



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JÂNIO DE OLIVEIRA FROTA

**UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ACERCA DA IMPORTÂNCIA DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO**

Itaituba – PA

2018

JÂNIO DE OLIVEIRA FROTA

**UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ACERCA DA IMPORTÂNCIA
EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Enf. Esp. Cleidson Colares Batista.

Itaituba-PA

2018

FROTA, Jânio de Oliveira.

UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ACERCA DA IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO / Jânio de Oliveira Frota.

57 f.: il.

Orientador: Cleidson Colares Batista

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem – Faculdade de Itaituba, 2018.

1. Saúde. 2. Enfermagem. I. BATISTA, Cleidson Colares. II. Faculdade de Itaituba, BR – PA, 2018.

JÂNIO DE OLIVEIRA FROTA

**UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ACERCA DA IMPORTÂNCIA
EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Enf. esp. Cleidson Colares Batista.

BANCA EXAMINADORA:

Presidente: _____ Nota:

Avaliador: _____ Nota:

Orientador: _____ Nota:

Resultado: _____ Média: _____

Itaituba – Pa: _____ / _____ de 2018

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, Juvanete de Oliveira Frota, que sempre me incentivou e foi o braço forte durante essa jornada da vida acadêmica e sempre fez o possível para que eu continuasse firme no curso, me oferecendo apoio emocional, e no cuidado dos meus filhos e permanecendo ao meu lado sempre.

Aos meus irmãos Giane de Oliveira Frota e Gilberto de Oliveira Frota que sempre me apoiaram durante este processo de formação acadêmica.

Aos meus filhos Lara de Souza Frota Théo de Souza Frota a qual dedico todo o esforço e amor durante todos os dias.

Aos meus amigos e companheiros de curso, Cláudia Alves de Moraes Estefani da Silva Braga, Edgleide Cavalcante Lima, Daniela Almeida e Kelyanne Sousa. Que sempre estiveram comigo desde o começo e outros se aproximaram depois por um motivo em comum, mas sempre estivemos juntos em busca de um objetivo em comum, e sempre cada um terá um lugar em meu coração.

Aos meus colegas de trabalho, da qual eu faço parte da valorosa instituição Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Pará, aos meus comandantes diretos TEN CEL QO BM TITO e CAP QOBM LUIZ que me autorizaram a permuta de plantões e sempre incentivaram a minha busca pelo conhecimento, aos meus pares CB BM Rodrigues, CB BM Lopes, CB BM Furtado, CB BM Uiliane, CB BM Soares, CB BM Victor que dentre tantos foram de fundamental importância pois me ajudaram e me substituíam durante os meus plantões de 24 horas para que eu pudesse estudar e concluir todos os estágios previstos durante os cinco anos de formação.

Aos meus professores, Enf. Esp. Cleidson Colares Batista, Enf^a. Esp. Rosangela Aguiar, Enf^a. Esp. Bernadete Coelho, Enf^a. Esp. Karla Santos, Enf Esp. Raimisson, Enf. Esp. Adriano Coutinho estes aqui representando todos que com empenho, dedicação e paciência ofereceram seus conhecimentos e experiência profissional e foram sem dúvida um espelho para profissão Enfermeiro.

E em especial a Poliana Carneiro Gomes que esteve ao meu lado no momento em que mais precisava.

A todos que direta ou indiretamente me ajudaram durante todo o curso e tornaram possível a conclusão desta etapa na minha vida.

*Eu atribuo o meu sucesso a isto: eu
nunca desisto ou dou alguma desculpa.*

“Florence Nightingale”

RESUMO

Sabe-se que a humanização no parto é tema de bastante relevância nos dias atuais, pois a maioria das literaturas abordam que no processo de parturição está ocorrendo uma verdadeira banalização da utilização, muitas vezes desnecessárias de procedimentos, dentre eles a cirurgia cesariana, que na maioria dos casos não possui nenhuma indicação verdadeira para que este tipo de procedimento altamente invasivo ocorra. Este trabalho tem como objetivo ressaltar a importância de uma boa assistência da equipe de enfermagem no processo de parto para torná-lo humanizado, bem como a visão do enfermeiro sobre o assunto em estudo e as dificuldades encontradas para a implantação da humanização. O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica com método descritivo e abordagem qualitativa, onde foram utilizadas um total de 49 referências. O estudo tem como tema a importância da equipe de enfermagem no parto humanizado, ressaltando o papel do enfermeiro, técnicas e métodos, obstáculos entre outros atos que podem discorrer sobre o que vem acontecendo com os processos de trabalho de parto ultimamente, que possibilitou descrever e analisar os procedimentos que devem ser utilizados para uma assistência adequada no processo de parturição. Portanto tendo como base os estudos dos autores citados é possível concluir que a humanização do trabalho de parto contribui de forma positiva para os dois atores principais deste contexto, mãe e filho, com uma menor incidência de prematuridade, doenças respiratórias, estímulo imediato a amamentação e rápida recuperação no puerpério, sendo o enfermeiro o principal colaborador desse evento.

Palavras-chave: humanização; parto; enfermeiro na humanização; assistência no parto.

ABSTRACT

It is known that the humanization in childbirth is a subject of great relevance in the present day, since most literature deals with the process of childbirth is happening a true banalization of the use, often unnecessary procedures, among them cesarean surgery, which in A Most cases do not have a true indication for this type of highly invasive procedure. This work aims to highlight the importance of a good assistance of the nursing team in the process of childbirth to make it humanized, as well as a view of the nurse on the subject under study and as difficulties encountered for the implementation of humanization. The study is a bibliographical review with descriptive method and qualitative approach, where there are a total of 49 references. The study has as its theme the importance of the nursing team without humanized delivery, highlighting the role of the nurse, techniques and methods, obstacles among other acts that can discuss what has been happening with labor processes lately, which has made it possible to describe and The procedures should be used for the disclosure of the process. The mother and child, with a lower incidence of prematurity, respiratory diseases, immediate stimulation of breastfeeding and mother, child and child, with a lower incidence of prematurity, respiratory diseases, immediate estimation and breastfeeding, rapid non-puerperium recovery, with the nurse being the main collaborator of this event.

