financeira da mulher que determinará qual será a via de parto e qual será o local para o seu acontecimento, se um hospital privado ou público, a idade dessa mulher no parto, se adolescente ou idosa e etc (BRASIL, 2001; BEZERRA; CARDOSO, 2006; OLIVEIRA et al, 2010; SILVA; SURITA, 2009).

Maldonado citado por Sarmiento e Setúbal (2005) afirma que a influência e a presença desses aspectos determinam o comportamento da parturiente no parto e a consequente experiência do mesmo.

A presença do acompanhante é também um aspecto do parto, pois proporciona à parturiente, apoio, bem estar físico e emocional favorecendo assim que o processo do parto tenha uma boa evolução, ocorra sem intercorrências, sendo que a parturiente sente-se mais segura e relata uma melhor experiência quando acompanhada por alguém do seu convívio (MOURA et al., 2007).

O parto como sendo um processo é permeado pela complexidade de inúmeros aspectos que envolvem não só a mulher que pari e o feto, mas também a sua família e a equipe de saúde que a assiste, em um universo de intensas emoções e mudanças, como é o nascimento de um novo ser (FRELLO; CARRARO, 2010).

Dessa forma o papel do enfermeiro está em oferecer a assistência necessária para a mulher, dando ênfase nas informações específicas sobre o momento do parto, do pós-parto e os cuidados ao recém-nascido. A fim de suavizar a ansiedade e os temores da paciente, propiciando um espaço saudável para o conforto emocional e físico da mesma e o entendimento dela acerca da mudança de condição que sofreu, passando de gestante para puérpera (RODRIGUES; SILVA; FERNANDES, 2006).

Nesse pensamento o papel do enfermeiro em prol da humanização do parto está na prestação da assistência e cuidados diferenciados, de forma mais humana, acolhedora, sensível, tanto para com a parturiente, como para o neonato e também para a família, tornando esse momento de múltiplos aspectos e fatores ligados algo positivo e enriquecedor para todos os sujeitos envolvidos (SOUZA et al., 2011).

A escolha do tema a ser abordado aconteceu em decorrência da relevância do assunto atualmente, pela identificação pessoal com a área da enfermagem obstétrica e também pela necessidade de uma pesquisa voltada para a assistência ao parto, onde fossem retratados os seus principais aspectos, bem como a discussão sobre a influência deles no processo da parturição. Justifica-se também pela importância de proporcionar à difusão do conhecimento aos estudantes e profissionais de enfermagem assim como, aos demais profissionais da área da saúde que atuam na assistência a saúde da mulher, durante o seu período gravídico-puerperal.

O objetivo geral deste estudo é descrever os principais aspectos que estão envolvidos no processo do parto. Como objetivos específicos destacam-se: compreender a influência dos aspectos no processo do parto; conhecer o papel do

enfermeiro no parto; demonstrar a importância da enfermagem e da humanização na assistência ao parto e nascimento;

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica descritiva. Segundo Cervo e Bervian (2004, p. 65) “a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos”. Os mesmos autores (2004, p. 66) afirmam que “a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los”.

Para a elaboração deste trabalho foram utilizados artigos, guias, manuais, livros, teses, monografias publicados no período entre os anos de 1986 a 2014. A busca das referências foi realizada através de meio eletrônico em sites de caráter científico como Scielo, Lilacs, Bireme, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Ministério da Saúde, Conselho Federal de Enfermagem, sites de Universidades Federais Brasileiras e no próprio acervo da biblioteca da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo.

Foram selecionadas 81 bibliografias, utilizando-se dos seguintes descritores: parturição; aspectos do parto; parto vaginal; cesárea; enfermagem; obstetrícia, humanização. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: literaturas publicadas em língua portuguesa e disponíveis na íntegra. Após leitura prévia das bibliografias consultadas foram selecionadas para a amostra aquelas que atendiam ao propósito da pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANATOMIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

O sistema reprodutor ou genital feminino assim como o masculino, caracteriza-se pela união de várias estruturas ou órgãos que são responsáveis pela função reprodutiva na mulher (DANGELO; FATTINI, 2007). “Compõe-se de órgãos gametógenos (produtores de gametas) e órgãos gametóforos (por onde transitam os gametas) [...]” (DANGELO; FATTINI, 2007, p. 150).

O sistema reprodutor feminino é separado em duas partes: órgãos externos ou genitália externa e órgãos internos ou genitália interna (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011; ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

2.1.1 Genitália Externa (Órgãos Externos)

A região externa da genitália feminina também é denominada de vulva ou pudendo, e esses termos referem-se ao conjunto que inclui todas as estruturas anatômicas e glandulares externas. São elas: o monte de Vênus, grandes lábios, pequenos lábios, clitóris, vestíbulo, meato uretral, introito vaginal e hímen, glândulas parauretrais e vulvovaginais. (DANGELO; FATTINI, 2007; ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

2.1.1.1 Monte de Vênus

O monte de Vênus (monte pubiano ou púbico) é a região externa e superior da vulva. Caracteriza-se por ser elevado e localiza-se na região à frente da sínfise púbica. É composto principalmente de tecido adiposo (gordura), tecido conjuntivo, glândulas produtoras de sebo (sebáceas) e suor (sudoríparas). Com o desenvolvimento da puberdade na menina, o monte de Vênus passa a ser recoberto de forma importante por pelos, que geralmente são grossos e curtos (DANGELO; FATTINI, 2007; MOTENEGRO, REZENDE FILHO, 2011; ZIEGEL; CRANLEY, 1984).

2.1.1.2 Grandes Lábios

Os grandes lábios (ou lábios maiores) são duas dobras formadas por tecido conjuntivo, adiposo e revestidas por pele, localizadas bilateralmente na região vulvar. Iniciam-se da base do monte de Vênus e até a região do períneo. Originalmente estão justapostos um com o outro, entretanto podem estar afastados especialmente em mulheres que tiveram parto vaginal. Os lábios maiores encobrem as demais estruturas externas da vulva (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

Os grandes lábios são formados por duas faces, uma interna e uma externa. Com a puberdade os grandes lábios que são extremamente vascularizados tornam-se escurecidos, a face externa de cada lábio é recoberta por pelos e a face interna mantém-se uma região lisa e glabra, ou seja, não apresenta pelos (DANGELO; FATTINI, 2007; ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

2.1.1.3 Clitóris

O clitóris é a estrutura da genitália feminina semelhante ao órgão do pênis no homem, medindo cerca de 2 a 3 cm de extensão, formado por dois corpos cavernosos e uma glândula, sendo esta última a parte mais visível do clitóris. Assim como o pênis o clitóris é composto por tecido erétil, vascularizado e innervado, e de extrema sensibilização, sendo responsável pela excitação feminina na relação sexual (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011; ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

Além do clitóris outras estruturas são responsáveis pela excitabilidade feminina, são elas, os bulbovestibulares. Esses são as estruturas homólogas ao corpo esponjoso do órgão genital masculino. Formados também de tecido erétil e ricamente vascularizados, os bulbovestibulares em número de dois estão localizados bilateralmente em cada lado do introito vaginal. Durante o coito estas estruturas se enchem de sangue e aumentam de tamanho para propiciar maior aderência do pênis à parede vaginal (DANGELO, FATTINI, 2007; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

2.1.1.4 Pequenos Lábios

Os pequenos lábios são dobras menores de tecido, que se situam entre os grandes lábios e na mesma linha paralela que estes. Igualmente a face interna dos lábios maiores, os pequenos lábios não apresentam pelos, são úmidos e avermelhados. Além da alta presença de vasos sanguíneos, há também uma grande inervação, o que confere a essa região um aumento da sensibilidade (ZIEGEL, CRANLEY, 1986). A parte superior de cada pequeno lábio une-se anteriormente formando uma dobra de tecido sobre o clitóris e ao seu redor, esses revestimentos são denominados de freio e prepúcio, respectivamente. A parte posterior dos pequenos lábios à medida que segue para baixo une-se aos lábios maiores até a porção inferior da vulva chamada de fúrcula (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011). O espaço entre os pequenos lábios é chamado de vestíbulo e nele estão situados o meato uretral, o óstio vaginal e as glândulas parauretrais e vulvovaginais (DANGELO; FATTINI, 2007).

2.1.1.5 Vestíbulo

O vestíbulo é área de formato triangular localizado na parte interna entre os pequenos lábios e visualizado quando estes são afastados. Estende-se do ponto mais alto do clitóris até a porção inferior da vulva, a fúrcula ou até a margem posterior do hímen no intróito vaginal (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

2.1.1.6 Meato Uretral

O meato uretral corresponde à abertura externa da uretra feminina, situado entre o clitóris (abaixo) e o introito vaginal (acima) e apesar de não compor o sistema genital feminino é descrito junto por está localizado na região da vulva (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

2.1.1.7 Intróito Vaginal e Hímen

Também no vestíbulo na parte inferior, logo abaixo do meato uretral está situada a abertura da vagina, chamada de óstio ou intróito vaginal. Nas mulheres virgens que

ainda não tiveram relação sexual vaginal, o intróito é parcialmente vedado por uma membrana de tamanho e espessura variáveis em cada mulher, chamada de *hímen*. Não é em todos os casos que o hímen rompe-se na primeira relação sexual, mas, o rompimento ocorre sempre após o parto vaginal, dando origem a pequenos “pedaços” membranosos em torno do óstio denominados de *carúnculas mirtiformes* ou *himenais* (DANGELO; FATTINI, 2007; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011; ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

2.1.1.8 Glândulas Parauretrais e Vulvovaginais

As glândulas parauretrais ou de *Skene*, são as glândulas do sistema reprodutor feminino, semelhantes à glândula masculina próstata. Suas aberturas estão localizadas bilateralmente em cada lado do meato uretral. As glândulas vulvovaginais ou de Bartholin são as glândulas similares as bulbouretrais do sistema masculino. Estão situadas lateralmente na borda do introito vaginal e suas aberturas localizam-se no vestíbulo (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011; ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

As glândulas de Skene e Bartholin são responsáveis pela secreção de muco que permite a umidade e lubrificação da mucosa da vulva e vagina antes do coito, no período de excitação sexual, onde a produção deste muco está aumentada e principalmente durante a relação sexual promovendo a lubrificação do canal da vagina (DANGELO; FATTINI, 2007; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011; ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

2.1.2 Genitália interna (órgãos internos)

Os órgãos e estruturas que formam a genitália feminina interna consistem na vagina, útero, tubas uterinas (trompas de falópio) e ovários. Além de nervos, ligamentos, vasos sanguíneos e linfáticos. Todas essas estruturas desenvolvem-se e desempenham suas funções reguladas pela ação endócrina (hormonal), influenciando na função reprodutiva da mulher ao longo da vida (RICCI, 2008; ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

2.1.2.1 Vagina

A vagina apresenta três importantes funções: é órgão sexual feminino, onde durante a relação sexual recebe o pênis e o líquido ejaculatório masculino, o sêmen, funciona como via de saída para o fluxo menstrual e é o canal de saída do feto no parto. A vagina é um conduto que se situa na frente do reto e atrás da bexiga, se estende da parte inferior da vulva, através do óstio vaginal, nas mulheres virgens o óstio é circundado pelo hímen, até o útero abrindo-se no colo uterino, ligando a genitália externa ao útero (DANGELO; FATINI, 2007; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011; RICCI, 2008; ZIGEL; CRANLEY, 1986).

Trata-se de um órgão de formato tubular, musculomembranoso, cujas paredes são formadas por pregas mucosas, denominadas de rugas, responsáveis pela grande capacidade de distensão da vagina, como é evidenciado pelo estiramento imenso que há no parto normal, onde as paredes tornam-se lisas e as pregas podem desaparecer após o parto. É ricamente irrigada de vasos sanguíneos e linfáticos, mede aproximadamente entre 7,5 a 10 cm de comprimento na mulher adulta e apresenta pH ácido variando entre 4,0 a 5,0, durante o período da idade fértil feminina. A vagina anatomicamente é achatada, devido a suas paredes anterior e posterior encontrarem-se colabadas, e apenas está aberta durante a cópula ou no exame de preventivo, quando o enfermeiro ou médico utiliza o espécuro vaginal para o afastamento das paredes e visualização do canal e do colo uterino (DANGELO; FATINI, 2007; RICCI, 2008; ZIGEL; CRANLEY, 1986).

2.1.2.2 Útero

O útero é o local de onde se elimina a menstruação, é o órgão da gestação que abriga o óvulo fecundado e oferece condições de desenvolvimento e crescimento do embrião e feto até a sua expulsão no parto. É um órgão muscular com o formato semelhante a uma perna invertida, com uma cavidade interna revestida por mucosa, localiza-se na parte superior da vagina posterior a bexiga e anterior ao reto, mantido nessa posição por vários ligamentos. Em mulheres adultas normais mede cerca de 7,5 centímetros (cm) de comprimento, 5 cm de largura e 2,5 cm de profundidade e 1,5 cm de espessura, com peso de aproximadamente 60 gramas. O útero é dividido

anatomicamente em: corpo, porção superior triangular e colo uterino, porção inferior, cilíndrica. O corpo é a parte principal que forma os dois terços superiores do útero, é um órgão muscular, que na gestação se distende, aumentando de tamanho para conter o feto. A porção superior côncava do corpo, localizada entre as inserções das tubas uterinas é denominada de fundo uterino e a parte inferior estreita, onde o corpo liga-se ao colo, é denominada de istmo. A cavidade uterina tem o formato triangular, os ângulos superiores internos onde as tubas uterinas se inserem são chamados de cornos. A parede do corpo do útero é formada por três camadas que lhe confere uma relativa espessura, são elas: o endométrio (camada interna), o miométrio (camada muscular média, composta de fibras musculares lisas constituindo a maior parte da parede uterina) e o perimétrio (camada serosa externa, representada pelo peritônio, que recobre o corpo do útero). O endométrio é camada do útero que sofre alterações no ciclo menstrual, uterino e na gestação. Mensalmente o útero se prepara para uma possível gestação, nessa fase o endométrio fica espessado a espera do óvulo fecundado, para a implantação. Se não houver fecundação do óvulo o endométrio descama e ocorre o sangramento, denominado de menstruação. Durante o trabalho de parto a musculatura uterina contraem-se para empurrar o feto, através do colo para o canal vaginal. A cérvix ou colo uterino é a parte mais inferior do útero, o seu orifício interno se comunica através do istmo com a cavidade do corpo uterino, e o orifício externo, abre-se na vagina. O colo uterino é formado principalmente de tecido conjuntivo fibroso, rico em vasos sanguíneos e possui glândulas secretoras de muco, que varia a produção entre fases do ciclo ovariano. O orifício externo do colo uterino em mulheres que não tiveram parto normal apresenta-se com formato oval, após o parto esse formato muda, convertendo-se a uma fenda transversal (DANGELO; FATINI, 2007; FRASER; COOPER, 2010; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011; RICCI, 2008; ZIGEL; CRANLEY, 1986).

2.1.2.3 Tubas Uterinas (trompas de falópio)

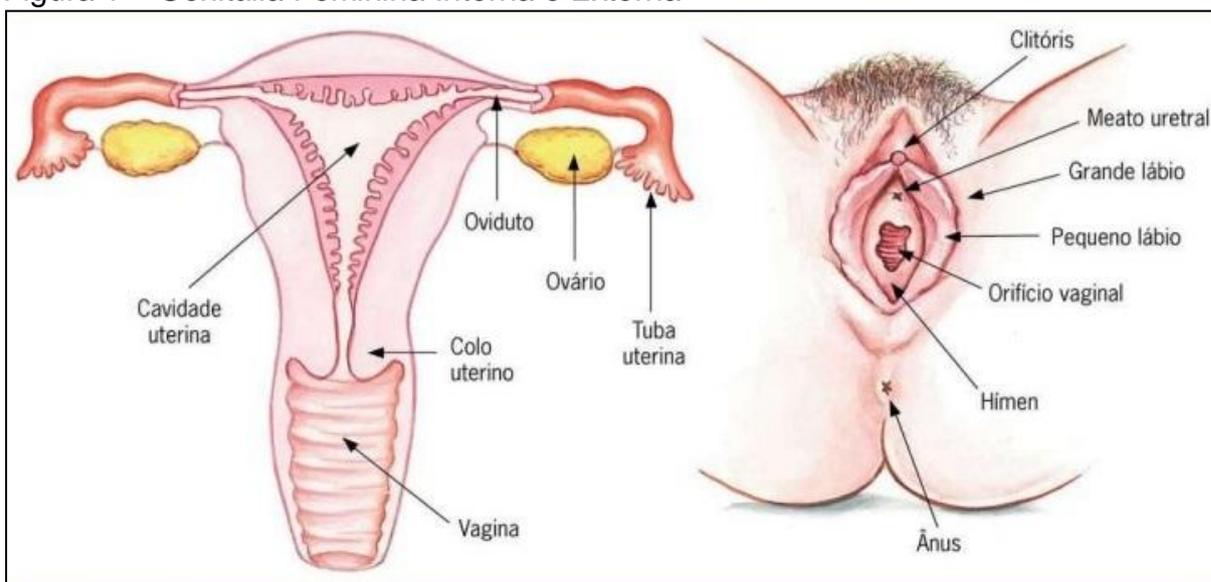
As tubas uterinas são duas estruturas ocas em formato cilíndrico, que se estendem, de 5 a 7,5 cm, desde os ângulos da porção superior do útero, região dos cornos, onde estão inseridas, até os ovários. Cada tuba tem o comprimento e diâmetro aproximadamente entre 7 a 10 cm e 0,7 cm, respectivamente. A extremidade de

cada tuba é alargada em formato de funil, proporcionando uma abertura grande para o óvulo cair quando este é liberado pelos ovários. As fímbrias localizadas nas extremidades das tubas são responsáveis por captar o óvulo liberado. A parte interna das tubas é revestida por células ciliadas que auxiliam na movimentação do óvulo até o útero e dos espermatozoides (sptz) até o óvulo. A fertilização ocorre no terço distal da tuba, onde o espermatozoide encontra o óvulo. Após o óvulo ser fecundado pelo sptz, inicia-se a divisão embrionária, que durará dias, enquanto o óvulo movimenta-se lentamente pela tuba até o interior do útero (RICCI, 2008).

2.1.2.4 Ovários

Os ovários são os órgãos gametógenos do sistema reprodutor feminino, ou seja, são as gônadas femininas, produtoras dos gametas femininos, os óvulos, ao final da puberdade. São os órgãos homólogos aos testículos masculinos. Além de produzir os óvulos, os ovários também são responsáveis por secretar alguns dos hormônios femininos, os estrogênio e progesterona, os quais controlam o desenvolvimento das características físicas e sexuais das mulheres, atuam sobre a funcionalidade uterina nos mecanismos de implantação do óvulo fertilizado e início do desenvolvimento embrionário fetal. Em número de dois, assemelham-se a amêndoas sem casca, geralmente possuem cor perolada. Cada ovário pesa de 2 a 5 g, e possui cerca de 4 cm de comprimento, com 2 cm de largura. São mantidos na posição por ligamentos ovarianos fixados ao útero e estão suspensos muito próximos das tubas uterinas (DANGELO; FATINI, 2007; RICCI, 2008).

Figura 1 – Genitália Feminina Interna e Externa



Fonte: <http://pt.slideshare.net/mrfaita/sistema-genital-feminino-10065151>

2.1.3 Órgãos anexos ao sistema reprodutor feminino

2.1.3.1 Mamas

As mamas são os órgãos anexos ao sistema reprodutor feminino, que apesar de localizarem distantes dos órgãos genitais, estão associados a estes órgãos e seus hormônios. Situam-se no tórax anterior, em cada lado do tórax, recobrando os músculos peitorais (m. peitoral maior, m. serrátil anterior e m. oblíquo externo), se estendendo da segunda até a sexta costela, e do esterno até a axila. Em cada mama localizada próxima a extremidade, há uma projeção denominada de mamilo, onde desembocam de 15 a 20 ductos mamários, para saída do leite. Ao redor do mamilo há uma área de pele pigmentada, denominada aréola. Cada mama é formada de 15 a 20 lobos mamários, que são compostos por glândulas sebáceas e sudoríparas. A arquitetura da mama é constituída por tecido conjuntivo denso e tecido adiposo, que sustentam o peso das mamas. Durante a gestação pela ação dos hormônios estrogênio e progesterona, as mamas aumentam de tamanho, devido ao desenvolvimento das glândulas mamárias. Após o parto, a ação da prolactina, (hormônio produtor de leite) é liberada e as mamas começam a produzir o leite materno. A principal função das mamas é o da lactação após o nascimento (DANGELO; FATINI, 2007; RICCI, 2008).

2.1.4 Órgãos vinculados ao sistema reprodutor feminino

Os principais órgãos vinculados ao sistema reprodutor feminino e que desempenham alguma relação durante a gestação e parto são: períneo, bexiga e uretra, reto e pelve (FRASER; COOPER, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

A pelve feminina normal é composta por ossos pélvicos (sacro, cóccix, ílio, ísquio e osso púbico), articulações pélvicas (sínfise pélvica, duas sacroilíacas e sacrococcígea) e ligamentos pélvicos (interpúbicos, sacroilíacos, sacrococcígeos, sacrotuberal, sacroespinhal). Trata-se de um canal ósseo por o feto passa durante o parto normal, apresenta uma borda, uma cavidade e uma abertura e possui três diâmetros, anteroposterior, oblíquo e transversal. Na obstetrícia são estudados quatro tipos de pelve materna são elas: ginecoide, androide, antropoide e platipeloide, sendo que a pelve Ideal para o parto vaginal é a ginecoide. O assoalho pélvico é formado por músculos e tecidos moles que preenchem a saída da pelve, sendo o mais importante deles o diafragma pélvico (FRASER; COOPER, 2010).

O períneo é uma área constituída por músculos, fáscias e aponeuroses que se estende desde a região púbica, da porção inferior da vulva (fúrcula) até ou cóccix, situado superficialmente, abaixo do diafragma pélvico, com a vagina e uretra anteriormente e o posteriormente o reto. A importância do períneo está nos riscos de laceração que possa ocorrer na expulsão do feto no parto normal (REZENDE, MONTENEGRO, 2006; ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

A bexiga é o reservatório musculomembranoso que armazena a urina até que seja conveniente eliminá-la. Localiza-se posterior a sínfise púbica e anterior ao útero e vagina. A urina é eliminada da bexiga para o meio externo através da uretra, canal de aproximadamente 3,8 cm na mulher e que tem a sua abertura no meato urinário localizado no vestíbulo, entre o clitóris e o introito vaginal (FRASER; COOPER, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

O reto é uma porção inferior do trato gastrointestinal, que está localizado atrás do útero e vagina e à esquerda desses órgãos. Sua extensão inicia-se da alça sigmóide do colo terminando no orifício anal (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

2.2 FISIOLOGIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

A fisiologia do sistema reprodutivo na mulher envolve diversas reações bioquímicas produzidas caracterizadas por ciclos sexuais (reprodutivos), e alterações endócrinas (hormonais), que se iniciam na fase da adolescência quando a menina entra na puberdade e seguem pelos anos da vida reprodutiva na mulher adulta, envolvendo principalmente os órgãos como os ovários, útero, hipotálamo e hipófise. Esses ciclos preparam o corpo da mulher para uma possível gestação e estão sobre a dependência e controle do sistema hipotálamo-hipofisário (RICCI, 2008; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

O termo ciclo reprodutivo é um termo geral que engloba o ciclo ovariano, durante o qual ocorre a ovulação e o uterino (endometrial), onde ocorre a menstruação. Esses ciclos ocorrem de forma simultânea e são divididos na etapa da ovulação. A ovulação ocorre quando o óvulo é liberado do seu folículo, após deixar o ovário e penetra a tuba uterina, percorrendo o caminho até a cavidade uterina. Se o espermatozoide fecunda o óvulo no decorrer desse trajeto, ocorrerá então a gravidez (RICCI, 2008).

2.2.1 O ciclo ovariano

O ciclo ovariano compreende diversas manifestações que estão associadas a um oócito em fase de transformação e desenvolvimento na célula germinativa feminina, o óvulo, que acontece no interior das gônadas (ovários). O ciclo ovariano inicia-se quando as células foliculares (óvulo e células circunvizinhas) incham, e a série de maturação começa. O folículo que amadurece nessa etapa denomina-se folículo de Graaf (RICCI, 2008). O ciclo ovariano é mediado pela ação dos hormônios gonadotróficos (LH e FSH) e divide-se em três fases específicas: fase ou desenvolvimento folicular, ovulação e fase lútea ou formação do corpo lúteo (RICCI, 2008; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

A fase folicular inicia-se no primeiro dia do ciclo menstrual seguindo até a ovulação, num intervalo de tempo de 10 a 14 dias, aproximadamente. O responsável por iniciar a fase folicular e contribuir para o amadurecimento do folículo é o hormônio folículo estimulante (FSH). Cada folículo abriga um oócito e na fase folicular esse oócito

crece e desenvolve-se em folículo primário com conseqüente proliferação de células da granulosa que o circundam e o desenvolvimento de uma camada de tecido, denominada de teca folicular. À medida que as células foliculares crescem e desenvolvem-se também sintetizam estrogênios (estradiol), hormônio sexual feminino que controla o desenvolvimento e função dos órgãos genitais, induzindo a proliferação das camadas uterinas endométrio e miométrio. O FSH estimula os ovários a produzir e liberar cerca de 5 a 20 folículos imaturos, entretanto apenas um atinge a maturação completa, esse se romperá e irá liberar o ócito maduro ou óvulo para seguir a segunda fase do ciclo ovariano, a ovulação (RICCI, 2008; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

A ovulação inicia-se com o rompimento do folículo e a liberação do óvulo na tuba uterina para a fecundação, estimulado pela elevação na concentração plasmática do hormônio luteinizante (LH). Esse hormônio é sintetizado pela adenoipófise e responsável pelo amadurecimento final do folículo contendo o óvulo e pela luteinização do folículo que se rompeu. Geralmente a ovulação ocorre no 14^o de um ciclo menstrual regular de 28 dias. Após o pico máximo da concentração de LH e estrogênio no organismo ocorre a ovulação. Ocorrendo a ovulação os níveis de estrogênio sofrem queda. As fímbrias localizadas na extremidade da tuba uterina se movimentam para captar o óvulo, que possui tempo de vida de 24 horas após estar na tuba, até encontrar o espermatozoide e ser fecundado. Durante a ovulação o colo uterino produz um muco que auxilia os gametas masculinos a atravessarem-no e alcançarem o óvulo na tuba para fecunda-lo (RICCI, 2008; FRASER; COOPER, 2010; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

A fase lútea é última fase do ciclo ovariano e ocorre logo após a ovulação. A estrutura restante do folículo rompido se fecha e as células que circundavam o ócito por ação do LH aumentam de tamanho preenchendo o interior do folículo, que se torna em uma estrutura granulada, pigmentada de amarelo (luteína), originado o corpo lúteo. O corpo lúteo produz o hormônio progesterona que atua na estimulação das células endometriais, preparando o endométrio para receber e implantar o óvulo fecundado. Os níveis de LH e FSH estão baixos e os de progesterona e estrogênio altos na fase lútea. Havendo fecundação o corpo lúteo agora gravídico, manterá a sua função por 8 a 9 semanas de gestação. Caso seja o contrário, o corpo lúteo irá se degenerar cerca de 10 dias após a ovulação, os níveis de estrogênio e

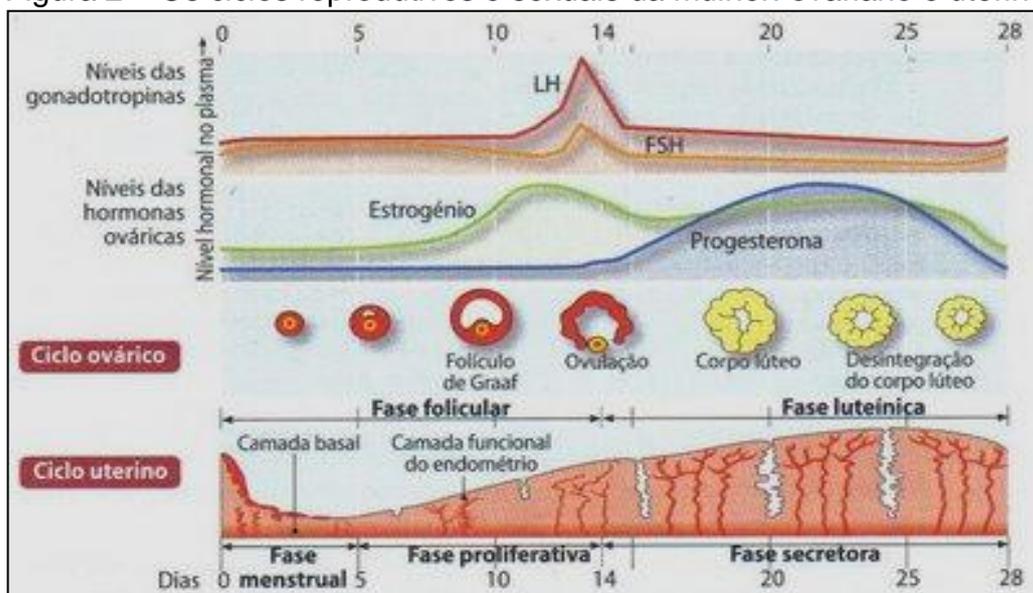
progesterona diminuirão e o espessamento endometrial regredirá. Num ciclo regular de 28 dias, a menstruação ocorrerá 14 dias após a ovulação, se não houver fecundação (RICCI, 2010; MONTENEGRO; REZENDE; FILHO, 2012).

2.2.2 O ciclo endometrial (menstrual)

O ciclo menstrual acontece mediado pela ação hormonal que determina as alterações cíclicas nas estruturas e órgãos do sistema genital, especialmente na camada interna do útero, o endométrio. As três fases que formam o ciclo são: proliferativa, secretória e menstrual (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011; RICCI, 2008).

Na fase proliferativa ou folicular há o aumento dos níveis de estrogênio no organismo produzido pelo folículo ovariano, esse aumento é responsável pela recuperação do endométrio, que foi eliminado na menstruação. Há um aumento das glândulas endometriais, dilatação de vasos sanguíneos e conseqüentemente o endométrio têm a sua espessura muito aumentada. O tempo de duração dessa fase é de aproximadamente 5 dias perdurando até a fase da ovulação. A fase secretória ou progesteronal ocorre em sucessão à ovulação e perdura até cerca de três dias anteriores à próxima menstruação. O hormônio em atuação nessa fase é a progesterona que influencia o espessamento e aumento da vascularização endometrial, bem como o seu aumento glandular (sintetiza mais glicogênio e lipídios). O objetivo dessa fase é preparar o endométrio para a implantação do óvulo fertilizado caso ela tenha acontecido. A fase menstrual é a última fase do ciclo. Quando não ocorre a fecundação, o corpo lúteo no ovário então se degenera, o efeito e níveis da progesterona que antes estava elevado caem, originando o surgimento de alterações vasculares na camada do endométrio, em decorrência da isquemia, liberando sangue no útero e ocorrendo descamação endometrial, e a conseqüente eliminação do fluxo menstrual pela vagina. O começo de um fluxo menstrual determina o fim de um ciclo endometrial e o início de um novo. O período menstrual dura em média de três a cinco dias, na maioria das mulheres (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011; RICCI, 2008).

Figura 2 – Os ciclos reprodutivos e sexuais da mulher: ovariano e uterino.



FONTE: <http://aprenderbiologiacomapauleasuzi.blogspot.com.br/2009/11/regulacao-hormonal-na-mulher.html/>.

2.3 GESTAÇÃO

A gravidez é um período da natureza humana de grandes transformações que engloba aspectos fisiológicos, emocionais e sociais. Constitui-se como uma das etapas de adaptação do corpo feminino ao desenvolvimento de um novo ser em seu interior com conseqüentes alterações no papel social da mulher e no seu emocional, a intensidade dessas mudanças e a forma como a mulher se adapta a elas, influencia-a na ansiedade vivida durante a gravidez e na aproximação do parto (DAVIM; MENEZES, 2001).

Esse período não é visto como inferior ao parto ou apenas como a etapa preparatória da mulher para exercer a maternidade. A gestação é uma fase importante, pois nela inicia-se a construção do vínculo entre os pais e o filho a caminho, cujo desfecho acontece no parto, o momento do ápice da gravidez, das emoções maternas e do fortalecimento do vínculo (CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012).

2.3.1 Desenvolvimento embrionário-fetal

O desenvolvimento tem o seu início quando a célula germinativa masculina, o espermatozoide, fertiliza o óvulo, célula germinativa feminina, se fundido a ele, originando em seguida a formação de um ovo, célula está que figura o início de um novo ser humano (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

Segundo Ricci (2008) o feto se desenvolve no decorrer no período gestacional, que é calculado em números de semanas, logo após a fecundação. O tempo regular da duração de uma gravidez é de aproximadamente 40 semanas, que equivale a 9 meses ou ainda entre 266 a 280 dias. Segundo a autora ainda esse desenvolvimento na gestação divide-se em 3 importantes estágios, são eles o estágio pré-embrionário, o estágio embrionário e o estágio fetal.

O estágio pré-embrionário inicia-se com a fertilização ou concepção, definida como a união entre o óvulo e o espermatozoide. Durante o coito, milhões de espermatozoides são liberados no canal vaginal, estes seguem o percurso até encontrar o óvulo liberado pelos ovários no terço distal da tuba uterina, onde apenas um espermatozoide é capaz de fundir-se ao óvulo, iniciando nesse momento o desenvolvimento humano (RICCI, 2008). Durante esse estágio há a diferenciação e o crescimento dos tecidos do ovo fertilizado mórula > blastocisto > trofoblasto, organização das três camadas germinativas ectoderma, mesoderma e endoderma, cada uma das quais formará partes distintas do feto, desenvolvimento das membranas embrionárias e o óvulo torna-se completamente implantado na cavidade uterina, na parede do endométrio (FRASER; COOPER, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

O estágio embrionário compreende do final da segunda semana, 15^o dia após a fecundação até a oitava semana. No decorrer desse estágio as estruturas bases de todos os principais órgãos corporais e os aspectos externos principais são concluídas (RICCI, 2008). A principal característica desse estágio é a organogênese, ou seja, o início ou formação dos sistemas orgânicos e órgãos do embrião e conseqüente feto, decorrente da intensa diferenciação celular que ocorre. Trata-se também de um estágio decisivo, altamente vulnerável as influências ambientais, sendo que qualquer interferência no desenvolvimento nessa fase pode levar a alterações embrionárias. Ao final do estágio, o organismo em desenvolvimento já

apresenta aparência externa semelhante ao corpo humano e todos os órgãos internos estão já funcionando, mas ainda com limitações (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

O estágio fetal é a última etapa do desenvolvimento, compreendido entre o final da oitava semana até o nascimento. Figurado como o mais longo dos períodos do desenvolvimento pré-natal. É nesse período que o conceito até então denominado embrião passa e se chamar feto (RICCI, 2008). Segundo Ziegel e Cranley (1986) no estágio fetal há novo crescimento e desenvolvimento dos órgãos e sistemas que foram organizados na fase embrionária, mais apurado e refinado. Nesse estágio há continuação do crescimento e posterior diferenciação tissular das estruturas corporais. Os sistemas corporais já desenvolvidos aumentam a suas capacidades funcionais. Na etapa final do estágio fetal, os órgãos e sistemas se desenvolvem até uma fase que garanta o funcionamento destes fora do útero, após o nascimento.