Keywords: Humanization; childbirth; birth; stork network; nurse in humanization; obstetric violence; childbirth assistance.

.

LISTA DE SIGLAS

DUM	-	Data da Última Menstruação
IG	-	Idade Gestacional
MMII	-	Membros Inferiores
MMSS	-	Membros Superiores
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PHPN	-	Programa de Humanização do Pré-natal e Parto
RN	-	Recém-nascido
RNBP	-	Recém-nascido de Baixo Peso
SSVV	-	Sinais Vitais
MS	-	Ministério da Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-Quantitativo de Bibliografias e suas especificações literárias.....	39
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-Referências trabalhadas na fundamentação teórica	42
Quadro 2-Motivos que dificultam a humanização no parto.....	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO	13
2.2 GESTAÇÃO.....	14
2.3 PRÉ-NATAL	15
2.3.1 Pré-natal de alto risco	17
2.4 PARTO	18
2.5 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	22
2.6 HUMANIZAÇÃO NO PARTO	24
2.6.1 O enfermeiro na assistência ao parto humanizado	27
2.6.2 Incentivo ao parto normal.....	32
2.6.3 Motivos que dificultam a humanização.....	33
3 METODOLOGIA	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
5 CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS.....	51

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como tema a importância da equipe de enfermagem no parto humanizado. Trata-se de um tema de bastante relevância nos dias atuais, pois na maioria das literaturas abordam que no processo de parturição está ocorrendo uma verdadeira banalização da utilização, muitas vezes desnecessárias de procedimentos, dentre eles a cirurgia cesariana, que na maioria dos casos não possui nenhuma indicação verdadeira para que este tipo de procedimento altamente invasivo ocorra.

Malheiros *et al.* (2012), relatam sobre a história do parto e nascimento, afirmando que ao longo dos tempos esse processo vem se transformando, desde o período em que o parto era auxiliado por parteiras em ambiente domiciliar, muita coisa foi modificada e houve uma grande incorporação da tecnologia e medicina na área obstétrica.

Segundo Domingues; Santos; Leal (2004) a gestação, o processo de parir e nascer são momentos de extrema importância tanto para a mulher quanto para a família, porque vai mais à frente do que um processo fisiológico, ou uma mudança de status de “mulher” para “mãe”, é um processo que infunde medo, insegurança e dúvidas sobre o futuro, mas que está rodeado de valores sociais, emocionais e culturais.

Ramos (2010), afirma que o enfermeiro obstétrico tem capacitação para acompanhar tanto o pré-natal quanto o parto sem distócia, e que é ele que vai ser o responsável pela concepção do vínculo entre a equipe e a cliente, transformando o parto em uma assistência humanizada, realizando técnicas de relaxamento e colocando a gestante como a protagonista do seu parto.

De acordo com o que propõe a portaria Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000 do Ministério da Saúde que versa sobre o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, que tem como objetivo maior assegurar a mulher um atendimento de qualidade do pré-natal ao puerpério (BRASIL, 2014).

Humanizar o parto sugere mudanças nas rotinas do serviço, com o objetivo de fazer com que esse evento seja o menos medicalizado possível, é necessário utilizar-se de métodos assistenciais que promovem a garantia da integridade física e psíquica do indivíduo, tendo conhecimento de que é um momento de grandes mudanças para uma família (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

A mulher em processo de parturição não pode ser tratada apenas como mais uma cliente, ela deve ser entendida em toda a sua singularidade, pois cabe ao profissional de saúde que lhe assiste compreender e entender toda a experiência que trazem tanto a parturiente quanto sua família logo durante primeiro contato (REIS; PATRÍCIO, 2005).

A humanização do parto e nascimento trata-se de uma política extremamente importante que visa garantir que o parto seja uma experiência positiva e enriquecedora para a mulher, o enfermeiro tem papel muito importante na humanização pois cabe a ele criar vínculos com a gestante, resgatar o contato humano, de forma que seja possível ouvir, explicar e acolher a mulher neste momento (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

Brasil (2003) assegura que é necessário haver mudanças nas maternidades brasileiras para que seja possível a prestação de uma assistência humanizada adequada às parturientes, um processo que compreende a adaptação da estrutura física das maternidades e dos equipamentos, na capacitação da equipe de saúde e alterações até nas próprias atitudes tanto dos profissionais que atuam na equipe quanto das gestantes em relação ao parto.

Logo, o que é preciso saber nesse contexto qual é a importância da assistência que a enfermagem presta a essa mulher e bebê durante o parto, o papel que o profissional enfermeiro desempenha para que seja possível a humanização do processo de parturição.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

O sistema reprodutor feminino é constituído por órgãos que crescem e tem por objetivo a procriação da espécie, os órgãos internos que compõem esse sistema consiste em vagina, útero, tubas uterinas e ovários, essas estruturas desenvolvem-se e cumprem funções conforme as consignações hormonais onde estimulam a liberação do óvulo e ocasionando a possibilidade de a mulher engravidar (RICCI, 2008).

O ovário é uma estrutura muito importante do sistema reprodutor feminino pois é ligação entre este sistema e o sistema de glândulas endócrinas que liberam hormônios importantes como estrogênio e progesterona, mas a função principal é a produção e liberação do óvulo maduro para as trompas que ocorre de modo cíclico (RICCI, 2008).