2.3.2 Assistência pré-natal

Segundo Carvalho e Moraes (2007, p. 18) a gestante precisa de um bom pré-natal, porque nesse período tira todas as dúvidas sobre a gestação e o parto. As mulheres esperam receber durante o seu processo gestacional e pré-natal informações sobre o trabalho de parto e parto.

Para elas é de extrema importância que o enfermeiro explique os procedimentos que irá realizar, fale sobre a saúde do feto, tire todas as dúvidas que a parturiente possa ter, converse com calma, sem arrogância, pois assim estará contribuindo para que ela sinta-se segura, confiante e colabore com o profissional (MABUCHI, FUSTINONI, 2008).

2.4 BREVE HISTÓRICO DA PARTURIÇÃO

Segundo Santos citado por Burigo et al. (2011, p. 2), a história da parturição, bem como da sua assistência,

[...] tem início a partir do momento em que as próprias mulheres se auxiliavam e iniciavam um processo de acumulação de saber sobre a parturição. Dessa forma, agregaram valores aos conhecimentos acerca do processo de nascimento, passando a ser um evento importante nas suas vidas.

A assistência ao parto sempre foi realizada ao longo da história das civilizações pelas mulheres. Geralmente eram negras, escravas e imigrantes, pertencentes às camadas populares pobres da sociedade e que eram conhecidas popularmente por aparadeiras, comadres e parteiras, mulheres detentoras de um saber popular comum, ou seja, empírico e que atuavam na assistência domiciliar durante o parto e puerpério prestando os cuidados à mulher e ao recém-nascido. Essas mulheres eram conhecidas como referências e de confiança da maioria da população no que se diz respeito a realização de partos e atuavam não só nos nestes mas também era consultadas sobre cuidados com o corpo, doenças venéreas (DSTs) e também realizavam abortamentos (BRENES, 1991).

A definição da instituição hospitalar como o local adequado e de segurança para que as mulheres pudessem parir é uma sugestão que passa a ser propagada nas referências literárias médica, com mais destaque no começo do ano de 1930 em diante (MOTT, 2002). Até meados finais do século XIX, as mulheres tinham seus filhos quase que exclusivamente em suas próprias casas ou na casa de pessoas próximas a elas e eram cuidadas geralmente na grande maioria por parteiras leigas, da comunidade e em raros casos por parteiras com diploma e algum conhecimento científico acerca do parto. O médico só era chamado quando o parto apresentava alguma complicação, onde a mulher estava em risco de vida e a parteira não possuía autonomia suficiente para resolver a intercorrência (MOTT, 2002).

O processo do nascimento no início era realizado no ambiente doméstico, familiar, envolto em relações de afeto, um momento singular e subjetivo marcado pelo protagonismo da mulher durante a parição e o cuidado nesse momento da relação mãe-filho. Porém com o advento da medicina, a evolução da tecnologia e a sua inserção na área da saúde, o parto deixou de ser um processo, para se tornar um evento, hospitalar, medicalizado, repleto de intervenções, onde o papel protagonista da mulher foi deixado de lado em detrimento apenas do conhecimento científico dos profissionais que atuam na atenção ao parto (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

2.5 O PARTO VAGINAL

Segundo Dutra e Meyer (2007), o parto vaginal é o parto fisiológico, onde o feto nasce pela vagina, que é o canal de parto na mulher. No parto vaginal pode haver a

necessidade de realizar intervenções medicamentosas como a analgesia ou procedimentos como a episiotomia para auxiliar no conforto da mulher e a uma rápida expulsão fetal caso haja alguma intercorrência no trabalho de parto e parto.

O parto vaginal é um evento psicossomático, determinado pela maneira como a parturiente se comporta no momento em que ele ocorre, sendo que o comportamento dela depende além da maneira como o trabalho de parto progride, de características pessoais, da história de vida dessa mulher, do seu estado emocional, financeiro e social, além da simbologia dado ao parto pela mulher. O parto vaginal não está longe de oferecer riscos, pois se trata de um processo imprevisível, que pode evoluir naturalmente, como é o fisiológico ou pode por inúmeros fatores sofrer intercorrências provocadas ou naturais (DAVIM; MENEZES, 2001).

Entretanto o parto vaginal evolui de forma espontânea, fisiológica em tempo normal, não ocasionado prejuízos para a parturiente ou feto, pelo contrário, os benefícios do parto são sobrepostos os desconfortos que a parturiente sente. Não necessita de um local específico para ocorrer, podendo ser em hospitais, maternidades, casas de parto normal e até mesmo na própria casa da mulher. O período que a mulher permanece internada após o parto pode variar entre 24 a 48 horas (REZENDE, 2006).

Os benefícios do parto vaginal para a mulher e para o feto incluem principalmente a rápida recuperação da mulher no puerpério e o risco inferior de contrair infecção hospitalar durante a internação; o apego e afirmação do vínculo entre a mãe e o neonato é imediato e potencializado com a possibilidade da mãe já amamentar o seu filho na sala de parto, favorecendo o psicológico da mãe e a ligação de sentimento de ambos; a disposição da mulher após o parto é maior no vaginal, a mulher se dirige para o quarto andando sozinha; o bebê é estimulado durante o parto, à medida que ele passa pelo canal vaginal o tórax é comprimido e assim há a eliminação do líquido amniótico que esteja presente no pulmão, afastando o risco de asfixia neonatal; também ao nascer o aporte de O₂ (oxigênio) para o feto é aumentado, contribuindo para um melhor desempenho das funções cardiorrespiratórias do neonato (LOBO, [2012?]).

2.6 A CESARIANA

O conceito de cesariana é definido como um procedimento cirúrgico, no qual o feto, e os anexos embrionários (placenta e membranas) são retirados através de um corte (incisão) realizado na parede do abdome (laparotomia) e do útero (histerotomia). É um procedimento isento de dor durante o parto, ou seja, durante sua realização através o bloqueio sensitivo total que a parturiente tem, causado por uma anestesia geral (DIAS, 2008; FRASER; COOPER, 2010).

Geralmente a cesárea é realizada quando o trabalho de parto está contraindicado, como em partos de alto risco materno-fetal ou quando não é possível realizá-lo por via normal devido à dilatação da região normal ser insuficiente para a passagem do feto com segurança, em intervalo de tempo mínimo para prevenir os riscos de morbidade fetal e/ou materna maior do que os esperados após o parto normal (DIAS, 2008).

No quadro abaixo está apresentado um resumo com as principais condições materno-fetais para a indicação da realização da cesariana.

Quadro 1 – Condições fetais e maternas nas quais a realização da cesárea tem vantagens sobre o parto vaginal²

| |
|---|
| Apresentação pélvica em primíparas Descolamento prematuro da placenta com feto vivo Gestação gemelar monoamniótica Gestação trigemelar Feto acima de 4.500 g Feto em apresentação transversa Feto prematuro em apresentação não cefálica Herpes genital ativo Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) com carga viral acima de 1.000 cópias ou desconhecida Pacientes com mais de uma cesárea prévia Pacientes com ruptura uterina prévia Placenta prévia Prolapso de cordão Sofrimento fetal agudo |
|---|

Fonte: SASS, N; HWAG, SM. **Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil.** Diagn. Tratamento. São Paulo: vol. 14, n. 4, 2009. p. 133-137. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n4/a133-137.pdf>>. Acesso em: 28/02/2014.

A cesárea é preferido e considerado a melhor forma de nascimento pelas mulheres que o têm, pois nesse tipo de parto há a ausência da dor das contrações uterinas durante o trabalho de parto, devido à anestesia, muitas mulheres tem medo do parto normal e por isso escolhem a cirurgia cesariana, relatam ainda por ser o

procedimento mais rápido, para aquelas que não desejam ter mais filhos, a realização de uma contracepção definitiva como a laqueadura têm mais possibilidades de ser feita e no caso de uma gravidez de risco, há maiores chances de salvar a vida do bebê (VELHO et al., 2012).

2.7 ASPECTOS FISIOLÓGICOS E FÍSICOS DO PARTO

2.7.1 A via de parto

A via de parto quer seja a natural (vaginal) ou a cirúrgica (abdominal) é o aspecto físico mais importante do parto e que levanta discussões sobre a via ideal para o parto e para a saúde materna e fetal, dividindo opiniões entre as próprias mulheres e entre os profissionais de saúde (FAÚNDES et al., 2004).

Para a decisão pela via de parto, é importante que sejam avaliados e levados em consideração o preparo psicológico e expectativas da mulher, o cuidado realizado da saúde da mãe e do feto durante a gestação, para que o melhor e o mais adequado tipo de parto seja escolhido. O ideal é que a decisão seja pelo parto onde ocorra o menor número de intervenções e procedimentos invasivos desnecessários (CARVALHO; MORAES, 2007).

Diversos estudos com mulheres que vivenciaram a experiência do parto vaginal e cesárea, afirmam que a preferência das mulheres pelo parto vaginal justifica-se por que nesse tipo de parto a mulher é a protagonista principal do momento e é o parto que mais traz satisfação a ela. O parto vaginal é preferido pelas mulheres, pois elas acreditam ser a forma natural e mais saudável, tanto para ela, quanto para o bebê (VELHO et al., 2012).

Mulheres que têm o parto vaginal relatam serem as vantagens desse tipo de parto: a maior atuação feminina, o cuidado médico diferenciado, a relação com o bebê com mais qualidade e a melhor recuperação no pós-parto. Afirmam que o parto vaginal é um parto ativo, em que as dores sentidas, são as dores do Ser mãe. Além de afirmarem ser mais saudável para o feto, por ser a forma natural de nascer (GAMA et al., 2009).

Oliveira e outros (2002) em um estudo descritivo e exploratório com uma população de puérperas sobre a expectativa do tipo de parto mostrou que algumas mulheres

estão bem esclarecidas e tem o conhecimento de que o parto vaginal é o fisiológico e que não oferece desvantagens para o binômio mãe-bebê, os relatos incluem motivos de que no parto vaginal sofre-se menos, a dor é sentida somente na hora do parto e o risco de adquirir infecção hospitalar é praticamente nulo. A escolha pelo parto vaginal também leva em conta o fato de ser a recuperação no pós-parto mais rápida em comparação com a cesárea.

Figueiredo e outros (2010) relatam que as mulheres que optam pelo parto vaginal ou anseiam por ele explicam que ter um parto normal, está associado aos benefícios de uma recuperação e retorno as atividades do cotidiano mais rápido no pós-parto vaginal, além do medo das possíveis complicações que uma cesariana poderia trazer, prejudicando a saúde materno-fetal.

A escolha pela cesárea muitas das vezes é justificada pela experiência do parto anterior ter sido uma cesariana, pela possibilidade da mulher poder escolher a data da cirurgia, pela gravidez atual ser risco, o medo da dor, etc (OLIVEIRA et al., 2002).

Faúndes e outros (2004) em uma pesquisa com mulheres e médicos acerca da opinião destes quanto à preferência da via de parto concluíram que as mulheres em sua grande maioria, preferem a via de parto vaginal. Mesmo aquelas que tiveram as duas experiências de parto, a vaginal e cesárea, e aquelas que apenas tiveram cesáreas, afirmam ser a preferência pela via vaginal para o parto. Ainda segundo os autores as justificativas dos profissionais para a prática da cesariana não são coerentes com as falas das mulheres. Quando questionadas pela preferência da via de parto, as mesmas afirmaram ser o vaginal o parto desejado, o que demonstra que as taxas altas do procedimento são causadas principalmente pelo conceito que o profissional tem como sendo o desejo da paciente, não colidindo com a realidade da opinião feminina.

Mandarino e outros (2009) afirmam que os percentuais de cirurgias cesarianas no Brasil são diferentes quando se compara a natureza do local (hospital) onde se realiza o procedimento, se privado ou público. No estudo que os autores desenvolveram tratando dos aspectos envolvidos na escolha do tipo de parto, comparando entre uma maternidade pública e privada, 80% das parturientes na maternidade pública afirmaram a preferência pelo vaginal e cerca de 70% das mulheres na instituição particular referiram preferir a cesariana. Neste estudo ainda relata que a preferência das mulheres pela via vaginal em ambas as instituições.

Lin e outros, citado por Silva e Surita (2009), afirmam que a chances de realização de cesarianas aumentam de forma clara com a idade materna. Ainda segundo os mesmos autores (2009, p. 323) [...] “o desempenho obstétrico das adolescentes é igual ou até melhor que o das mulheres adultas quanto à via de parto”. Ainda segundo os autores a influência da idade materna avançada nos altos índices de cesariana se justifica devido ao fator de que nessa idade o risco do surgimento de doenças gestacionais graves é maior, determinando assim que o parto seja pré-programado, antes mesmo que se tenha o amadurecimento fetal.

2.7.2 Dor

O papel fisiológico da dor é avisar o organismo quando este está sendo agredido ou afetado, como uma expressão física de defesa, através de sinais e sintomas, como é a própria dor. Entretanto, a maneira como o indivíduo demonstra essa reação, é designada pelo entendimento emocional e social e editada pela influência da cultura, na expressão da dor (SCHMID, 1998; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

A dor sentida da parturição é definida como uma das dores mais fortes sentidas, e o não conforto proporcionado à parturiente para o seu alívio acarreta prejuízos maternos de cunho emocional e psicológico importantes eternamente na memória obstétrica dessa mulher. Ainda que entendida e tratada como uma dor de natureza orgânica, os mecanismos neurofisiológicos e moduladores que desencadeiam a dor ainda permanecem sem explicação. A dor da parturição iguala-se de forma semelhante em seus aspectos, a dor somática. Em contrapartida, com a evolução do processo do parto, estiramentos, rupturas e lacerações no períneo, causam a dor de origem fisiológica (MORAIS, 2002).

O parto como um processo rítmico tem a dor como seu principal elemento. A dor é o aspecto que melhor representa a rítmica do parto, pois ela é alternada, ou seja, ela segue o ritmo do parto, conduzida pelas contrações uterinas. A dor atua como uma bússola durante o parto, e protege a parturiente e feto (SCHMID, 2014).

Segundo Braden (2000) e Briquet (1987) (apud MACEDO et al., 2005) a dor do parto é de fato real, ou seja, a mulher realmente sente dor na hora de parir, e essa dor segundo os autores acontece em consequência das contrações uterinas que ocasionam um comprometimento na condução do sangue ao útero, provocando a

dor. Baston e Hall (2010) afirmam que com o avançar do parto, aumenta também a duração e intensidade da contratilidade uterina. O colo uterino dilata e junto há a distensão do assoalho pélvico e vagina, à medida que o feto desce pelo canal de parto. Os nervos torácico, lombar e sacral em decorrência da compressão exercida pela cabeça fetal na cérvix, transmitem como resultado o estímulo de dor.

Durante o primeiro período do trabalho de parto, período de dilatação, as fibras nervosas que transmitem as sensações dolorosas, juntamente com as fibras simpáticas, penetram na medula em T10, T11, T12 e L1, fazendo sinapses com outras fibras ascendentes e descendentes no corno dorsal da medula. As contrações uterinas nesta fase determinam a dilatação cervical correspondendo a sensibilidade dolorosa de T10 a L1. No segundo período do trabalho de parto, período expulsivo, a cabeça fetal desce, e os dermatômos lombares inferiores e sacrais S2, S3 e S4 também são envolvidos (MORAIS, 2002, p. 39).

A regulação endócrina também apresenta função no controle da dor no parto. A homeostase de hormônios como ocitocina, betaendorfinas, adrenalina, catecolaminas exerce efeito na dor que a parturiente sente, e a dor também auxilia no equilíbrio dos hormônios da mulher durante o parto (BASTON; HALL, 2010). Em síntese a dor cria em momentos, uma máxima de stress agudo para a parturiente. O organismo responde com o aumento na liberação de catecolaminas, que liberada em doses máximas, ocasiona uma resposta contraditória de ocitocina, bem como também estimula a liberação de endorfinas. A concentração desses hormônios aumenta gradualmente, na mesma medida que a tolerância da parturiente a dor (SCHMID, 1998).

O conhecimento acerca das falas e opiniões das mulheres sobre o parto é vasto, além de sentimentos como angústia, espera e inquietude, muitas manifestam o temor frente à dor do parto. O medo do parto tem uma ligação direta com o modo que a parturiente experimenta a dor. A dor no parto é um aspecto físico/fisiológico que influencia e é influenciada pelo aspecto emocional/psicológico do medo. O medo sentido pela mulher no parto influencia na geração da dor, em contrapartida a dor que a mulher sente contribui para o aumento dos sentimentos de medo e temor no parto (BRASIL, 2001; BASTON; HALL, 2010; BEZERRA; CARDOSO, 2005; OLIVEIRA et al., 2010).

A dor é um dos grandes temores da mulher no parto. As gestantes temem não conseguir suportá-la, temem perder as forças diante da dor sentida e temem perder o controle emocional e físico do parto. Uma das causas para o aumento dos procedimentos invasivos no corpo da mulher durante o parto foi à cultura do medo

de sentir dor no parto que associado ao processo de medicalização de saúde, teve importante contribuição na formação atual da atenção obstétrica no Brasil (MALDONADO apud SARMENTO; SETÚBAL, 2003; PROGIANTI apud MACEDO et al., 2005).

Características como o local onde as mulheres são assistidas durante o parto, a diversidade cultural de cada mulher e as características individuais e da personalidade, bem como o emocional influenciam cada um de forma diferente na percepção e sensação da dor no parto e cada parturiente responde de maneira diferente frente a essa dor (DUARTE apud MACEDO et al., 2005; JACOBI apud MACEDO et al., 2005). Odontólogo citado por Macedo et al., (2005) afirma que todos os fatores que compõem o ambiente social do parto, como os profissionais de saúde, os procedimentos realizados, bem como os próprios sentimentos vivenciados pela parturiente, determinam o grau e a intensidade da dor sentida e transmitida.

A dor que a mulher experimenta ao parir um filho é única para ela, sendo influenciada pela experiência da dor de um parto anterior, suas características sociais e culturais. Bem como também a espiritualidade da mulher e as suas crenças religiosas estão ligadas a experiência da dor do parto. A educação em saúde dada a gestante ao longo do pré-natal e a sua satisfação com a gravidez determinam a relação entre a expectativa da mulher e a sua experiência com a dor (BASTON; HALL, 2010).

A vivência da dor do parto é resultado de complexas manifestações comportamentais e neurais da parturiente frente à estimulação algica, e que confere o caráter particular e exclusivo da dor por ela sentida. A ligação entre a origem e o resultado, no caso do parto, não é suficiente na prática para uma resposta clínica exata, pois mais importante que entender isso é compreender como se dá a vivência da dor pela parturiente para então diminuí-la (PEREIRA apud PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Os relatos das mulheres sobre o parto mostram que é marcante a presença da dor, o que nos reforça a atual assistência obstétrica voltada para a medicalização do parto, o atendimento focado na dor, como sendo ainda é um aspecto muito valorizado na cultura brasileira (KNOBEL et al., apud CARRARO et al., 2006).

Diante da compreensão das implicações da dor no universo do parto, faz-se necessário refletir sobre os relatos pessoais de mulheres que viveram a dor do parto, sobre aquilo que para elas influenciou na dor, e dessa forma enfatizar a atuação da enfermagem obstétrica, com a sua utilização de técnicas e cuidados humanizadores, que proporcionam a parturiente conforto e bem-estar físico durante o parto (MACEDO et al., 2005).

Segundo Faúndes e outros (2004) a intensidade da dor de acordo com o tipo de parto influencia na preferência e escolha deste pelas mulheres. Segundo o relato das mesmas a dor, durante ou após o parto, é fator determinante na escolha delas pela via de parto, sendo que a via mencionada como que provoca menor dor e sofrimento é a vaginal. A dor na cesariana é relatada como maior e mais incômoda após o procedimento no período pós-parto, e na via vaginal intensa durante o parto. Mesmo assim as mulheres relatam que a experiência da dor sentida é menos traumática na via vaginal.

Quadro 2 - Teorias sobre o propósito da dor do parto (a partir de Leap & Anderson, 2008:41).

| |
|---|
| <p>A dor como pura psicologia A dor para a mulher e permite que ela encontre um lugar seguro para dar à luz A dor marca a ocasião A dor exige um suporte A dor desenvolve um comportamento altruísta com relação ao bebê A dor engrandece a alegria A dor é a transição para a maternidade A dor fornece pistas sobre a progressão A dor reforça o triunfo de passar pelo parto A dor dispara cascatas de hormônio</p> |
|---|

Fonte: BASTON, H; HALL, J. O Parto. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 3 v. p. 43.

2.7.3 Episiotomia

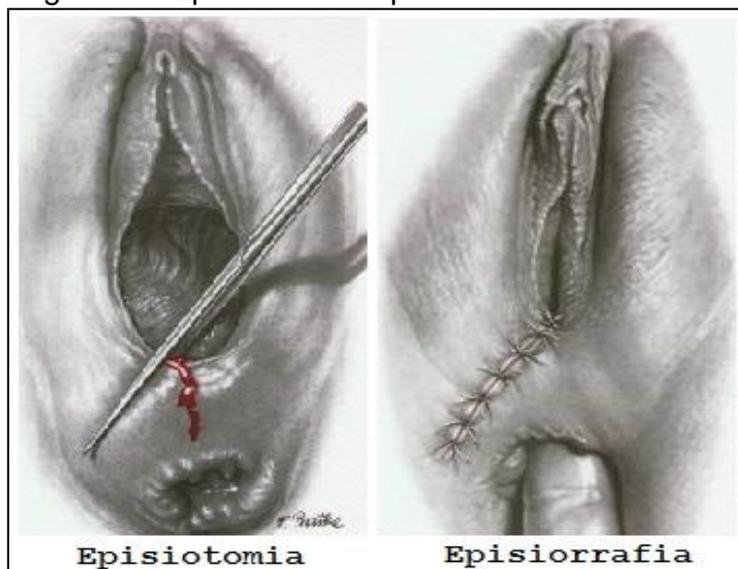
A episiotomia é uma incisão cirúrgica (corte) realizada na região perineal (períneo), anteriormente ao desprendimento da cabeça do feto, com a finalidade de tornar maior o orifício vaginal, aumentando a saída da região vulvar, à medida que o períneo se distende, para facilitar o parto, saída do feto e evitar a laceração dos tecidos e músculos do períneo. A realização da episiotomia é indicada principalmente quando há necessidade de diminuir o risco de um trauma perineal, que pode ser ocasionado por uma laceração ou distensão dos tecidos perineais

exagerada. Também quando há evidenciado o comprometimento ou risco fetal, apresentação pelvopodálica, cansaço físico materno decorrente do esforço exaustivo durante o trabalho de parto, sendo dessa forma necessário que o parto evolua de forma mais rápida (BASTON; HALL, 2010; FRASER; COOPER, 2010; WOLCOTT; BAILEY, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

O corte da episiotomia pode ser feito utilizando-se uma tesoura de ponta cega, bisturi ou lâmina, geralmente é realizada no momento de uma contração uterina, ou quando necessário para o conforto da parturiente, é realizado antes do procedimento, o bloqueio sensitivo do períneo, pela administração de um anestésico local. O momento adequado da realização da episiotomia deve ser criteriosamente avaliado, para que não seja feito cedo demais, ocasionando um sangramento excessivo, ou tarde demais, quando já o estiramento excessivo do períneo e a presença de laceração. Os tipos de incisão incluem a mediolateral, que se inicia na base da abertura vaginal, na linha média, realizada em um ângulo de 45° direcionada para o lado direito; a incisão mediana é iniciada na margem posterior (base) da abertura vaginal, na linha média, seguindo até a inserção dos músculos perineais e músculo do esfíncter anal (BASTON; HALL, 2010; FRASER; COOPER, 2010; WOLCOTT; BAILEY, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

O reparo perineal da incisão da episiotomia, denominado de episiorrafia é realizado após a expulsão da placenta. A técnica de sutura utilizada para o reparo da episiotomia é a de sutura contínua, realizada com fio absorvível, de material sintético, pois causa menos incômodo a puerpéra no pós-parto e menor risco de deiscência de sutura (WOLCOTT; BAILEY, 2010).

Figura 3 – Episiotomia e episiorrafia



Fonte: <http://adeledoula.blogspot.com.br/2013/01/episiotomia-mutilacao-genital-brasileira.html>

A episiotomia de rotina tem sido tradicionalmente um dos procedimentos obstétricos mais frequentemente realizados. A maioria dos partos vaginais não exige a realização do procedimento, sendo que esta prática deve estar restritamente ligada à necessidade clínica da sua realização. Outra questão importante é que, como se trata de um procedimento cirúrgico, é fundamental que a parturiente seja comunicada da real necessidade da episiotomia, a equipe de saúde deve informar a ela em uma linguagem de fácil entendimento e a concordância verbal pela parturiente deve ser dada antes da realização do procedimento (BASTON; HALL, 2010; FRASER; COOPER, 2010; WOLCOTT; BAILEY, 2010).

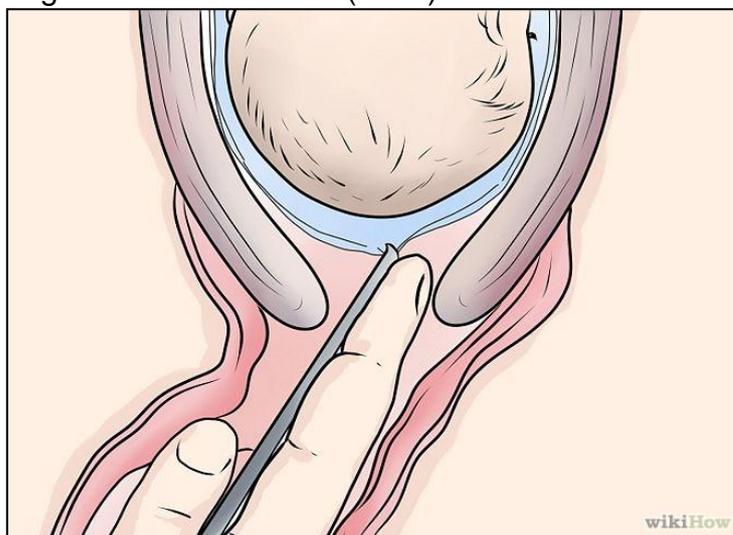
2.7.4 Amniotomia

Amniotomia é um procedimento intra-hospitalar, utilizado para a indução ou aceleração do parto, e que significa a ruptura artificial das membranas fetais (RAM). Esse procedimento é realizado quando o colo do útero está favorável, ou seja, suficientemente centralizado e dilatado. Na região vulvar da parturiente é feita a antissepsia, em seguida a ruptura das membranas é realizada, entre as contrações uterinas, utilizando-se um amniótomo, instrumento plástico estéril, introduzido no canal vaginal entre dois dedos calçados com luvas estéreis, para perfurar as membranas, permitindo assim a drenagem do líquido amniótico. É importante que seja observado e devidamente registrado a coloração e aspecto do

líquido drenado (WOLCOTT; BAILEY, 2010; BASTON; HALL, 2010; FRASER; COOPER, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

As indicações para a realização da amniotomia incluem principalmente, a visualização da coloração do líquido amniótico, na suspeita da presença de mecônio ou sangue, acesso ao feto para a fixação de eletrodos no couro cabeludo, para realizar o monitoramento da frequência cardíaca fetal contínua e também é indicada para acelerar o processo do parto (WOLCOTT; BAILEY, 2010; FRASER; COOPER, 2010).

Figura 4 – Amniotomia (RAM)



Fonte: <http://pt.wikihow.com/Romper-a-Bolsa-de-Água>

É de extrema importância que seja verificado e confirmado que a cabeça do feto esteja insinuada na pelve materna e exercendo pressão sobre o colo uterino, antes da realização da amniotomia, para evitar a ocorrência de prolapso do cordão umbilical, caso haja risco para essa complicação, a realização da amniotomia é contraindicada, pois pode ocasionar sofrimento fetal grave (FRASER; COOPER, 2010; WOLCOTT; BAILEY, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1986). Os riscos negativos potenciais da amniotomia incluem o desaceleramento precoce da frequência cardíaca fetal, prolapso de cordão, formação de bossa serossanguínea, infecção intrauterina, rompimento de um dos vasos fetais nas membranas (vasa prévia) e etc (FRASER; COOPER, 2010; WOLCOTT; BAILEY, 2010).

Alguns esclarecimentos prévios a efetuação da amniotomia são fundamentais como, por exemplo, a obtenção do consentimento da parturiente. É importante que ela

participe da decisão relativa à realização do procedimento, e antes de realizar a RAM, é necessário que o profissional que está assiste a essa mulher, explique a ela acerca da justificativa para a ocorrência da amniotomia, de modo que ela possa compreender como ela se sentirá, e como esse procedimento influenciará no seu parto (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

Apesar das indicações e benefícios da amniotomia a realização da RAM de rotina, não é recomendada. Estudos afirmam ainda que é fundamental que sejam repassadas as evidências científicas que comprovam a importância da realização do procedimento para a parturiente que será submetida a RAM, para que a tomada de decisão ocorra em conjunto, parturiente e equipe de saúde (SMYTH; ALLDRED; MARKHAM apud PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

A amniotomia é comumente empregada como instrumento de aceleração do parto quando a dilatação do colo uterino favorece a sua realização, entretanto esta intervenção pode atrasar a evolução do parto, quando este não ocorre dentro do tempo máximo após sua realização. Contribui também para o desconforto da parturiente que fica restrita ao leito, sem poder movimentar-se quando a apresentação fetal está insinuada na pelve, a fim de evitar o risco da ocorrência de prolapso de cordão e principalmente quando é realizada de forma eletiva, sem indicação do momento oportuno para tal, expõe mais ainda à parturiente e o feto ao risco de infecções (FOGAÇA; SCHNECK; RIESCO, 2007).

As evidências científicas que comprovam o efeito sozinho da amniotomia na indução do parto ainda são poucas. Estudos apontam que em média, quatro horas após a realização da amniotomia é iniciado a infusão intravenosa de ocitocina para indução do parto, como uma intervenção complementar a primeira (BRICKER; LUKAS apud FOGAÇA; SCHNECK; RIESCO, 2007).

2.7.5 O uso de ocitocina exógena (sintética)

A ocitocina é um hormônio endógeno, sintetizado pelo hipotálamo e armazenado na glândula hipófise posterior, que causa a contratilidade da musculatura lisa uterina durante o parto. A camada média do útero, o miométrio, possui receptores para a ocitocina, que ao longo da gestação até o final da gravidez, se multiplicam. Mesmo após a maturação cervical fisiológica ou induzida e da realização da RAM, o útero

pode ainda não apresentar contrações regulares e efetivas, dessa forma é utilizada a ocitocina sintética administrada para atuar em adição ao hormônio endógeno aumentando a intensidade e frequência da contratilidade do útero (FRASER; COOPER, 2010; WOLCOTT; BAILEY, 2010; GOMES, 2010; REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

Na prática obstétrica, a ocitocina utilizada é a sintética, que apresenta as mesmas propriedades do hormônio endógeno. É administrada por infusão endovenosa contínua, diluída em solução isotônica, como por exemplo, o soro fisiológico a 0,9%, sendo a prescrição de ocitocina responsabilidade do médico. A administração de ocitocina é realizada através de uma bomba de infusão, de tal forma que se tenha um controle exato do volume e velocidade da dose infundida na parturiente. A posologia da administração de ocitocina prescrita é dada em miliunidades por minuto (mU/min) (FRASER; COOPER, 2010; WOLCOTT; BAILEY, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1986; REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

Segundo Fraser e Cooper (2010) a diluição sugerida é de 30 UI de ocitocina em 500 ml de soro fisiológico a 0,9%, já Ziegel e Cranley (1986) afirmam que de 5 a 10 UI droga devem ser adicionados 1000 ml de solução. Ainda segundo Ziegel e Cranley (1986) administração de ocitocina é de responsabilidade do médico, não devendo a enfermeira obstetra assumir essa função. Em contrapartida, Fraser e Cooper (2010) e Wolcott e Bailey (2010) afirmam que a enfermeira obstetra que seja experiente poderá seguramente realizar a administração de ocitocina.

O frasco com a solução, a ser infundida deverá ser cuidadosamente checado, rotulado com o nome da droga, volume adicionado, data e hora de início. O objetivo da administração de ocitocina é obter contrações uterinas bem espaçadas, numa frequência de 3 a 4 contrações a cada 10 minutos, sendo que essa frequência pode ser alcançada antes mesmo da dose máxima da droga, por isso a enfermeira obstetra deve iniciar a infusão com a concentração mais baixa, cerca de 1mU/min, e aumentando até a dose máxima de 20mU/min (FRASER; COOPER, 2010; WOLCOTT; BAILEY, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 2010).

“Os efeitos colaterais da ocitocina incluem: hiperestimulação do útero, que pode causar hipóxia fetal e ruptura uterina; retenção hídrica; o uso prolongado pode contribuir para atonia uterina pós-parto” (FRASER; COOPER, 2010, p. 336). É extremamente importante à observação cuidadosa e contínua da atividade uterina,

frequência das contrações e a monitorização da frequência cardíaca do feto durante a administração da ocitocina. Além disso, é contraindicado iniciar a infusão de ocitocina dentro de 6 horas da administração de prostaglandinas (PGEs) (WOLCOTT; BAILEY, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

Segundo Fraser e Cooper (2010) a ocitocina é utilizada em associação com a RAM e pode ser iniciada ao mesmo tempo em que amniotomia, ou com algumas horas de antecedência. Entretanto, Wolcott e Bailey (2010) afirmam que o uso isolado de ocitocina e a associação desta com a amniotomia não são recomendados, e não devem ser utilizados como primeira escolha na indução ou aceleração do parto.

A utilização de ocitocina na indução do parto vem sendo questionada quanto ao seu efeito benéfico de forma isolada ou juntamente associada com outros tipos de intervenções. Assim como a amniotomia, a ocitocina está vinculada como causa das altas taxas de cesariana realizadas posteriormente a sua infusão (KELLY; TAN apud FOGAÇA; SCHNECK; RIESCO, 2007).

2.8 ASPECTOS EMOCIONAIS E PSICOLÓGICOS DO PARTO

O parto é um momento em que a mulher vivencia inúmeras emoções e anseios, tais como, temor, ansiedade, desalento, conforto, etc, de diversas maneiras, que vão desde a timidez até a demonstração visível e audível, física e emocionalmente, das sensações desse momento. Momento esse envolto por angustias, esperanças e apreensão, caracterizado de maneira principal por uma condição de volta ou regresso sentimental (MOTTA; CREPALDI, 2005). No decorrer do processo da parturição o aparelho psíquico da mulher (consciência e inconsciência) trabalha com essas características psicológicas do parto, o que atribui à questão psíquica, o valor individual e único que cada parto possui para cada mulher. Esse fato não se limita apenas a atribuição do significado que a mulher confere a experiência de parir, mas, engloba inclusive como acontece e ocorre essa experiência (LEF apud MOTTA; CREPALDI, 2005; MALDONADO apud MOTTA; CREPALDI, 2005).

Segundo Velho e outros (2012) o parto é um momento intenso de emoções, envolto em sentimentos de prazer, satisfação e concretização do ser mulher, e também de crescimento para elas. “O parto é uma experiência marcante para a mulher, podendo deixar lembranças positivas ou negativas como sofrimento, medo de

engravidar novamente e depressão” (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011, p. 61). A vivência do parto sempre significou ser um momento precioso na vida da mulher; uma ocasião singular e importante, caracterizado pela aquisição de um novo papel, o de tornar-se mãe (VELHO et al., 2012).