As trompas uterinas são estruturas cilíndricas e ocas, com tamanho variáveis entre 5 e 7,5cm, elas formam uma espécie de conexão entre os ovários e o útero, nesse órgão ocorre a fecundação do óvulo pelo espermatozoide, contudo a principal função dessa estrutura é a de movimentação do óvulo em direção ao útero por meio da ação ciliar e peristáltica que ela exerce de modo vagaroso, estando o óvulo fecundado ou não (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Ricci (2008) descreve o útero como um órgão interno do sistema reprodutor feminino, formado por fibras musculares e com um formato que lembra uma pera medindo 7,5 cm de comprimento, 5 cm de largura e 2,5 cm de espessura (parâmetros normais, antes da primeira gestação), é encontrado na região do baixo ventre, internamente está localizado na região superior a vagina, o objetivo desse órgão é servir de “morada” para o feto durante a gestação, pois o óvulo fecundado na tuba uterina se encaminha e implanta na parede do útero, que gera o feto durante todo o período gestacional.

A vagina é constituída de um canal músculo-membranoso que possui uma elasticidade enorme para que seja possível a passagem do feto, é coberta por uma mucosa sobre vários vincos transversos chamados rugas que também auxiliam na dilatação do canal durante o nascimento do bebê (NEME, 2006).

2.2 GESTAÇÃO

Para Montenegro; Rezende (2013) existem diversas formas de avaliar a idade gestacional, dentre elas pode-se mencionar: A DUM (data da última menstruação), onde se começa a contar as semanas do primeiro dia do último ciclo menstrual antes da amenorreia; o aumento do volume uterino, que é medido com uma fita métrica desde a sínfise púbica até o fundo do útero, sendo cada semana gestacional correspondente por volta de tantos centímetros de altura uterina; os movimentos fetais, que começam a ser sentidos pelas gestantes por volta das 18 semanas, podendo assim calcular a IG após aparição dos primeiros movimentos; e a ultrassonografia, onde no 1º trimestre é observada a medida do comprimento cabeça-nádega (CCN) do feto com precisão de 3 a 5 dias, e entre a 12ª e 20 semana o DBP (Diâmetro Biparietal), mas a segunda metade da gravidez os resultados dos cálculos podem ser equivocados.

De acordo com Brasil (2012) Por ser um fenômeno fisiológico, o período de gestação deve ser considerada pela gestante e pela equipe de saúde um processo natural num ciclo de vida saudável, no entanto, implica em riscos para o binômio mãe/filho, e existe certo número de gestantes que podem vir a apresentar complicações na gravidez, são as chamadas “gestantes de alto risco”. Uma gestação que está se desenvolvendo dentro do considerado baixo risco, pode evoluir para alto risco a qualquer tempo, no período gestacional ou no trabalho de parto, dependendo apenas da presença de algum fator gerador de risco gestacional.

A identificação de um ou mais fatores de risco nas mulheres em idade fértil, possibilita a promoção da saúde àquelas mulheres que são consideradas vulneráveis, como por exemplo, uma portadora de Diabetes *Mellitus*, que precisa estar com a glicemia bem controlada antes de engravidar. (BRASIL, 2012a).

Todo profissional, sobre tudo o enfermeiro que atua na assistência a gestantes, deve ter um olhar focado diante desses fatores de risco, pois é na sua avaliação clínica minuciosa, que poderá ser determinada a necessidade da gestante de receber assistência especializada. Nesse sentido as equipes de saúde que trabalham com o pré-natal de baixo risco necessitam de qualificação para receber as gestantes com fatores de risco para que assim possam prestar um primeiro atendimento no caso de situações imprevistas. Mesmo que a gestante tenha sido referenciada para acompanhamento em unidade de serviço especializado, esta não deve desvincular-se de sua UBS de origem, onde iniciou o pré-natal, devendo haver

assim uma comunicação entre as unidades de saúde, quanto à evolução da gravidez, o tratamento indicado, seja por meio da contra-referência ou busca ativa (BRASIL, 2012)

2.3 PRÉ-NATAL

No século XIX tem-se alguns registros históricos acerca da atenção pré-natal Pinard médico francês um dos pioneiros do exame abdominal em gestantes como forma de evitar a possível desproporção céfalo-pélvica com a indução antecipada do parto. Madame Bequet de vienne e Pinard abriram uma residência para abrigar gestantes carentes. Com os cuidados e acompanhamento realizados nesse local, foram observados um prognóstico mais favorável para as mulheres e para os recém-nascidos (MALHEIROS *et al.*, 2012).

Lopes *et al.* (2005) ressaltam que se trata da primeira abordagem que o enfermeiro terá com a gestante, onde este deverá estabelecer um vínculo de confiança informando sobre importância da consulta de pré-natal para o bom andamento de sua gestação, na ocasião será feita uma coleta de dados atentando-se para os antecedentes socioeconômicos e culturais, antecedentes de saúde familiar e pessoal, com uma maior atenção para os antecedentes ginecológicos e obstétricos da paciente.

Os principais objetivos da consulta pré-natal conforme Buchabqui; Abeche; Nickel (2011) são os seguintes: Realizar o acompanhamento das gestações de baixo risco; Preparar a gestante e acompanhante para o momento do parto, fornecendo-lhe todas as informações essenciais que de sobremaneira irão incentivarla a tomar suas próprias decisões durante o trabalho de parto; identificar precocemente gestantes de alto risco para que ocorra um encaminhamento imediato dessa gestante para um centro de referência.

Brasil (2011) discorre sobre pré-natal e afirma que é necessário que a mulher confirme sua gestação e inicie suas consultas antes da décima segunda semana gestacional, esse parâmetro é chamado de captação precoce da gestante, e para que seja possível é necessário a atuação das equipes de atenção básica juntamente com o apoio da gestão municipal no planejamento familiar e reconhecimento dos primeiros sintomas gravídicos.

Segundo Costa *et al.*, (2010), o objetivo da enfermagem no pré-natal é captar a gestante, acolher e acompanhá-la desde o início até o término da gravidez

garantindo assim a saúde não só da mulher, mas também do bebê, seguindo as condutas acolhedoras preconizadas pelo ministério da saúde.