Pacheco, Costa e Figueiredo (2002) em um estudo sobre a experiência de parto e de alguns fatores e consequências associados, verificaram estudos de investigações realizadas na intenção de identificar a influência da via de parto, quer seja na experiência ou mesmo na relação de afetividade entre mãe e filho. Os autores confirmaram que a via de parto, interfere na experiência das mulheres, na percepção delas com o momento, no grau de satisfação com a parturição, bem como na ligação inicial entre mãe e bebê que ocorre no momento do parto e a intensidade dos cuidados que a mesma dedica ao filho após ele.

O parto é uma etapa de extrema importância e caracteriza-se como um dos itens imprescindíveis do universo psíquico e sexual feminino. Dessa forma, quando a vivência do parto é negativa para a mulher, carregada por sentimentos como dor, ansiedade, temor e solidão, podem ocorrer consequências graves e alterações psíquicas no emocional da mulher, além de influenciar no vínculo mãe/filho, nos relacionamentos afetivos e na relação conjugal da mesma (BRASIL, 2001).

O parto para a mulher em relação ao tempo da gestação é curto, mas extenso no que diz respeito às experiências vivenciadas por ela. As mulheres criam na mente certas expectativas acerca do parto, dentre elas incluem o medo que sentem em não conseguir identificar o início do trabalho de parto e estarem aptas a perceber o momento em que devam procurar o médico. O medo é um aspecto emocional intrínseco ao parto. Além do medo de morrer no parto, a parturiente teme, por exemplo, que o feto ao nascer, no caso do parto vaginal, cause a ela na sua região genital lacerações, deformidades fazendo com que ela perca sua feminilidade associada à distorção da aparência genital causada pelo parto (MALDONADO; CANELLA apud SARMENTO; SETÚBAL, 2005).

O parto é um estado de vulnerabilidade emocional para a mulher. Um aspecto frequente no parto relacionado ao estado angustiante em que a parturiente está é o sentimento de impotência e incapacidade em parir o seu filho. Isto está relacionado à questão da autoestima dessa mulher no parto e da sua experiência pessoal no decorrer da vida sexual e reprodutiva, da gestação atual e anteriores. A autoestima

também influencia nas expectativas criadas pela parturiente a respeito do seu desempenho no parto e ao estado de saúde do seu filho ao nascer, no contexto do que é a parturição, uma vivência marcada pelas emoções intensas, e que oscila entre a angústia e a felicidade (MALDONADO apud SARMENTO; SETÚBAL, 2005; SZEJER; STEWART apud SARMENTO; SETÚBAL, 2005; SOIFER, 1980).

2.8.1 Solidão

O sentimento de solidão para a mulher no parto é extremamente negativo. Quando a mulher não é acompanhada, quer seja por alguém do seu convívio ou mesmo pela equipe de saúde, o seu estado emocional é muito prejudicado. Ela sente-se sozinha, assustada, como de fato está e tem o seu autoconceito feminino afetado, diminuído. O parto é um momento onde o ego feminino está aumentado, e, ao mesmo tempo em que o individualismo dessa mulher predomina, os sentimentos de temor e apreensão pelo parto também estão presentes. Dessa forma, para a mulher ser valorizada no momento do seu parto, é receber também proteção (KLAUS; KENNEL; KLAUS apud MOTTA; CREPALDI, 2005).

2.9 ASPECTOS SOCIOECONÔMICO-CULTURAIS DO PARTO

Segundo Bezerra e Cardoso (2006) alguns fatores culturais interferem na experiência vivenciada de mulheres em trabalho de parto e parto. Esses fatores incluem o medo das mulheres com o parto, a influência de crenças populares e da religiosidade, gestações anteriores, que tenham sido ruins ou agradáveis às mulheres.

Desde a infância as mulheres ouvem falar acerca de histórias de partos complicados, complexos. Histórias que são repassadas entre as mulheres (avós, mãe, filhas) através das gerações, resultando no que foi constituído como a cultura do medo do parto. Essa influência cultural que o medo do parto exerce na mulher, toma forma na descrição de grande parte das gestantes que definem o parto como um momento de intensa dor, aterrorizante, tal como é o medo da morte (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

A cultura e a história pessoal da parturiente influenciam nas idealizações e imaginações que ela tem em relação aos diversos tipos de parto. A parturiente teme também que os procedimentos obstétricos realizados no parto causem a ela, experiências ruins como, por exemplo, a posição mantida no parto, episiotomia, lavagem intestinal, etc, além de não sentirem-se à vontade no ambiente do hospital, temerem estar num local estranho, amedrontador, que não é algo comum à rotina das mesmas (MALDONADO apud SARMENTO; SETÚBAL, 2005; SZEJER; STEWART apud SARMENTO; SETÚBAL, 2005; SOIFER, 1980).

A religiosidade também é um aspecto cultural-social do parto e que influencia neste. As parturientes relatam suas crenças fundamentadas na religião que seguem e nos valores filosóficos que crêem. A gestação sendo uma etapa em que a mulher passa em meio a medos e temores, muitas buscam o conforto espiritual, apegando-se as características religiosas, no desejo e expectativa de receber cuidado e proteção de uma força maior, durante a sua gravidez e no parto. A filosofia de vida e a cultura religiosa de muitas mulheres ainda são responsáveis por muitas delas procurarem a o saber popular de benzedeadas e curandeiros, na busca pela ajuda de rituais, passes de muitas seitas e religiões, para uma boa gestação e parto. Apesar das orientações médicas que elas recebem dos profissionais no pré-natal, o fator ouvir uma segunda opinião de um saber milenar e que envolve algo do misticismo sobre a sua gestação e parto ainda é muito pontual. Isso reflete no cotidiano de muitas mulheres, que se apegam aos fatores religiosos, as divindades, as rezas ou orações, intencionadas em receber de um poder maior e superior, a proteção espiritual, para elas e para o filho que carregam durante a gravidez e no parto. Essa influência da religiosidade é comprovada pelas próprias falas, pensamentos e comportamentos de gestantes e parturientes (BEZERRA; CARDOSO, 2006)

Nogueira (2006) afirma que o parto sempre foi compreendido como algo ligado ao mundo do sagrado e que com o passar do tempo à influência da secularização na cultura do mundo ocidental, a caracterização da vida como ciência e a racionalização, encobriu esse pensamento. Segundo o mesmo autor (2006, p. 125) “Os rituais em torno do parto, fruto de séculos de civilização, seguem necessidades psicológicas e sociais profundas”. Nogueira (2006) afirma ainda que o novo contexto que se pretende criar com a propagação da humanização do parto e nascimento, necessita que profissionais e parturientes possuam qualidades psicológicas para o

entendimento do parto como um momento que transcende a dimensão física, ou seja, vai além da matéria, ligado há algo maior através da sua subjetividade.

A influência da mídia, por exemplo, através dos seus diversos veículos de comunicação, como rádio, televisão, internet, etc, contribui para o fortalecimento da cultura ocidental atual em relação ao parto normal, retratando-o como um momento de sofrimento e dor intensa. A mídia como importante formador de opinião contribuiu e contribui para a atual definição subjetiva de “doença” dada ao parto e dessa forma, como instrumento de uma sociedade capitalista, propaga a visão de lucratividade. Visão essa que influenciou e influencia o cenário obstétrico e que ambientou o parto como mercadoria, sendo a “cura” para a “doença” parto normal a prática segura de uma cesariana. Aliada a falta de informação sobre os benefícios do parto normal e a real indicação de uma cesariana, a mídia contribui principalmente para que mulheres com pouco esclarecimento tenham o parto normal e antes mesmo da concepção, tenham o pensamento pré-concebido da cesariana como a único tipo de parto seguro (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

A incidência de cesáreas tem aumentado crescentemente nos últimos anos principalmente, entre as usuárias dos planos particulares de saúde. Estudo revela que mulheres que têm seus partos em hospitais privados, apresentam o dobro das taxas de cesárea em relação às mulheres que utilizam os hospitais e maternidades públicas para parirem (DIAS et al., 2008).

A maioria das mulheres que optam por fazer a cesariana apresenta situação socioeconômica favorável, com nível de renda familiar elevado, ausência de riscos sociais, maioria de cor branca, com a escolaridade de nível superior e são as que mais frequentam as consultas de pré-natal (FREITAS et al., 2005).

A questão econômica do parto influencia na presença do acompanhante, contrariando a ideia de que toda parturiente tem o direito ao acompanhamento durante o parto, geralmente, somente as mulheres que possuem uma situação econômica mais favorável e têm seus partos por meio do plano de saúde, em hospitais da rede privada, é que requerem e se beneficiam do direito a presença do acompanhante no parto (BRASIL, 2001).

A idade materna é um aspecto social do parto que sofre influências do aspecto econômico. Em países ricos, o perigo da mortalidade materna (MM) é o dobro maior

quando a gestante tem o seu parto após 35 anos de idade e cinco vezes mais incidente após a quarta década de vida feminina (SILVA; SURITA, 2009). Nos países pobres ou em desenvolvimento, em especial os da América Latina, os riscos para a MM estão mais presentes na idade materna precoce, a adolescência. E estas taxas são mais alarmantes, pois, não há grande influência de fatores de riscos biológicos e clínicos, nessas taxas, predominantemente estão associados a MM em mulheres adolescentes, os riscos psicossociais e de gênero, que aumentam o risco de MM 4 vezes mais em meninas na faixa etária de 10 a 16 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION apud SILVA; SURITA, 2009).

Grande parte das mulheres que vivenciam o parto em um momento mais tardio da vida reprodutiva tem uma condição socioeconômica mais favorável. Isso contribui para um parto que seja adequadamente planejado, geralmente é resultado de uma reprodução assistida (inseminação artificial ou fertilização em vitro) devido à diminuição da fertilidade feminina nesse período. O procedimento por si só já é um procedimento caro e custoso e requer da mulher uma situação financeira estável, para a sua execução. O estado de saúde dessas mulheres, em grande parte dos casos é saudável, a estabilidade financeira contribui para que a mulher possa cuidar da sua saúde e chegar à idade de 35 e 40 anos bem fisiologicamente, para poder engravidar e ter seu parto em idade tardia, mas, seguro (FRETTS apud SILVA; SURITA, 2009).

2.9.1 Idade Materna

O parto em idade tardia ou precoce é um tema da reprodução feminina que continuamente foi cercado por crenças e tabus, e influenciado por questões culturais. Essas influências qualificam o parto na idade precoce ou avançada, ora como algo indicado, permitido, ora como um inconveniente biológico, que potencializa riscos. A evolução da ciência médica proporcionou que gestações e partos, independente da idade materna, pudessem ocorrer sem intercorrências. Aliada aos avanços sociais, na educação e nutrição, respaldados cientificamente, possibilitou que os fatores de risco obstétrico do parto, que diferem nos extremos de idade materna, fossem reduzidos e alguns extintos (SILVA; SURITA, 2009).

O conceito parto tardio é definido como parto que é vivido após os 35 anos de idade. Alguns estudos subdividem o a idade materna para o parto tardio em duas categorias, uma de mulheres entre 35 e 40 anos de idade, e outra de mulheres com mais de 40 anos, devido ao aumento dos fatores de risco para a MM e perinatal, a partir da quarta década de vida da mulher. A mudança na rotina de vida das mulheres e o aumento da expectativa de vida feminina contribuem para o adiamento do primeiro parto. O parto tardio, em mulheres com idade acima dos 40 anos, é cada vez mais comum. As mulheres procuram primeiramente atingir e alcançar as suas metas de vida pessoal e profissional, para somente depois pensar na meta ter filhos (SILVA; BAHAMONDES, 2005; SILVA; SURITA, 2009).

Em contrapartida aos movimentos sociais, melhorias na qualidade da vida reprodutiva, aumento do planejamento familiar, etc, encontram-se as “mulheres” adolescentes, conjunto da sociedade que nos últimos anos vem apresentando o início da puberdade cada vez mais precoce, com a primeira menstruação, relações sexuais e gestações cada vez mais cedo. A gravidez na adolescência têm apresentado taxas cada vez mais altas, enquanto isso o percentual de fecundidade de mulheres em idade reprodutiva, têm sido cada vez mais baixo (BELO; SILVA, 2004; IBGE apud SILVA; SURITA, 2009).

O número de adolescentes grávidas principalmente nas nações em processo de desenvolvimento econômico é considerado um grave problema de saúde pública, principalmente pelas implicações biológicas e sociais consequentes. A ocorrência da gravidez e parto em adolescentes é um dos principais problemas relacionados à saúde reprodutiva da mulher no mundo. Calcula-se que a cada ano, em torno de 15 milhões de adolescentes tenham filhos, isso corresponde a 20% do número total de partos e nascimentos no mundo. As chances aumentadas para a ocorrência de resultados materno-neonatais negativos nas adolescentes são justificadas pela situação socioeconômica desfavorável em que esta faixa etária se encontra. No caso das adolescentes quanto menor a idade, maior é o risco obstétrico (AMAYA; BORRERO; UCRÓS apud SANTOS et al., 2009; DIAZ; SANHUEZA; YAKSIC apud SANTOS et al., 2009).

A aproximação da hora do parto e as mudanças que vão ocorrer na vida da adolescente são responsáveis pela ansiedade que ela sente. Diferente da mulher adulta a adolescente vive um momento de busca da identidade pessoal ao mesmo

tempo em que vivencia a experiência da gravidez e do parto, o que deixa mais apreensiva com a proximidade do nascimento, além do medo de morrer no parto e de não suportar a dor (SILVA; LOPES; DINIZ, 2004).

Mulheres extremamente novas ou muito velhas para a questão biológica da reprodução são as que apresentam maiores chances de ter intercorrências graves durante a gestação, no parto e puerpério. A idade materna tem influencia significativa nos resultados perinatais: mulheres que se encontram nos extremos de idade, jovem demais ou idosa demais, apresentam maiores riscos e resultados materno-fetais mais desfavoráveis, quando comparado a mulheres em idade reprodutiva, dos 20 aos 35 anos, as chamadas adultas jovens (FRETS apud SILVA; SURITA, 2009; IBGE apud SILVA; SURITA, 2009).

O risco para intercorrências obstétricas em alguns aspectos é igual entre adolescentes e mulheres com idade mais avançada, entretanto a gestação tardia apresenta riscos mais elevados em algumas situações, como por exemplo, o aborto espontâneo, gravidez não uterina (ectópica), malformações fetais congênitas. A condição clínica de mulheres com gestação tardia, evidenciado pela presença de patologias, como por exemplo, a hipertensão arterial (HA), é responsável pelas inúmeras internações durante a gravidez, mais do que qualquer outra faixa de idade (FRETS apud SILVA; SURITA, 2009; LUKE; BROWN apud SILVA; SURITA, 2009;).

A frequência de complicações obstétricas como o descolamento precoce da placenta e a placenta prévia, é maior em gestantes em idade tardia. Nas nações em processo de desenvolvimento econômico, as mulheres que apresentam maior risco para complicações e intercorrências obstétricas, são as responsáveis pelas altas taxas de partos tardios, as quais iniciaram a vida reprodutiva precocemente, e grande parte delas é múltipara (GLIBERT; NESBITT; DANIELSEN apud SILVA SURITA, 2009; SILVA; SURITA, 2009).

A incidência dos riscos à saúde perinatal evidenciados pelo parto prematuro e o baixo peso no nascimento, ocorrem mais frequentemente em gestações nos extremos da idade reprodutiva, apesar de que os fatores que causam ou estão associados a esses resultados adversos não sejam os mesmos. A idade materna avançada contribui para o aumento da incidência de mortalidade perinatal nas últimas semanas da gravidez, principalmente da morte fetal intrauterina, em muitos casos de fetos saudáveis para o nascimento, e que não se concluiu a causa

específica da morte fetal (BELO; SILVA, 2004; CHAKO apud SILVA SURITA, 2009; REDDY; KO; WILLINGER apud SILVA; SURITA, 2009).

É importante que os profissionais de saúde sejam conscientes e prestem um atendimento adequado as gestantes, parturientes e puerpéras em idade avançada ou precoce, orientando-as de forma correta e assim contribuindo para a diminuição dos efeitos negativos da idade na gestação e parto. Estudos realizados em países desenvolvidos mostram que quando é oferecida a mulher um acompanhamento adequado durante todo o processo gravídico-puerperal, a influência da idade materna como um risco na gestação, parto e puerpério é mínima, quer seja entre mulheres em idade avançada ou adolescentes (CECATTI et al., 1998).

2.10 A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE COMO UM ASPECTO DO PARTO

Alguns fatores são fundamentais e contribuem de forma importante para a satisfação da mulher com a parturição. Um deles é a presença do acompanhante. O acompanhante é determinante para uma boa experiência de parto, pois proporciona à parturiente, apoio, bem estar físico e emocional favorecendo assim que o processo do parto tenha uma boa evolução e ocorra sem intercorrências. O acompanhante presente durante toda a gravidez, desde o pré-natal até o momento do nascimento passa para a mulher segurança, diminuindo assim as possíveis complicações que possam vir a ocorrer na gestação, parto e nascimento (BRASIL, 2005).

Ao longo da história, o parto sempre foi caracterizado como algo particular do universo feminino. A mulher tinha seus filhos em casa, e era cuidada pelas parteiras, geralmente uma mulher de confiança e que realizara outros partos na família. Além disso, era acompanhada por pessoas que a mesma conhecia, e que lhe prestavam todo o apoio no parto. Pessoas essas que faziam parte e integravam o seu convívio familiar e social, como o marido, a família, vizinhos e etc (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005)

Na transição do século XIX para o XX, o parto passou por uma transformação importante. Vários agravantes como as elevadas taxas de mortalidade materno-infantil, que estavam associadas à precária higiene e ao baixo controle de infecção tornaram o momento do parto um alvo de atenção. Dessa forma o parto foi transferido da casa para o hospital, deixando de ser um momento singular, onde a

“natureza” trabalhava sem interferências, para ser um evento plural com novos participantes, onde o controle do parto agora estava num saber médico autoritário (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

O tornar do parto um evento hospitalar foi responsável pelo negativo afastamento do convívio familiar e social durante esse momento. A presença da família no parto foi proibida nos serviços de saúde, pois o mesmo tornou-se um evento médico e não mais familiar. A parturiente deixou de ter o apoio das pessoas da sua família para apenas ser assistida por profissionais de saúde, que não a apoiavam, mas apenas realizavam as técnicas e práticas hospitalares, rotineiras e mecânicas no parto (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005; MOTTA; CREPALDI, 2005; NAKANO et al., 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) citado por Alvarenga e Hotimsky (2002, p. 470) durante a realização da Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Nascimento e Parto em 1985, recomendou que:

[...] O bem-estar da nova mãe deve ser assegurado através do livre acesso, de um membro da família, de sua escolha, ao parto, nascimento e durante o período puerperal. Além disso, a equipe de saúde deve proporcionar-lhe apoio emocional.

Assim como a OMS, o Ministério da Saúde (MS) também recomenda a participação de um acompanhante no parto, quer seja ele vaginal ou cesárea. Segundo o MS a parturiente tem o total direito de escolher o acompanhante que for melhor para ela, e é de extrema importância que esse direito seja respeitado (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005; NAKANO et al., 2007).

Nos últimos anos o suporte ao parto e nascimento tornou-se um evento raro dentro dos hospitais e maternidades ao redor do mundo. O resgate a esse direito vem sendo argumentado como uma das questões da humanização do parto e nascimento. Diante desse fato inúmeras campanhas por parte de entidades de classes profissionais, organizações não governamentais começaram a acontecer e mobilizaram pelo país intensas discussões acerca do direito da mulher em ter a presença de um acompanhante no seu parto (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

Como resultado em 7 de abril de 2005 tornou-se aprovada a lei 11.108 que garante como direito legal a parturiente a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o processo de trabalho de parto, parto e puerpério imediato no sistema

único de saúde – SUS (BRASIL, 2005). A parturiente a partir de então, tem direito por lei, a presença de um acompanhante no momento do parto, não sendo de responsabilidade da instituição de saúde decidir quem será o acompanhante e muito menos limitar as condições para a presença do mesmo (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Alvarenga e Hotimsky (2002) afirmam que antes da criação da lei, a maioria das instituições de saúde pública e conveniadas ao SUS no Brasil não permitiam que a mulher fosse acompanhada por alguém durante o parto. Como consequência disso, durante muito tempo era comum às mulheres brasileiras parirem sozinhas nos hospitais e maternidades do país. Ainda segundo os autores somente as parturientes que eram menores de idade tinham o direito assegurado de um acompanhante durante o parto. Conforme afirma o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no artigo 12, da lei 8.069, de 13 de julho de 1990, “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições de permanência em termo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação da criança e do adolescente” (BRASIL, 1990).

“O suporte provido pelo acompanhante à parturiente contempla, na prática, os aspectos emocionais (encorajar, tranquilizar, incentivar)” (NAKANO et al., 2007, p. 133). O papel do acompanhante se define pelas atividades que o mesmo desempenha no trabalho de parto (TP) e parto, dentre elas estão, o apoio emocional, segurar a mão da parturiente, o conforto físico, através de massagens, auxiliando na hora do banho e durante a deambulação para alívio da dor e o encorajamento durante o parto no período expulsivo (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005). Vários estudos que abordam sobre a humanização do parto revelam a importância da presença do acompanhante no momento do parto na prevenção de problemas e na realização de intervenções desnecessárias (CASTRO; CLAPIS, 2005).

O acompanhante presente durante todo o período gestacional, desde a 1ª consulta de pré-natal até o momento do nascimento passa para a mulher segurança, diminuindo assim as possíveis complicações que possam vir a ocorrer na gestação, no parto e nascimento, contribui para a redução do uso em exagero de ocitocina, da duração do TP, da utilização de métodos não invasivos para alívio da dor (analgesia), a redução dos índices de partos cesárea e o tempo de hospitalização da parturiente e neonato (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

A presença do acompanhante no momento do parto proporciona à parturiente, apoio, bem estar físico e emocional favorecendo assim que o processo do parto tenha uma boa evolução e ocorra sem intercorrências. A boa evolução do parto e puerpério e a cooperação da parturiente é evidenciada através da presença garantida do acompanhante escolhido pela mulher no momento do parto e durante o pós-parto. A aceitação pela escolha do acompanhante da parturiente é comprovada cientificamente como uma importante prática no que diz respeito ao apoio durante o parto. A presença do acompanhante muda toda a rotina do parto e influencia de forma positiva nos sentimentos, comportamento e participação das parturientes. As parturientes na presença dos seus acompanhantes sentem mais conforto, segurança, participam e colaboram mais com a equipe de saúde que as assistem, e isso contribuiu para que o parto tenha um desfecho tranquilo e adequado. A parturiente que não tem alguém do seu convívio ao seu lado no parto sente-se mais sozinha, insegura, abandonada e esses sentimentos contribuem para que ela veja o parto como uma experiência negativa (PERDOMINI; BONILHA, 2011; BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

A pessoa considerada ideal para acompanhar a parturiente seria o pai, porque o nascimento de um filho é também para o homem um momento importante. Isso é justificado porque nesse momento se inicia a formação do vínculo afetivo entre o pai e o filho, além de que ao acompanhar esse momento o homem afirma a sua paternidade e reconhece o seu papel. A oportunidade de poder vivenciar essa experiência junto a sua companheira deixará lembranças em sua mente e para o resto de sua vida. Para o homem acompanhar a mulher durante o parto traz um novo sentido ao ser Pai e isso conseqüentemente refletirá no relacionamento a desenvolver-se entre pai e filho (PERDOMINI; BONILHA, 2011).

O apoio dado à parturiente pelo homem ao acompanhá-la no parto fortalece não só o vínculo com o filho, mas também no relacionamento do homem e mulher. A demonstração de amor, carinho e afeto a mulher no parto reforça no homem o sentimento que ele sente pela sua companheira. O desempenho do papel de acompanhante pelo pai difere de acordo com a sua personalidade e compreensão do momento por ele. Muitos pais ficam quietos, em silêncio, apenas observam a mulher e ao que está acontecendo em sua volta. Muitos afirmam que por não

saberem o que fazer nesse momento para ajudar a paciente preferem não atrapalhar, mantendo-se um pouco distantes. (PERDOMINI; BONILHA, 2011).

A atuação passiva de muitos homens no parto está relacionada ao ambiente emocional do momento. A resistência em expressar as sensações e os sentimentos vivenciados, que se justifica pela cultura de que o homem não pode demonstrar suas emoções, o desconhecimento da dinâmica do TP e parto e principalmente a ausência de informações ao homem acerca do processo, procedimentos e evolução do parto, justificam a falta de habilidade desse homem em acompanhar ativamente o parto (MOTTA; CREPALDI, 2005).

A presença do acompanhante no parto é positiva não só para a parturiente e equipe de saúde, mas para ele próprio, porque eles se sentem realmente parte do momento e veem a sua participação como responsável pela tranquilidade da mulher durante o TP e parto. Sentem-se satisfeitos pelo apoio e segurança que passam a futura mãe. Afirmam que ficar ao lado da parturiente, segurar a mão delas, incentiva-las a fazer força é o papel do acompanhante no parto e isso contribuiu para que o parto evolua bem e que seja bom para todos parto (BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

A presença do acompanhante no parto só não é algo comum e a realidade em todos os serviços de saúde no Brasil, devido em sua grande maioria a certa resistência por parte dos profissionais de saúde. Muitos profissionais têm uma grande resistência pré-concebida de que não há importância na presença do acompanhante. Muitos ainda insistem em afirmar que no parto o fundamental é que sejam realizadas apenas as técnicas e procedimentos médicos para o manejo clínico do parto (NAKANO et al., 2007).

“Os profissionais de saúde devem estar preparados para acolher e respeitar a parturiente e o seu acompanhante em qualquer momento da gestação” (SANTOS; TAMBELLINI; OLIVEIRA, 2011, p. 457). É evidente de que muitos profissionais de saúde que atendem as parturientes têm certos pré-conceitos e antipatia ao acompanhante, sentem-se incomodados ou vêem a presença do acompanhante como uma ameaça. Justificam tal incômodo pelo medo da reação do acompanhante frente a uma possível intercorrência obstétrica ou as inúmeras perguntas que ele possa vir a fazer em relação ao que está sendo realizado durante o parto (BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

Realmente em algumas situações o acompanhante desempenha o papel de “fiscal” do parto, observando como a equipe de saúde atende e realiza os procedimentos junto à parturiente. Observam e em algumas vezes questionam determinados procedimentos que estão sendo feitos (NAKANO et al., 2007). Além disso, em uma intercorrência o profissional sente-se ansioso para resolver rápido e incomoda-se pelo acompanhante estar ali, na preocupação de que ele possa vir a prejudicar o atendimento por não ter sido preparado para enfrentar tal situação (BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

Em contrapartida a negativa de muitos profissionais, a presença do acompanhante no parto não muda somente o comportamento da parturiente frente a esse momento, mas também da equipe de saúde que a está assistindo porque faz com que os profissionais tenham um cuidado mais humano e dedicado à parturiente. Os profissionais sentem junto com o acompanhante a emoção do momento e isso reflete no modo como eles a assistem, deixam de meramente só executar práticas rotineiras mecanizadas e passam a oferecer a parturiente uma assistência mais humanizada, atenciosa, acolhendo a futura mãe, feto e acompanhante (BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

A presença de um acompanhante seja ele família ou não, é sempre positiva no momento do parto e nascimento, é visto pelos profissionais como um diferencial no modelo de parto humanizado, pois proporciona a mulher muitos benefícios durante todo o processo pelo qual ela está passando. Permite que a parturiente sinta-se mais segura, protegida e sinta menos o sofrimento doloroso no momento de parir (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

No atual cenário do cuidado mecanizado, o desempenho do papel do acompanhante no parto ainda é limitado. Muitas vezes pela relação de submissão que ele tem ao conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde, detentores do saber e controle do momento e também pela falta de entendimento do acompanhante de como ocorre o processo de parturição e o despreparo de como se portar, deficiente de uma abordagem prévia, de um ensino ao acompanhante de como ele deverá ajudar e o que ele deverá fazer quando estiver com a parturiente durante o parto (NAKANO et al., 2007).

É extremamente importante o esclarecimento das informações ao acompanhante e o incentivo da sua participação pela equipe de enfermagem, pois dessa forma ele irá

interagir de forma mais presente e contribuir para o bem estar físico e emocional da parturiente, além de se sentir inserido e importante no processo do nascimento. A assistência de enfermagem é fundamental nos cuidados realizados à parturiente e na atenção oferecida ao acompanhante, na orientação e estimulação da sua participação e ajuda no parto (MOTTA; CREPALDI, 2005).

A equipe de enfermagem necessita oferecer ao acompanhante a devida atenção, observando como ele se comporta junto à parturiente e dando-lhe os esclarecimentos necessários para isso. Dessa forma a participação ativa do acompanhante será potencializada, favorecendo ao emocional da parturiente e do próprio acompanhante. É fundamental dialogar com a parturiente e acompanhante sobre a fisiologia e dinâmica do TP e parto, pois é evidente o desconhecimento de muitos acerca de como isso ocorre, contribuindo assim para que o aumento da ansiedade e temor de ambos no momento do parto. Sanar as dúvidas, crenças e mitos acerca do parto é crucial para que a parturiente sinta-se mais segura e confiante e o acompanhante possa prestar o apoio mais ativo e sentir-se parte importante do momento (MOTTA; CREPALDI, 2005).

2.11 O PAPEL DO ENFERMEIRO

O parto como sendo um processo é permeado pela complexidade, de inúmeros aspectos envolve não só a mulher que pari e o feto, mas também a sua família e a equipe de saúde que a assiste, em um universo de intensas emoções e mudanças, como é o nascimento de um novo ser (FRELLO; CARRARO, 2010).

A relação entre o enfermeiro e a cliente durante o período da gestação ao puerpério, deve estar baseada na troca de informações, de afetos, sensível ao ouvir, no gosto de estar na presença do outro e no cuidado para um conforto saudável do físico, emocional, espiritual e social da paciente. O papel do enfermeiro está em oferecer a assistência necessária para a mulher e criança, dando ênfase nas informações específicas sobre o momento do parto, o pós-parto e os cuidados ao recém-nascido. A fim de suavizar a ansiedade e os temores da paciente, propiciando um espaço saudável para o conforto emocional e físico da mesma e o entendimento dela acerca da mudança de condição que sofreu, passando de gestante para puérpera (RODRIGUES; SILVA; FERNANDES, 2006).

O enfermeiro é também educador e esse papel requer dele a qualidade de enxergar a mulher como um ser humano além de fazê-lo ser capaz de modificar o modo como age e a capacidade de ultrapassar suas expectativas (RODRIGUES; SILVA; FERNANDES, 2006). Ainda segundo os autores, dessa forma (2006, p. 233) “Ambos poderão promover a saúde com o estímulo ao autocuidado, com vistas à melhoria das condições do parto, redução das incertezas e desenvolvimento de ações que transmitam segurança”.

O cuidado e a assistência de enfermagem dedicada à parturiente devem ser coerentes com aquilo que ela necessita dentro das suas questões biológicas, psicológicas e sociais. Começando imediatamente desde a sua internação no hospital, na ida para a sala de parto até o momento da alta hospitalar, estendendo-se no período puerperal no domicílio, quando há o processo de adaptação a nova função materna, que geralmente envolve a mulher em meio a inquietudes, temores e embates no desempenho suas novas funções (RODRIGUES; SILVA; FERNANDES, 2006).

Soares e Silva (2003) afirmam que a assistência interativa não significa apenas que o profissional deva ter a destreza técnica durante o parto e nos eventos de regressão do corpo físico da mulher no puerpério, essa atenção deve ser completa incluindo também a questão da subjetividade do momento, da paciente, superando a questão obstétrica em si.

Segundo Oliveira, Zampieri e Bruggemann citado por Rodrigues, Silva e Fernandes (2006) os enfermeiros devem ter a compreensão de que a sua primeira ação humanizada na prestação da assistência, é entender que o nascimento trata-se de um processo que começa no momento da fecundação, durante a gestação gradativamente vai se desenvolvendo até chegar o momento do seu desfecho, no parto. Após isso em diante, no período do puerpério, tem-se o início de um novo processo que é a etapa de adaptação ao novo formato da família com a chegada de um novo componente.

O cuidado de enfermagem vai além da mera realização de técnicas e procedimentos, envolve o treinamento da sensibilidade pelo profissional. No processo da parturição o enfermeiro deve por em prática todas as suas habilidades, oferecendo um cuidado sensível e acolhedor a parturiente. Cuidado que é de extrema importância durante o TP, pois nessa fase o emocional da mulher mostra-se

extremamente vulnerável e delicado, e qualquer acontecimento ruim, deixará lembranças na memória e experiência do parto (FRELLO; CARRARO, 2010).

Segundo Carraro citado por Frello e Carraro (2010, p. 2) os elementos da assistência de enfermagem são: “[...] observação e atenção ao estado emocional da mulher; relações interpessoais; conforto e bem-estar; e condições oferecidas pelo meio ambiente na potencialização do poder vital da mulher”.

Frello e Carraro (2010) afirmam que a parturiente vivencia infinitos sentimentos, sensações e emoções durante o parto, sendo que o emocional delas determina o curso do trabalho de parto e do parto, a forma como os profissionais a cuidam, interfere no modo como ela vivencia o parto e contribui para uma boa ou má experiência dele. A mulher relata a queixa da dor como um aspecto negativo, de sofrimento, dessa forma o enfermeiro deve estar atento as ouvir estas queixas, respeitando o limite de cada mulher, empregando métodos de alívio para a dor, estimulando a andar, a falar, mantendo-se em sintonia com as repostas fisiológicas e psíquicas da parturiente, oferecendo apoio, encorajando-a a continuar, a fazer força, explicando tudo o que está acontecendo e quando realizado algum procedimento o porquê daquilo.

É importante que o profissional enfermeiro compreenda a importância do seu papel na assistência à parturiente durante todo o processo gestacional, da parturição e do puerpério. Quer seja em promover a saúde, através da educação em saúde, durante as consultas pré-natais, na prevenção e diagnóstico precoce de prováveis riscos e complicações na gravidez, no parto e pós-parto. Contribuindo para que parto humanizado torne-se uma realidade em todo país e conseqüentemente ocorra a diminuição do número de cesarianas eletivas, das taxas de mortalidade maternas e neonatais, tornando assim a assistência obstétrica brasileira, humanizada em todo o Sistema Único de Saúde (SUS) (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

2.11.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no Parto

Segundo Silva, Nóbrega e Macedo (2012) na área de enfermagem obstétrica, trabalhos voltados para a sistematização da assistência de enfermagem, especificamente sobre os diagnósticos de enfermagem, no parto ainda são insuficientes. Os autores afirmam ainda que os que existem não oferecem base

precisa para o esclarecimento dos aspectos que envolvem o parto, no objetivo de direcionar a prática profissional nesta área, pois não utilizam uma forma de classificação que seja referente ao universo da enfermagem, de forma completa.

Velho, Oliveira e Santos (2010) afirmam que mesmo tendo o entendimento da importância do papel do enfermeiro no processo da parturição, na assistência a mulher no parto, no pós-parto e nos cuidados ao recém-nato, a visibilidade e a valorização que é dada as suas ações ainda é muito inferior ao que se deseja.