De acordo com Mabuchi; Fustinoni (2008) é necessário que a humanização tenha início logo no pré-natal, a humanização da assistência não está relacionada somente com o centro obstétrico e a mulher como parturiente, ela deve conhecer a humanização ainda como gestante, é uma assistência onde é imperativo o envolvimento dos familiares porque estes também necessitam de um cuidado humanizado.

Conforme Marque; Dias; Azevedo (2006) a atuação do enfermeiro no pré-natal será por meio de consultas de enfermagem e atividades em grupo, no intuito de assegurar o bom desenvolvimento da gravidez, promover a prevenção de riscos e fazer a identificação das gestantes com maior possibilidade de apresentar complicações durante o período, garantindo assim a saúde da parturiente e RN através da SAE (Sistematização da Assistência em Enfermagem).

Segundo a Organização Mundial de Saúde o pré-natal deve ser iniciado assim que a mulher tiver o diagnostico confirmado de gravidez, pois quando o pré-natal é iniciado precocemente há maiores chances de evitar complicações nas primeiras semanas gestacionais, assim como alguns problemas que poderão ocorrer, logo fica mais simples conseguir preencher o número mínimo de consultas que devem ser realizadas em uma gestação (BRASIL, 2012).

2.3.1 Pré-natal de Baixo Risco

Brasil (2012) informa que dentre os principais objetivos do Pré-natal é a Classificação de risco gestacional, o que vai definir o acompanhamento do pré-natal de Baixo Risco ou de Alto Risco e dessa maneira assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna e do bebê.

Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal conforme o grau de recomendação adequado, os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos, visto que a qualquer tempo essa gravidez pode passar de Baixo para Alto Risco, mas no primeiro trimestre as possibilidades são maiores (BRASIL, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis), pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas, porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos.

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa, o profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde (MS) e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 1987).

De maneira geral, o acolhimento, a consulta e a inscrição da gestante no Pré-natal permite que haja uma definição do tipo de acompanhamento de Pré-natal deve ser implementado, após aplicação de formulário de Avaliação de Risco Gestacional padronizado pelo Ministério da Saúde (MS) Anexo 1, mas é indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta (BRASIL, 2012)

2.3.2 Pré-natal de Alto Risco

De acordo com Brasil (2010) a ausência de um pré-natal adequado pode ser extremamente prejudicial a gestante e feto, uma vez que o profissional responsável pelo pré-natal deve realizar uma avaliação dinâmica das situações de risco, logo podendo identificar e até solucionar problemas que podem gerar um resultado desfavorável na gestação.

De acordo com Brasil (2010), a gestação é um fenômeno fisiológico que na maioria das vezes evolui sem complicações, mas necessita de atenção individual pois algumas gestantes necessitarão de cuidados especiais por conta de algum problema com gestação fazendo que essa situação evolua de forma desfavorável para a mãe e para o feto, estas mulheres ficam classificadas como gestantes de alto risco.

A assistência às gestantes de alto risco deve levar em conta os aspectos emocionais da mulher e da família, o enfermeiro precisa conhecer e entender o mundo que norteia a gestante, sabendo que ela pode estar com sentimentos confusos, de culpa e preocupação por seu filho e sua vida, logo é necessário uma

atenção voltada a esses aspectos incluindo um acompanhamento psicológico para que seja possível ajudar a lidar com essas dificuldades, não esquecendo de prestar assistência a família da gestante que podem estar partilhando desses mesmos sentimentos (BRASIL, 2010).

De acordo com Costa *et al.*, (2010), as gestantes de alto risco são atendidas em locais de nível secundário ou terciário, onde são prestados serviços de saúde que o caso requer, com equipamentos e pessoal especializado nas áreas de neonatologia, intensivistas dentre outros.

A assistência da unidade básica no pré-natal deve ser multiprofissional, incluindo também assistência odontológica, pois as doenças bucais, principalmente a doença periodontal, tem sido associada a várias patologias perinatais, incluindo o parto prematuro e a rotura prematura de membranas, sendo assim a gestante deve ser encaminhada ao profissional da área de saúde bucal e orientada quanto à higiene bucal adequada e mais frequente já que a ingestão de alimentos passará a ser maior (BRASIL, 2010).

É interessante ressaltar que uma gestação normal pode a qualquer momento se transformar em uma gestação de alto risco, podendo acontecer ou durante o período gestacional ou durante o trabalho de parto, por isso é importante que a cada consulta realizada pelo profissional seja reavaliado o risco da gravidez da cliente, uma vez que a intervenção precoce é capaz de evitar que ocorra alguma morbidade grave ou óbito materno e perinatal (BRASIL, 2010).

2.4 PARTO

Segundo Rebello; Neto (2012) o nascimento é algo de extrema importância, sendo um dos eventos mais importantes em toda a vida da mulher, desta forma pode afetar o resto da sua vida, tanto física como emocionalmente.

Martins; Tapla (2009), afirmam que recém-nascido é o feto expelido do organismo materno, este é classificado com normal ou a termo quando a expulsão para fora do útero ocorre entre as 37^a à 41^a semanas e 6 dias de gestação que é equivalente a 259 – 293 dias.

Corrêa; Exner; Ramos (2012) classificam o parto em estágios onde o primeiro constitui as contrações uterinas que ocorrem de formas regulares até a dilatação completa do colo uterino, e o segundo compreendido como o nascimento que é a expulsão do feto pelo organismo materno, este último é dividido ainda em três fases

que são: a fase latente, constituída por um tempo de repouso e relaxamento; a fase de descida, caracterizada por uma grande força que expulsa o feto para baixo, e liberação de ocitocina que provoca mais contrações; e a fase de transição que apresenta esforços do períneo para a expulsão do feto, assim constituindo o nascimento.

Para Schirmer; Fustinoni; Basile (2011) diversas foram às transformações que ocorreram torno do nascimento de uma criança, o parto era um evento de cunho familiar, dotado de valores sociais, mas devido à medicalização do trabalho de parto, este foi encarado como uma situação patológica em que diversos recursos tecnológicos são empregados com finalidade de reduzir os riscos tanto para a mãe quanto para o filho.

Existem três formas de assistência ao parto em todo o mundo, são elas: assistência fortemente medicalizada, onde têm-se o médico como centro e controle de tudo e pouca ênfase aos enfermeiros obstétricos e ainda a utilização de todos os aparatos tecnológicos para a facilitação desse parto; a assistência centrada nos enfermeiros obstétricos com uma abordagem humanizada; e por fim uma mistura das duas assistências (REBELLO; NETO, 2012).

Mouta; Progiante (2009) afirmam que durante o século XX vários processos simples da fisiologia humana foram profundamente medicalizados, e o parto constitui uma forma especial desta medicalização, onde as mulheres aprenderam que esse processo de parturição não poderia ocorrer em casa com parteiras e sim no âmbito hospitalar sendo realizado por médicos, o que por sua vez acarretou em um aumento no número de cesarianas no Brasil.

Malheiros *et al.* (2012), relatam sobre a história do parto e nascimento, afirmando que ao longo dos tempos esse processo vem se transformando, desde o período que o parto era auxiliado por parteiras em ambiente domiciliar, muita coisa foi modificada e houve uma grande incorporação da tecnologia e medicina na área obstétrica.

Para Longos; Andraus; Barbosa (2010) o parto em si é um processo de decorrência natural que abrange fatores psicológicos, biológicos e socioculturais, assim sendo ele compõe para a mulher uma experiência que pode causar um forte impacto emocional, mas com transição que mudança que houve de parto domiciliar para o parto hospitalar a mulher deixou de ser a atriz do seu momento para ser

centralizadas todas as ações do parto ao médico, o que interfere na expressão dos fatores citados.

De acordo com Lopes *et al.* (2005), a escolha do tipo de parto é uma experiência de extrema importância para mulher, uma vez que se trata de um evento que acompanha a gestação puerpério, sendo que durante a gravidez ele se antecipa sobre a forma de expectativas e logo após ser concluído o parto continua na forma de lembranças e sentimentos que irão acompanhar essa mulher durante toda sua vida e podendo também influenciar nas seguintes gravidezes.

Segundo Davim; Menezes (2007) a mulher poderá ter dois pontos de visão sobre a experiência do trabalho de parto e parto em si, podendo ser ou muito bom ou muito ruim, a experiência pode ser mais ou menos prazerosa, positiva ou traumática, tudo isso dependendo de uma série de fatores que podem estar relacionados diretamente a gestação ou ao sistema de saúde que irá lhe acolher durante o parto.

Reis; Patrício (2005) afirmam que existem alguns fatores que podem aumentar a percepção da dor pela paciente, entre eles pode-se citar: o medo tanto da própria dor quanto do que poderá acontecer com ela e bebê; estresse; tensão; frio; fadiga; fome; solidão; abandono social e afetivo; e principalmente a falta de conhecimento sobre o que está acontecendo consigo.

Mazzali; Gonçalves (2008) afirma que o medo que a paciente sente durante o início do trabalho de parto gera uma certa tensão emocional onde produz na gestante uma impressão de dor, assim é formada a tríade “medo-tensão-dor”, essa dor que parturiente sente é ativada pelo sistema nervoso autônomo, e consequentemente aumenta o medo que por sua vez gera uma tensão maior ainda no útero, por conseguinte há uma redução da circulação e aumento nos níveis de tensão e dor, o que acaba impedindo o parto normal.

Jamas; Hoga; Reberte (2013) afirmam que o ideal é que a mulher fosse internada somente na fase ativa do trabalho de parto que consiste na presença de contrações uterinas com intervalo de cinco a dez minutos, duração de no mínimo trinta segundos cada contração e dilatação uterina variando entre quatro e sete centímetros.

2.4.1 Parto normal

É compreendido aquele que não precisa de intervenções durante todo o processo de parturição e puerpério, também podendo ser titulado como parto humanizado, pois há um ponto de respeito à autonomia da mulher nesse momento tão extraordinário da sua vida (BRASIL, 2010).

Para o MS, o parto normal oferece menos risco de infecção que a cesariana tanto para a mãe quanto para o bebê, o incentivo à mulher no decorrer do pré-natal e o apoio durante o trabalho de parto é fator primordial para uma boa evolução ao parto normal, métodos não farmacológicos de alívio da dor e uso de anestésicos, devem ser utilizados somente em casos de evidente necessidade, o ideal é que o parto aconteça sem intervenções, por isso proporcionar um ambiente tranquilo e livre de quaisquer perturbações para a parturiente é fundamental, este tipo de parto, pode acontecer em maternidades, Centros de Parto Normal e em casa, neste último caso, recomenda-se o acompanhamento de uma equipe preparada, liderada por enfermeiros-obstetras ou obstetrizes (BRASIL, 2011).

Gestantes de alto risco podem ser admitidas na maternidade antes da fase ativa de trabalho de parto, pois podem apresentar dificuldades durante o processo de parturição, essas complicações serão identificadas através da anamnese da paciente, onde conterà dados essenciais da gestante, também deve conter uma avaliação clínica e exame físico da paciente constando SSVV, ausculta cardíaca e pulmonar, presença de edemas e avaliação de mucosas, após colher todas as informações da gestante o profissional também deverá realizar a avaliação fetal, realizando ausculta cardíaca do bebê que é o principal parâmetro para avaliar se o feto está em sofrimento, o profissional deve ainda estabelecer as medidas necessárias para garantir um nascimento em boas condições e fazer a palpação obstétrica, que pode incluir o toque vaginal, mas este pode ser adiado até a fase ativa do trabalho de parto (JAMAS; HOGA; REBERTE; 2013).

Alguns estudos demonstram que o parto normal, é na grande maioria das vezes a primeira escolha da gestante, independentemente de onde resida, informação que vem de encontro com os relatos médicos de que o crescente número de cesarianas no Brasil, é uma opção da mulher (HAUCK, 2010).