Sumita, Abrão e Marin (2005) afirmam que a realidade do registro das informações da assistência de enfermagem durante o parto é deficiente. A presença da prática do processo de enfermagem com a suas etapas não é observada. Dessa forma a comprovação da assistência de enfermagem à mulher no parto, que é realizada desde a internação até a alta hospitalar, não é evidenciada, dando a ideia de um vazio na assistência. Os autores afirmam ainda que frequentemente o que se vê no anotado nos prontuários das parturientes apenas [...] “é a documentação dos dados epidemiológicos, como o tipo de parto, valores de Apgar e o peso do recém-nascido” (SUMITA; ABRÃO; MARIN, 2005, p. 414).

Pela aplicação do processo de enfermagem na assistência à parturiente, a enfermeira pode melhorar a assistência, obter maior segurança para identificar o estado de saúde e ou problemas, fazer o planejamento, implementar as intervenções e realizar a avaliação da assistência de enfermagem, melhorando a assistência e o ensino na área (SUMITA; ABRÃO; MARIN, 2005, p. 415).

2.12 A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Quando se retrata a história do parto e nascimento, os conceitos de parteira, obstetrix e enfermeira obstétrica se misturam. Esses conceitos inicialmente foram comparados como sinônimos para a mesma profissão, entretanto trata-se de profissões e desempenho de funções diferentes. Parteira é um conceito milenar sendo o primeiro título dado às mulheres que prestavam os cuidados ao parto. Esse conflito na definição do título da profissão traduziu-se em modificações que ocorreram na legislação do ensino de enfermagem, como por exemplo, a criação da especialidade obstétrica para os enfermeiros e também as mudanças ocorridas dentro da própria profissão, no que diz respeito à assistência ao nascimento. Apesar das diferentes características entre parteiras, enfermeiras obstétricas e obstetrixes

existem alguns pontos em comum entre as duas profissões como: ambas são realizadas por mulheres em sua maioria, as duas enfrentam as dificuldades do sistema onde a assistência à saúde é desigual para os usuários e também por que atuam em uma área que passou a ter o forte domínio da classe médica com a hospitalização do parto (RIESCO, 1998).

Em meados do ano de 1832 no Brasil, foi instituída a formação técnica de parteiras, através do “Curso de Partos”, que ocorreu devido ao impulso da crescente criação de escolas médicas que acontecia no país nesse período. A profissão de parteira então passou a ser diplomada, ao contrário do que ocorria antes, em que as mulheres apenas recebiam um respaldo legal, para assistir aos partos, sem uma formação específica (JORGE apud RIESCO, 1998). Do ano de 1832 ao ano de 1949, a formação das parteiras esteve inserida dentro do ensino e legislação da medicina (RIESCO 1998; RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Apartir de então, em meio ao início do crescimento do ensino de enfermagem no país, a assistência ao parto foi marcada por intensas discussões e lutas. Na disputa pelo campo de atuação, parteiras e enfermeiras se hostilizavam, as primeiras acusavam serem as enfermeiras, profissionais submissas ao saber médico, enquanto as enfermeiras acusavam as parteiras de estarem presas a “crendices”, sem conhecimento nenhum sobre o parto e sem a mínima noção de higiene para tal função (OSAVA; TANAKA, 1997; RIESCO 1998).

Ao mesmo tempo em que ocorria o embate entre enfermeiras e parteiras, mudanças que já estavam ocorrendo na lei do ensino da obstetrícia, no ano 1949 foram pautadas com base na legislação (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002). Até 1949 toda a legislação do ensino de enfermagem obstétrica estava contida na de medicina, quando então as escolas de enfermagem se adaptaram para o ensino da especialização em obstetrícia (OSAVA apud BURIGO et al., 2002, p. 3). As faculdades de enfermagem oficialmente passaram a especializar em obstetrícia os enfermeiros formados. A enfermeira egressa portadora do diploma de bacharel, também poderia se especializar em enfermagem obstétrica, e após 12 meses de curso, estava apta para exercer o desempenho legal de assistência ao parto, respaldada, com o diploma de especialista (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

A enfermagem obstétrica então começou a receber incentivos em seu início e teve sucesso por que seu currículo assemelhava-se com o modelo médico. A enfermeira

nightingaleana incorporava características como à disciplina nos serviços, a administração, a estratégia e o uso da racionalidade. Já a parteira tradicional a independência, a relação de afeto com as mulheres durante o parto e a dificuldade em aderir às inovações tecnológicas (BURIGO et al., 2011).

No ano de 1968, houve a reformulação do ensino universitário no país, e finalmente a incorporação da profissão parteira pela enfermagem, a obstetrícia passou a ser uma especialização também da enfermagem, que naquela época estava em crescente avanço. A formação de parteiras foi extinta, após o ano de 1984, permanecendo apenas o curso de especialização em enfermagem obstétrica. Hoje no século 21, a única maneira para o enfermeiro atuar na assistência ao parto, é através da especialização e qualificação em obstetrícia (RIESCO, 1998).

Com a criação das escolas de medicina no Brasil e a extinção do curso de parteiras, a função de atender ao parto passou a ser realizado entre dois profissionais: os médicos e enfermeiros obstetras. Entretanto a hegemonia médica dominou a obstetrícia e o parto passou a ser um evento exclusivo da medicina, deixando a enfermagem obstétrica sem espaço para atuação, subordinada ao conhecimento técnico médico, um mero auxílio da ação médica durante o parto, sem a autonomia de assisti-los sozinha, mesmo quando fosse de baixo risco o parto, o que iniciou mais uma luta pelo campo de atuação da obstetrícia (BURIGO et al., 2011; OSAVA; TANAKA, 1997).

No ano de 1993, o Ministério da Saúde organizou uma reunião sobre a assistência ao parto, nesta reunião já se recomendava o debate sobre a legislação de enfermagem, para que também os profissionais enfermeiros obstetras tivessem a liberdade de exercer de forma completa as atividades relacionadas ao parto para as quais estavam habilitadas (BURIGO et al., 2011).

Acreditando que o percentual de enfermeiros obstetras no país ainda era inferior ao recomendado e diante das possibilidades oriundas com a criação de um novo campo na assistência obstétrica com o exercício de enfermeiros especialistas, o Ministério da Saúde, iniciou a execução de inúmeros movimentos e demandas, através de portarias ministeriais, na intenção de propagar e ajustar a assistência da obstetrícia, além de custear a prática do ensino da especialidade em enfermagem obstétrica no país (BRASIL apud BURIGO et al., 2011).

Segundo Merighi citado por Castro e Clapis (2005) a enfermagem obstétrica com os seus profissionais, é a classe mais adequada para prestar o acompanhamento às gestantes saudáveis, sem complicações obstétricas e aos partos vaginais de baixo risco.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais (estaduais) de Enfermagem (CORENs) juntamente com a ABENFO (Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras e Neonatais), são as entidades de classe responsáveis por controlar as regulamentações e normatizações acerca das funções de assistência realizada por enfermeiros obstetras. No ano de 1987 o governo federal por meio do decreto nº 94.406, datado de 8 de junho de do mesmo ano, regulamentou a lei nº 7.498 de vinte e cinco de junho de 1896, que trata acerca do exercício profissional da enfermagem no país, no que confere as atribuições do enfermeiro obstetra e a comprovação para A realização de tal função (BURIGO et al., 2011).

Atualmente, no Brasil, a enfermagem obstétrica tem crescido como uma profissão independente na atenção a partos normal, por esta ser uma atividade legalizada que tem respaldo na legislação brasileira que rege as atividades de saúde do país. Sendo assim, a enfermagem vem adquirindo o seu espaço no atendimento ao parto, além do papel que tem no ambiente do hospital, buscando um cuidado humanizador, que valorize a mulher em todo seu contexto e a coloque como protagonista do processo do parto e nascimento (BURIGO et al., 2011).

2.12.1 A Enfermagem e a humanização

Humanizar consiste em “tornar humanas” nossas ações, é agir com clemência, bondade e respeito ao próximo em toda sua plenitude. Entender nossa humanidade para olhar a humanidade do outro (CORBANI et al., 2009). Os autores ainda afirmam que a humanização e o cuidado humanizado tem se tornado um tabu, está sendo deixado de lado, desconhecendo-se a essência do ser humano, ocorre o que chamamos de desumanização dos indivíduos, tratando-os com frieza de sentimentos, tornando-os como meros objetos, que não sentem, não falam ou pior que veem sua dignidade sendo violada.

A essência da enfermagem é o cuidado. Ao longo da história da profissão e por muitos anos a atuação do enfermeiro era apenas no tratamento da doença, quando está já estava instalada e comprometendo a saúde do paciente, não se pensava na questão de prevenção, prevenir os riscos para a saúde. Com o avanço das práticas, a enfermagem passou a seguir os movimentos sociais e hoje atua na assistência a saúde com uma visão mais holística do paciente (ZANARDO et al., 2010).

Figura 5 – Um olhar holístico sobre o sujeito



Fonte: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014.

O paciente é de fato o protagonista do processo de trabalho de enfermagem, porém, eles possuem características, particularidades e sentimentos próprios que necessitam ser levados em consideração. A aplicação de técnicas de cuidado é apenas um dos elementos que este indivíduo precisa receber. Também o apoio e respeito devem fazer parte de todo o processo do cuidar humanizado (CASATE; CORRÊA, 2012). Uma das formas de contribuir para o bem-estar dos pacientes em uma instituição de saúde é a forma como esse paciente é acolhido, em um ambiente adequado as suas necessidades e que lhe ofereça o aporte necessário para a sua recuperação (ZANARDO et al., 2010).

No histórico da profissão de enfermagem, dentro da saúde coletiva observa-se que os enfermeiros possuem mais liberdade na execução das práticas devido aos vários programas que o Ministério da Saúde realiza proporcionarem ao profissional uma ampla área de atuação na promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças e na reabilitação dos usuários do SUS. Entretanto é necessário que os enfermeiros estejam constantemente atualizando-se, ampliando seus conhecimentos, para

poderem atender com qualidade e excelência, executando as ações voltadas para a sociedade no que se refere à saúde (ZANARDO et al., 2010).

Casate e Corrêa (2012) afirmam que existe um grande contingente de profissionais da área da saúde que nunca viveu a experiência da aplicação do cuidado humanizado em sua formação técnico-científica. Da mesma forma, os profissionais já atuantes na área tem resistência quanto à forma do cuidar humanizado, o que demonstra infelizmente uma realidade vivida na relação profissional/cliente.

Segundo Corbani et al. (2009) pensa-se que humanizar a humanidade e acima de tudo o cuidado é uma meta arriscada, surrealista. Pois adentrar no mar do próprio “eu” e mudar conceitos e certos valores, principalmente dos que exercem funções na área da saúde é um grande desafio, constitui um desafio também tanto para os formadores (centros de ensino), quanto para quem será formado (acadêmicos). Porém, é uma meta que possui muitas justificativas e um leque de ações que podem mudar esta realidade.

2.13 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Segundo BRASIL (2004) a definição de humanização em síntese é aumentar a cobrança das corresponsabilidades dos diversos segmentos de saúde, que juntos formam a grande organização do Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere à produção de resultados benéficos dos indicadores de saúde do país.

No ano de 2000 o Ministério de Saúde, em mais de uma das suas estratégias para a melhoria do atendimento nos serviços de saúde do país, criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), e que posteriormente deu origem a Política Nacional de Humanização (PNH) (FIALHO, 2008).

A intenção na institucionalização da PNH foi auxiliar na reformulação dos atuais moldes de gerenciamento e foco em saúde, estimulando as iniciativas na gestão das tecnologias de trabalho, atendendo as exigências questionadas pela classe de trabalhadores dos serviços de saúde e da população que utiliza os serviços (BRASIL, 2004).

Segundo Fialho (2008) a humanização utiliza-se de uma política transversal, pressupondo que, é necessário que as barreiras, em algumas vezes rígidas, sejam

transpostas dos diversos núcleos de saber/poder ocupados da produção da saúde. O papel articulador da PHN teve por objetivo garantir a facilidade e a junção dos processos e das demais áreas da saúde, criando o campo onde ela atuará. Porém, a PNH deve também garantir-se como o centro de saber e competências com políticas especialmente voltadas para a inserção da humanização no SUS.

2.14 A HUMANIZAÇÃO NO PARTO

Humanizar o processo de parto significa colocar a parturiente como protagonista que controla as suas ações, participando de forma íntima e ativa das decisões sobre os cuidados que ela própria irá receber (DIAS et al., 2005). “Humanizar a chegada de um novo ser ao mundo baseia-se na ideia de que ele deve ser tratado com carinho e ser bem recebido desde o início, além de oferecer a mulher o controle do processo”. (DIAS, 2005, p. 144).

O parto nunca é igual, mesmo quando a mulher o vivencia diversas vezes ao longo da vida. Trata-se de uma etapa da vida da mulher única, dessa forma quando a assistência de saúde prestada envolve-se em humanização, o parto mesmo que seja difícil ou doloroso, torna-se uma experiência gratificante e benéfica para a história pessoal e de vida da parturiente e família (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

Na humanização do parto a assistência e os cuidados dos profissionais de saúde são e devem ser diferenciados, pois ocorre de forma mais humana, acolhedora, sensível, tanto para com a parturiente, como para o neonato e também para a família (SOUZA et al., 2011).

O conhecimento dos profissionais de enfermagem e demais profissionais da área da saúde que atuam na assistência obstétrica, sobre como é a experiência do parto para as mulheres, como cada uma delas o vivencia é importante, pois subsidia ao profissional as informações necessárias para uma melhoria no atendimento e cuidados oferecidos contribuindo para a humanização (SOUZA et al., 2011).

A centralização do processo na mulher, uma atenção humanizada ao parto, o reconhecimento da importância da participação da família, a valorização do protagonismo feminino, o diálogo com a parturiente, o fortalecimento da relação entre a progenitora e o seu filho, são ações importantes na atenção obstétrica. Independente de qual seja a via de parto, vaginal (normal) ou abdominal (cesárea), o

resultado será uma experiência alegre e acolhedora, tornando o parto e nascimento o momento de maior vivência feliz e satisfatória na vida da mulher (MABUCHI; FUSTIONI, 2008).

2.14.1 Dificuldades na humanização do parto

Ao se definir o conceito de parto humanizado muitos profissionais identificam certas dificuldades e falhas na busca em prestar uma assistência humanizada ao parto. Envolvem itens como a autonomia do profissional e a sua disponibilidade em atuar durante o parto, o seu conhecimento a respeito da humanização, o seu envolvimento juntamente com a equipe multiprofissional em participar do parto humanizado, além também de questões como as limitações físicas e de infraestrutura que muitos hospitais e unidades de saúde apresentam (MABUCHI; FUSTIONI, 2008).

Nos hospitais e maternidades os procedimentos sem eficiência e danosos a parturiente, como a restrição ao leito, à posição em decúbito dorsal na mesa de parto e a infusão de ocitócinos para induzir o parto, tais quais são controversos quanto à indicação, ainda são práticas da rotina da maior parte dos serviços de saúde pelo Brasil (MARQUE et al., 2006).

Nesse contexto são percebidas muitas divergências entre os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros que atuam na assistência ao parto atendendo a parturiente, neonato e família, pois cada um conduz o plantão da maneira que acha mais adequada. A equipe de saúde que deveria trabalhar unida, na busca de um atendimento que integre a todos e traga benefícios tanto para os profissionais quanto para os pacientes, por muitas das vezes se encontra distante uns dos outros, incoerente e egoísta. Muitos profissionais percebem que deficiências na infraestrutura física, falta de materiais, medicações, equipamentos, segurança e etc, dificultam a humanização da assistência. A falta de aperfeiçoamento, capacitação, cursos de atualização e motivação dos profissionais que atendem ao parto também é visto como fatores que atrapalham (MABUCHI, FUSTIONI, 2008).

Todas essas limitações e tantas outras dificultam a humanização, limitando a um atendimento pouco efetivo, despersonalizado e inadequado, pois atuam como dificultadores do processo de implantação das medidas humanizadoras da assistência ao parto. Outra questão dentro das dificuldades de humanização do

parto é o déficit no ensino acadêmico que é atualmente uma grande problemática no ensino da enfermagem no Brasil, pois é visto muito pouco na graduação pelos acadêmicos a questão da humanização da assistência, ou seja, os profissionais recém-formados chegam ao mercado com uma visão totalmente mecanicista de como prestar o atendimento (MABUCHI; FUSTIONI, 2008).

2.14.2 O Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PNHPN)

A gestação e o nascimento são acontecimentos sociais que unem a experiência da reprodução do homem e da mulher. Trata-se de uma etapa importante no universo feminino e de seu companheiro, que envolve além da família, também a comunidade onde ambos estão inseridos. O processo da parturição (gravidez, parto e pós-parto) é definido como uma das mais importantes fases que marcam e enriquecem a experiência de vida de homens e mulheres que a vivenciam (BRASIL, 2002).

O sentido de cuidado humanizador é vasto e engloba uma série de entendimentos, procedimentos e posturas que tem como objetivo a ocorrência de partos e nascimentos sem complicações, com vistas ao controle das iatrogenias no nascimento que podem deixar sequelas e a diminuição dos riscos para a mortalidade materna e neonatal. Tem seu início com o pré-natal, na busca pela garantia de que no decorrer da gestação e parto, mãe e feto sejam submetidos apenas a intervenções que os beneficiem, respeitando o momento e o conforto de ambos, e que os profissionais prezem evitar a realização de práticas desnecessárias (BRASIL, 2001).

A atenção voltada para a área obstétrica e neonatal deve possuir características que são essenciais como a qualidade e a humanização nos serviços prestados. É obrigação dos profissionais que atuam nestas áreas acolher com respeito e de forma honesta a parturiente e o neonato, enfocando que estes são sujeitos de direitos e que merecem receber uma assistência adequada (BRASIL, 2001).

[...] humanização seria receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, exercendo uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais, de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o modelo tradicional (BRASIL apud MABUCHI; FUSTIONI, 2008, p. 42).