2.4.2 Parto Cesário

Os partos cesáreos representam 34% dos partos realizados no Brasil, na rede pública de saúde, número que causa preocupação por estar entre os motivos que

mais contribuem para a prematuridade do bebê, sendo outros fatores a gravidez precoce, ruptura prematura da bolsa, gestações de gemelares e agravos de saúde da mãe, como hipertensão arterial, infecção do trato urinário, diabetes e tabagismo (BRASIL, 2011).

O tempo de prematuridade do RN, é que demanda o tipo de cuidados necessários para sua sobrevivência, entre os que nascem de 34 a 37 semanas, a maior preocupação é a insuficiência respiratória, já com os bebês que nascem antes da 34ª semana, os cuidados devem ser redobrados considerando o fato de que seus órgãos internos ainda não estão totalmente desenvolvidos, tornando-os sensíveis a infecções e complicações para o seu pleno desenvolvimento, “por isso, é fundamental ter o acompanhamento do pediatra, leite materno e muito carinho também são essenciais para garantir uma vida saudável para a criança” (BRASIL, 2011).

É necessário lembrar o princípio da desmedicalização, tendo em vista a comprovação de a opinião da mulher não está sendo respeitada em relação ao desfecho de sua gravidez, portanto deve-se investigar melhor, quais fatores influenciam os médicos a indicarem a cirurgia. Quanto as mulheres, os fatores determinantes no momento da escolha pelo tipo de parto estão relacionados à direito a analgesia por causa da dor, desta forma, a qualidade na assistência ao pré-natal, precisa melhorar no que diz respeito a orientação e estímulo ao parto normal, para que esta compreenda que é um processo fisiológico, e pertence a ela a decisão final sobre o desfecho da gestação (HAUCK, 2010).

2.5 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Com advento de novas tecnologias, houve um grande avanço na medicina em relação ao parto, a cirurgia cesariana foi a principal mudança nesse cenário, contudo nos dias atuais houve uma banalização desse procedimento, que na maioria dos casos as indicações para tal não se encaixam nos critérios que admitam a realização desta cirurgia. Atualmente no Brasil existe uma verdadeira epidemia de cirurgias cesarianas, somente na saúde suplementar o total de partos nesta categoria atinge 86% do total, rede pública saúde os números chegam a 41%, sendo que o recomendado pela a OMS seria de apenas 15 % do total dos partos realizados (BRASIL, 2006).

Barboza; Mota (2016), afirma que a violência obstétrica é frequente e considerada rotina nos serviços prestados em hospitais e centros obstétricos, por muitas vezes a mulher que sofre esse tipo de violência não a expõe, por medo ou opressão, e isso acaba gerando uma angústia em um momento que era para ser doce e acolhedor para a parturiente.

Barboza; Mota (2016) discorre sobre a violência que ocorre no parto e a classifica em quatro categorias, onde tem-se: a violência verbal ou psicológica, que consiste em tratar mal a parturiente por meio de humilhação a parturiente com xingamentos, gritos, ameaças e tratamento grosseiro; a violência física, onde está inclusa a não utilização de fármacos para alívio da dor quando prescritos; a violência por negligência; e por fim, a violência sexual; essas práticas geram na mulher um trauma do trabalho de parto, provocando uma grande angústia ao lembrar desse momento.

Outra forma de violência pode ser constituída pela negação de informação ou oferecer informação fragmentada à cliente sobre o que está ocorrendo no seu processo de parturição e sobre os procedimentos que farão parte da assistência prestada (BARBOZA; MOTA, 2016).

Sodré; Lacerda (2007) consideram a tricotomia e enema intervenções totalmente desnecessárias e desconfortáveis para a paciente, sendo que a tricotomia além do desconforto pode oferecer risco de contaminação e colonização de bactérias, pois sempre gera alguma lesão à pele íntegra mesmo que mínima, já o enema é um procedimento invasivo que pode aumentar o nível de ansiedade da mulher em trabalho de parto.

Reis; Patrício (2005) considera a manobra de Kristeller extremamente danosa e ineficaz, pois pode causar desconforto e dor a parturiente, além de causar também danos e traumas que a mulher poderá levar em pelo resto de sua vida, lembrando assim do seu parto como um momento ruim.

Diniz (2005) relata que há algumas práticas que multiplicam a dor da paciente e não tem nenhuma prova de que contribuem positivamente para o trabalho de parto, entre essas práticas pode-se citar: manipulação vaginal excessiva (toque vaginal); uso de fármacos como a ocitocina; episiotomia, que consiste em uma incisão realizada no períneo da mulher; rotura das membranas; e manobra de Kristeller, um procedimento que consiste em uma força aplicada no fundo do útero da parturiente, pelos cotovelos e braços do profissional.

Em seu estudo Ratnner (2009) aponta um tipo de violência muito praticado pelos profissionais, que geralmente não atentam que é um desrespeito a mulher em processo de parto, é caracterizada pela utilização errada da tecnologia e pela prática de intervenções e procedimentos desnecessários, que irão resultar na necessidade de mais intervenções que podem colocar mulher e RN em risco e gerar diversas sequelas.

Leal (2008) afirma que violência praticada durante o período gestacional pode trazer inúmeras e graves complicações à saúde da gestante, onde pode-se citar hemorragia e interpelação da gravidez, já com relação à saúde do recém-nascido é possível que haja um aumento no risco de morte, RNBP (Recém-nascido de Baixo Peso) e prematuros.

Segundo Barboza; Mota (2016) muitas gestantes são destratadas e desrespeitadas nas maternidades e hospitais, e por muitas pessoas a violência de cunho obstétrico transforma-se em uma fatalidade que todas as mulheres gestantes irão passar, como um tipo de castigo a ser pago por ter tido prazer na concepção daquele bebê.

2.6 HUMANIZAÇÃO NO PARTO

De acordo com o que propõe a portaria Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000 do Ministério da Saúde que versa sobre o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, que tem como objetivo maior assegurar a mulher um atendimento de qualidade do pré-natal ao puerpério (BRASIL, 2014).

A humanização na assistência significa entender cada indivíduo em sua singularidade atentando para suas necessidades características, obtendo assim caminhos para a possibilidade do exercício do seu desejo de forma autônoma, e também deve-se proporcionar um tratamento bondoso as pessoas, apreciando suas crenças e conhecimentos como singulares, evitar todos os tipos de preconceito e resguardar a dignidade do indivíduo que é o núcleo da assistência (NEUMANN *et al.*, 2010).

Teixeira (2005) alega que é complexo discorrer sobre humanização sem relacioná-la à ética, sendo ela a principal ferramenta para garantia de coesão social, consiste em uma análise crítica sobre o comportamento humano onde se explana, discute e problematiza os princípios e regras que são necessários para um agradável convívio social.

Maia (2010, p. 42) discorre sobre o parto humanizado em seu livro e afirma que:

Em essência, humanizar o parto e o nascimento é um movimento de contracultura que busca resgatar a humanidade e a individualidade da mulher que pare, em oposição ao ideário do corpo máquina, da mulher como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem.

De acordo com Reis; Patrício (2005) a humanização do parto é um ato onde serão promovidas situações para a inibição do mal-estar da parturiente, redução dos riscos para mãe e feto, e também possibilitar o conforto e segurança do acompanhante escolhido pela mulher.

Segundo Diniz (2005) a humanização do parto como é chamada no Brasil, foi um movimento que teve início a partir do ano de 1980, com a organização das prioridades tecnológicas apropriadas ao parto, da assistência de qualidade a parturiente e a extirpação de práticas danosas a cliente.

Conforme Souza; Gaíva; Modes (2011) existem 4 princípios fundamentais da bioética no ato de cuidar do ser humano, que devem ser usados para nortear as ações do profissional, são eles: respeito pela pessoa, onde deve-se respeitar a sua autonomia sobre suas escolhas, além de resguardar danos ou abusos aos indivíduos com autonomia enfraquecida e vulneráveis como o bebê; a beneficência, onde deve-se ao máximo promover benefícios a pessoa; a não maleficência, onde é necessário minimizar danos ou prejuízos ao cliente; e o princípio da justiça, onde o dever é cuidar para que todos os indivíduos tenham o direito de receber uma assistência de qualidade.

O significado de parto humanizado consiste em permitir que a parturiente atue tendo o controle total de suas ações, participando das decisões do seu próprio parto íntima e ativamente, colocando a equipe de saúde somente como facilitadora de seu parto e sendo ela mesma o centro do trabalho de parturição (GONCALVES *et al.*, 2011).

Rebello; Neto (2012) dizem que a humanização se trata de um movimento que vem constantemente crescendo e se disseminando pelo país, que surge inicialmente como a procura de um ideal, em diversas frentes de atividades e com múltiplos significados, constituindo cada uma destas frentes um conjunto

determinante de questões teóricas, práticas, afetivas e comportamentais que teriam uma resultante humanizadora.

Souza; Gaíva; Modes (2011) discorrem sobre o conceito de atenção humanizada e afirmam ser amplo e relacionado a um conjunto de noções, práticas e atitudes que tem em vista a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal e também a promoção do nascimento e parto saudáveis, sendo que essa abordagem deve ter início no pré-natal e deve se estender até o puerpério, garantindo que a equipe de saúde preste a assistência adequada para a gestante e bebê, sendo evitada a prática de intervenções desnecessárias e conservada a privacidade e autonomia da mulher durante gestação e parto.

Nagahama; Santiago (2008) consideram que a qualificação e humanização são características essenciais a serem prestadas na atenção obstétrica e neonatal.

Segundo Rebello; Neto (2012), humanização do parto constitui centralizar a gestante e no controle das decisões sobre o que acontecerá e pode ser compreendida como diminuição do excesso de intervenção médicas e fármacos no parto, empoderamento da mulher e prática obstétrica baseada em evidência.

Diniz (2005) qualifica a inclusão do pai e a presença de doulas no parto desde que seja escolha da gestante, como uma das vertentes da humanização, sendo esse aspecto relacionado à legitimidade da participação da parturiente no controle das decisões sobre sua saúde.

Humanização no parto significa oferecer às mulheres os seus próprios direitos: um atendimento seguro, afável e que leva em consideração suas necessidades fisiológicas, psicológicas, emocionais, sociais e espirituais, independentemente do profissional ou instituição onde ela se encontra no momento do parto (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

O objetivo da assistência humanizada no parto é proporcionar a parturiente uma sensação de confiança e segurança durante o processo de parturição e logo após para poder tomar conta de seu filho, pois em muitos casos essa experiência surge uma transformação na vida da mulher onde ela se torna mais capaz em sua nova qualificação, onde ela se torna consciente e interessada pela sociedade em si, sendo assim é possível afirmar que o padrão de assistência humanizada oferece benefícios físicos e psicológicos a nova mãe (GONÇALVES *et al.*, 2011).

Segundo Longo; Andraus; Barbosa (2010) a humanização no parto vem conquistando um espaço nas políticas públicas de atendimento e também na prática

assistencial durante as últimas décadas, mas a sustentação dessa assistência humanizada depende intensamente do compromisso profissional dos envolvidos, da propaganda aos usuários e principalmente do reconhecimento desse serviço como um direito de todos, sendo assim novas pesquisas e estudos podem ajudar a conquistar mais espaço.