A desumanização da assistência onde não há a valorização e o olhar perceptivo da mulher como sujeito do processo, bem como a falta de conhecimento e respeito aos direitos de homens e mulheres no que se refere à reprodução, definem o cenário da assistência obstétrica atual. Diante dessas questões, no mês de junho do ano 2000, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PNHPN), que possui como princípios norteadores a valorização dos direitos reprodutivos e a presença da humanização na assistência prestada (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

O foco principal do programa “[...] é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p. 5). O PNHPN baseia-se na reflexão de que a melhor assistência oferecida a gestante e ao neonato no decorrer do processo da parturição, primeiramente deve estar fundamentada em princípios humanizados (BRASIL, 2002).

No plano operacional do PNHPN foram definidos alguns elementos chaves da assistência à gestação e nascimento, focado nestes deveriam estar os esforços do programa, para alcançar o seu maior objetivo que é reduzir as altas taxas dos indicadores de morte materna e neonatal. Dessa forma tem-se a necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecendo técnicas e ações, que realizadas são de fundamental importância para o acompanhamento e incentivo da integração entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (BRASIL, 2002).

A humanização da parturição é um ideal que está, pouco a pouco, se tornando uma realidade. Humanizar é promover assistência de qualidade a parturiente através do alívio a dor, do conforto físico e emocional, da liberdade para escolher como deseja ter o bebê, dando-lhe suporte (material, pessoal e emocional) necessário para que mãe, bebê e acompanhante escolhido vivenciem todo processo de forma mais tranquila e feliz. Além disso, é estar/ser consciente de nossas atitudes como profissionais de saúde que estão ajudando a trazer uma nova vida ao mundo (FIALHO, 2008, p. 14).

2.14.3 Rede Cegonha

Na data de 28 de março de 2011, foi lançado pelo governo federal, por meio do Ministério da Saúde o programa Rede Cegonha, sendo esta mais uma das estratégias do ministério. Em síntese trata-se de uma rede de ações intencionada principalmente em garantir o acesso de gestantes ao pré-natal de qualidade, com

direito a consultas e exames disponíveis; favorecer a atuação feminina no parto, incentivando o parto vaginal e seguro, dentro de uma cultura de humanização e disponibilizar o suporte a essa mulher durante os dois primeiros anos de vida da criança, com o acompanhamento pediátrico nesse período (OLIVEIRA, 2011).

Desde a criação do PNHPN em 2001, várias medidas foram criadas voltadas para os setores de atenção a saúde materno-fetal, em toda a extensão do SUS, sistematicamente mediante empenho do governo, no objetivo de reduzir os indicadores negativos de saúde, materno e infantil, como é a mortalidade (OLIVEIRA, 2011).

A Rede Cegonha ainda esta em fase de implementação em algumas das capitais federativas do país apenas, mas é o objetivo do Ministério da Saúde que todos os estados possam aderir ao programa, e todas as instâncias da atenção à saúde, tenham a presença do programa nos seus serviços prestados (OLIVEIRA, 2011).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como objetivo geral desta pesquisa, foi realizada a descrição dos principais aspectos que envolvem o processo do parto e nascimento e os objetivos secundários ao geral abordaram a respeito do papel do enfermeiro na assistência obstétrica e a importância da humanização do parto e nascimento.

Na parturição, especificamente sobre a etapa do parto demonstrou-se que este é um fenômeno complexo, de múltiplos fatores e que apresenta inúmeros aspectos e características, sendo que esses aspectos influenciam no curso clínico do parto, no comportamento e na experiência da mulher. Com base nas literaturas consultadas voltadas para a área da saúde da mulher e obstetrícia foram destacados os principais aspectos do parto, não significa que os apresentados aqui, refletem o universo do parto como um todo, mas a relevância deles na literatura nos chamou atenção para a consequente descrição e abordagem dos mesmos.

Os aspectos classificados como físicos/fisiológicos, emocionais/psicológicos e socioeconômicos-culturais, nos afirmam que a atenção e o cuidado no parto são fundamentais.

Os aspectos como a dor, a via de parto, os procedimentos como a amniotomia, a episiotomia e o uso de ocitocina endógena, são aspectos físicos importantes do parto. Compreendeu-se através de suas descrições que eles influenciam no curso clínico do parto, na vivência da parturiente e principalmente caracterizam a forma como os profissionais atuam. Associam-se também a outros aspectos e demonstram serem reflexos de uma cultura obstétrica que requer uma mudança imediata nos conceitos e práticas adotados atualmente.

Os aspectos emocionais evidenciam claramente como é para a sociedade, a chegada de um novo ser humano e especificamente para as mulheres que passam por ele, pois estas experimentam diversas sensações e sentimentos que podem ser bons ou ruins. O parto reformula cenários familiares outrora já formados, insere novos sentidos, na vida de homens e mulheres que passam pela sua experiência e principalmente determina o antes e o depois do parto na vida de uma mulher.

Da mesma forma a cultura, através do saber popular, da influência da natureza, a sociedade e os seus sociais, como o consumo e a mídia, a religiosidade, com suas

crenças e mitos sobre a gestação e parto, bem como a influência da economia são também aspectos consideráveis do parto e nascimento.

O conhecimento dos principais aspectos que estão envolvidos no parto é de extrema importância para a compreensão das ações de saúde que devem ser realizadas nesse momento. Dessa forma o papel do enfermeiro está em oferecer todos os cuidados necessários para a parturiente e bebê. O enfermeiro na execução da sua assistência deve compreender que o manejo do parto não deve ser feito como base apenas no saber do profissional, pelo contrário, o conhecimento do enfermeiro acerca dos aspectos que envolvem o parto é de extrema importância no desenvolvimento de suas ações. A compreensão desses aspectos é fundamental também para nortear uma assistência centrada nas necessidades da parturiente e feto e não como é a prática atual, em que o saber técnico-científico dos profissionais sobrepõe-se a natureza e fisiologia do processo do parto.

Dessa forma faz-se necessário o resgate da fisiologia natural do parto e nascimento através da humanização. A humanização na saúde é um assunto que vêm ganhando força nos últimos anos e não é diferente quando se fala de parto. Inúmeros movimentos sociais têm acontecido pelo país em prol da humanização do parto, na intenção de mostrar os benefícios da via vaginal, tanto para a mulher quanto para a criança, confrontando a ideia geral da sociedade que julga ser a cesariana a melhor opção de parto.

Entender o parto como um processo, é compreender os seus aspectos e particularidades, pois o parto não é igual para todas as mulheres. Trata-se sim de um processo subjetivo e o entendimento desta subjetividade é obrigatório pelos profissionais, especialmente pelo enfermeiro. Delimitar ações no parto que vão além do seu acontecimento é valorizá-lo e a valorização dos aspectos do parto é cuidar de forma humanizada. Desta forma o objetivo principal deste estudo está na busca pela sensibilização dos profissionais que assistem ao parto, desejamos que ele possa contribuir para a mudança de atitudes e posturas outrora tecnicistas para uma assistência mais humanizada e sensível a mulher e ao parto.

REFERÊNCIAS

- BASTON, H; HALL, J. **O parto**. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 3 v. (Série Enfermagem Obstétrica Essencial: uma abordagem humanizada, v. 3).
- BELO, MAV; SILVA, JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, ago. 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21075.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2014.
- BEZERRA, MGA; CARDOSO, MVLML. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, 414-421, jun 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a16.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2013.
- BEZERRA, MGA; CARDOSO, MVLML. Fatores interferentes no comportamento das parturientes: enfoque na etnoenfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 698-702, dez 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a13v58n6.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2014.
- BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 03 mar. 2014.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 de jul de 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 03 mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF), 2004. 20 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa humanização do parto**: pré-natal e nascimento. Brasília (DF), 2002. 28p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: Assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199p.
- BRENES, AC. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, jun 1991. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2012.
- BRUGGEMANN, OM; OSIS, MJD; PARPINELLI, MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde**

Pública, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 1-9, fev. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/5409.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

BRUGGEMANN, OM; PARPINELLI, MA; OSIS, MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, out. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/03.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

BURIGO et al. Parto domiciliar planejado: a vivência das enfermeiras da equipe Hanami – O florescer da vida. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL. 7, 2011, Minas Gerais. **Artigos...** Minas Gerais: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIRAS OBSTETRAS (ABENFO), 2011. p. 4090-4109. Trabalho 487. Disponível em:<http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0487.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2014.

CARRARO et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 97-104, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea11.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2014.

CARVALHO, JS; MORAES, PRD. **Parto Humanizado**: o grau de satisfação das puérperas multíparas. 2007. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Curso de Enfermagem, Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2007.

CASATE, J.C; CORREA, A.K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2012, vol.46, n.1, pp. 219-226. ISSN 0080-6234. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100029>>. Acesso em: 04 out. 2012.

CASTRO, JC; CLAPIS, MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 960-970, dez. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2011.

CECATTI et al. O Impacto da Idade Materna Avançada sobre os Resultados da Gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 389-394, ago 1998. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v20n7/a04v20n7.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2014.

CERVO, AL; BERVIAN, PA. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

CORBANI, N.M S; BRETAS, A.C.P; MATHEUS, M.C.C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Rev. bras. Enferm**, vol.62, n.3, p. 349-354, 2009. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300003>>. Acesso em: 22 ago. 2012.

CUNHA, ACB; SANTOS, C; GONÇALVES, RM. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. **Arq. bras. psicol.** Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, abr. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v64n1/v64n1a11.pdf>>. Acesso em: 30 mar 2014.

DANGELO, JG; FATTINI, CA. **Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar**. 3 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007.

DAVIM, RMB; MENEZES, RMP de. Assistência ao parto normal no domicílio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol.9, n.6, p. 62-68, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7828.pdf>>. Acesso em: 14 jun 2014.

DIAS et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, out 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n5/17.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

DIAS, MAB. Cesariana: considerações sobre a trajetória desta cirurgia ao longo do último século. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2008. 158 p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/livro_parto_web.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2012.

DUTRA, IL; MEYER, DE. Parto natural, normal e humanizado: termos polissêmicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v, 28, n. 2, p. 215-222, 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3166>>. Acesso em: 07 nov. 2013.

FAÚNDES et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 488-494, ago 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21076.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2013.

FIALHO, Tatiana Cupertino. **O papel do enfermeiro no parto humanizado**. 2008. 38f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Evata Educação Avançada Ltda, Viçosa, 2008. Disponível em: <<http://www.evata.com.br/>>. Acesso em: 01 nov. 2012.

FIGUEIREDO et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 296-306, out-dez., 2010. Disponível em: <<http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/1146/460>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

FIGUEIREDO, B; COSTA, R; PACHECO, A. Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 20, n. 2, p. 203-217, abr 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v20n2/v20n2a02.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2013.

FOGAÇA, VD; SCHNECK, CA; RIESCO, MLG, Intervenções obstétricas no trabalho de parto em mulheres submetidas e cesariana. **Cogitare Enferm.**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 296-305, jul-set 2007. Disponível em: <<http://132.248.9.34/hevila/Cogitareenfermagem/2007/vol12/no3/3.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2014.

FRASER, DM; COOPER, MA. **Assistência Obstétrica**: um guia prático para a enfermagem. Trad. Denise Costa Rodrigues et al. Revisão técnica: Camilla Schnek, Isabel Cristina Bonadio e Rita de Cássia Silva Vieira Janicas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

FREITAS, Paulo Fontoura et al . Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 761-767, out 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26296.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

FRELLO, AT; CARRARO, TE. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 4, p. 660-8, out-dez 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a10.htm>. Acesso em: 27 fev. 2014.

GAMA et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, nov. 2009. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/17.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2013.

HOTIMSKY, SN; ALVARENGA, AT. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica?. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p.461-481, jul 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14971.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

LOBO, MB. **Parto normal**: a natureza se encarrega, mamãe e bebê agradecem. [S.l.: s.n.], [2012?]. Disponível em: <http://prosaudetocantins.org/wp-content/uploads/2012/08/Artigo_Dr.a._Merielle.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2014.

MABUCHI, AS; FUSTINONI, SM. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, vol. 21, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_06.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2012.

MACEDO et al. Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n.3, p. 306-312, dez 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n3/v13n3a03.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2014.

MANDARINO et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1587-1596, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/17.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2014.

MARQUE, FC; DIAS, IMV; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc. Anna Nery**, vol.10, n.3, p. 439-447. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br/>>. Acesso em: 21 ago. 2012.

MONTENEGRO, CAB; REZENDE FILHO, J de. **Rezende Obstetrícia**. 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MORAIS, EN. Analgesia na parturição vaginal. In: CAMANO, L; SOUZA, E. **FEBRASGO: Assistência ao Parto e Torcurgia**. São Paulo: Ponto, 2002. p. 39-41. Disponível em: <<http://www.itarget.com.br/newclients/sggo.com.br/2008/extra/download/ASSISTENCIA-AO-PARTO-E-TOCURGIA>>. Acesso em: 01 jun. 2014.

MOTT, ML. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Revista Projeto História**. São Paulo, v. 25, p. 197-219, 2002. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588/7878>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

MOTTA, CCL; CREPALDI, MA. O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. **Paidéia**, Ribeirão Preto, vol.15, n.30, p. 105-118, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n30/12.pdf>>. Acesso em: 28/02/2014. n. 3, p. 453-458, jul-set., 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/Particular/Downloads/v15n3a20.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

NAKANO et al. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 131-137, jun 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a04v20n2.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

NOGUEIRA, AT. O parto: encontro com o sagrado. **Texto contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 122-130, mar 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a15v15n1.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

OLIVEIRA, Mariela. Rede Cegonha: cuidado que começa no pré-natal. **Revista Brasileira Saúde da Família (Ministério da Saúde)**. Brasília, n. 30, ano 12, p. 35-38, set./dez. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saudefamilia/revista_saude_familia30.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2014.

OLIVEIRA et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 667-674, out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a7.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2012.

OSAVA, RH; TANAKA, ACDA. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.31, n.1, p.96-108, Abril. 1997. Disponível em:<<http://www.scielo.com.br/>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

PERDOMINI, FRI; BONILHA, ALL. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 445-452, set. 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/04.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

PEREIRA, RR; FRANCO, SC; BALDIN, N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. **Rev. Bras. de Anestesiol.**, Campinas, v. 61, n. 3, p. 376-388, jun 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/v61n3a14.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

PORTO, AMF; AMORIM, MMR; SOUZA, ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **Revista Femina**, Recife vol. 38, n. 10, p. 527-537, 2010. Disponível em:<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina_v38n10_527-537.pdf>. Acesso em: 25 maio 2014.

REZENDE, J de; MONTENEGRO, CAB. **Obstetrícia fundamental**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RICCI, SS. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Trad. Roxane dos Santos Jacobson; Revisão técnica: Maria de Fátima Azevedo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetras e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades?. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, jul. 2002. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14970.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

RODRIGUES DP; SILVA RM; FERNANDES AFC. Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n. 2, p. 232-38, 2006. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v14n2/v14n2a13.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

SANTOS et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, jul, p. 326-334, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2014.

SANTOS et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, jul. p. 326-334, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2014.

SANTOS, JO; TAMBELLINI, CA; OLIVEIRA, SMJV. Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v. 15,

SARMENTO, R; SETÚBAL, MSV. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-268, jul-set 2003. Disponível em:<<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1260/1235>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

SASS, N; HWAG, SM. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. **Diagn. Tratamento**. São Paulo, vol. 14, n. 4, p. 133-137, 2009. Disponível em:<<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n4/a133-137.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

SCHMID, V. O sentido e as funções da dor de parto. Trad. Sandra Oliveira. Revisão Sílvia Roque Martins. **Florence**: Centro Studi Il Marsupio, 1998. Disponível em:<http://www.bionascimento.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=225>. Acesso em: 05 jun. 2014.

SERRUYA, SJ; CECATTI, JG; LAGO, TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, out. 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/22.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2014.

SILVA AF; NÓBREGA, MML; MACEDO, WCM. Diagnósticos/resultados de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** Goiás, v. 14, n. 2, p. 267-76, 2012. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a06.htm>. Acesso em: 27 fev. 2014.

SILVA, JLCP; SURITA, FGC. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 321-325, jul. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a01.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

SILVA, JLP; BAHAMONDES, L. Reprodução assistida como causa de morbidade materna e perinatal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 759-767, dez 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n12/a09v2712.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2014.

SILVA, LM; BARBIERI, M; FUSTINONI, SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, vol.64, n.1, p. 60-65, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a09.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2012.

SILVA, MO; LOPES, RLM; DINIZ, NMF. Vivência do parto normal em adolescentes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, 596-600, out. 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a16v57n5.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2013.

SOARES, AVN; SILVA, IA. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. **Rev. esc. enferm. USP**, São

Paulo, v. 37, n. 2, p. 72-80, jun. 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/09.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980. 124 p.

SOUZA et al. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), 2011, set;32(3):479-86. Disponível em:<<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 21 ago. 2013.

SOUZA, TG; GAÍVA, MAM; MODES, PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 3, set 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v32n3/07.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2012.

SUMITA, SLN; ABRAO, ACFV; MARIN, HF. Elaboração de um instrumento de coleta de dados para identificação dos diagnósticos de enfermagem em parturiente. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 413-421, dez. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a10v18n4.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

VELHO et al . Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-466, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a26v21n2.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2013.

VELHO, MB; OLIVEIRA, ME; SANTOS, EKA. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 652-659, ago. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/23.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

WOLCOTT, HD; BAILEY, KJ. Trabalho de parto normal. In: EVANS, AT. **Manual de obstetrícia**. 7 ed. Trad. Telma Lúcia de Azevedo Hennemann. Revisão técnica Ronaldo Carauta de Souza. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 14-49.

ZANARDO et al. **Enfermagem e humanização**. In: Seminário interinstitucional de ensino, pesquisa e extensão. Rio Grande do Sul: UNICRUZ, 2010. p. 1-4. Disponível em:<<http://www.unicruz.edu.br/>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

ZIEGEL, EE; CRANLEY, MS. **Enfermagem Obstétrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.