Brasil (2011, p. 5) discorre sobre a implementação da Rede Cegonha no contexto da Rede de Atenção à Saúde, onde afirma que:

A Rede Cegonha é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Segundo Brasil (2011) a humanização é um artifício que visa privilegiar o bem-estar da parturiente e recém-nascido, onde o objetivo é ter o mínimo de intervenções possíveis, levando em conta todos os processos biológicos e fisiológicos que estão ocorrendo com a mulher em trabalho de parto, pratica o uso correto das tecnologias que visam facilitar o trabalho de parto quando necessário, levando em conta que a assistência consiste em acompanhamento contínuo, logo seguindo essas recomendações significa que o parto pode ter sua ocorrência tanto em hospitais quanto em casa de parto, contudo é mais aconselhável que os partos onde podem acontecer complicações sejam feitos no hospital, pois é uma forma de reduzir o tempo de transferência para o parto cirúrgico.

2.6.1 O enfermeiro na assistência ao parto humanizado

Dias; Domingues (2005) afirmam em seu estudo que o enfermeiro é o profissional da saúde que atua em todas as fases da gestação, até mesmo no planejamento familiar, portanto ele será o responsável em estabelecer as relações interpessoais compatíveis com o momento do parto, que é o período da gestação em que ocorrem as mais intensas mudanças orgânicas, corporais e as emocionais: medo, ansiedade, dor e alegria.

No que se refere aos cuidados, a enfermagem assume o protagonismo com a figura do enfermeiro obstetra, profissional voltado para uma assistência mais humanizada que respeita a fisiologia da mulher, sendo que o procedimento do “parto normal sem distorcia”, é realizado por enfermeiro obstetra (BRASIL, 2003).

Os profissionais que atuam na área obstétrica devem recordar que são coadjuvantes no trabalho de parto onde tem um papel muito importante, é correto afirmar que eles têm a chance de pôr em prática tudo que aprenderam em prol do bem-estar da parturiente e RN, distinguindo ocasiões críticas onde é necessário intervir para promover a saúde de ambos, eles podem reduzir o medo, insegurança e dor da paciente, promover suporte, dialogar, orientar e esclarecer as dúvidas, provendo assim a assistência adequado no processo de parir e nascer, todavia devem recordar que eles são o primeiro contato de um ser que nasce, e saber da grande responsabilidade de estar incluso em um processo que envolve não só o nascimento de um bebê, mas também o nascimento de uma mãe, um pai, uma nova família (BRASIL, 2011).

Em seu estudo Mabuchi; Fustinoni (2008) relatam que os profissionais de saúde entrevistados em seu estudo conceituaram parto humanizado de forma condizente as diretrizes implementadas pelo ministério da saúde, onde os objetivos principais para uma boa assistência humanizada são: proporcionar um ambiente parecido com a casa da parturiente, tendo em vista a importância dos familiares no processo de parturição, de um ambiente acolhedor, confortável e limpo, do oferecimento de dieta adequada, medidas para diminuição da dor e restringindo a prática de intervenções invasivas e dispensáveis.

A mulher em processo de parturição não pode ser tratada apenas como mais uma cliente, ela dever ser entendida em toda a sua singularidade, pois cabe ao profissional de saúde que lhe assiste compreender e entender toda a experiência que trazem tanto a parturiente quanto sua família logo durante primeiro contato (REIS; PATRÍCIO, 2005).

Na humanização do parto é de fundamental importância respeitar a mulher e seus familiares, o enfermeiro deve tratá-la como um ser individual, chama-la pelo nome e não de mãezinha ou dona, apresentar cada integrante da equipe que vai lhe assistir informando nome e papel, comunicar sobre todos os procedimentos a que será submetida, lhe propiciar um ambiente agradável que seja acolhedor, limpo e confortável, esclarecer todas as suas dúvidas e inseguranças, são essas ações simples mas que podem ajudar muito no bem-estar da mulher, só requerem um pouco de esforço do profissional (DAVIM; MENEZES, 2007).

Conforme Marque; Dias; Azevedo (2006) é de cunho do enfermeiro a admissão no centro obstétrico, da mulher que se encontra no período de dilatação

compreendido como trabalho de parto, a assistência propiciada pelo profissional deverá ser adequada com as condições da parturiente e feto, bem como a evolução do processo de parturição, sendo que se não ocorrer complicações com a gestação e início de trabalho de parto o enfermeiro deve realizar uma anamnese objetivando a busca de informações sobre o pré-natal.

Segundo Reis; Patrício (2005) é possível que o profissional de saúde possa ajudar a mulher a reduzir sua percepção a dor do parto, permitindo e estimulando a presença do acompanhante escolhido pela paciente e também por meio de métodos alternativos como Lamaze, Dick-read e Bradley, esses métodos consistem no do controle da respiração e relaxamento muscular da paciente, e se tornam importantes pois podem acarretar numa redução do medo, tensão e consequentemente da dor, sendo que contribuem para o relaxamento, evolução positiva do processo de parturição.

De acordo com Baracho (2007) é possível o profissional utilizar-se de técnicas que consistem em massagens para o alívio da dor em parturientes, pode-se fazer pressões firmes e circulatorias, fricção, toque leve e técnica de efferage nas áreas que as gestantes mais se queixam, que são geralmente região lombar, sacral, abdominal e membros inferiores.

É importante o profissional dar atenção às queixas da paciente bem como estar atento a outras manifestações que possam ser indicativos de uma intercorrência no processo de parturição, informar a mulher sobre a evolução do seu trabalho de parto, assim como lhe ensinar condutas que podem ajudar nesse processo, como por exemplo métodos respiratórios durante as contrações e relaxamento muscular nos intervalos (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

Alguns fatores podem interferir na duração do trabalho de parto, mas como solução para isso pode-se utilizar meios como a deambulação da gestante e métodos comprovados no alívio da dor da paciente, são técnicas que favorecem a redução do tempo no trabalho de parto (SILVA; BARBIERE; FUSTINONI, 2011).

Dias; Domingues (2005) afirmam que a humanização do nascimento é onde o profissional apto a realizar a assistência ao parto deve respeitar a fisiologia do parto, evitando intervenções desnecessárias, reconhecer as perspectivas sociais e culturais desse momento da mãe e filho, ofertar suporte emocional e psicológico a parturiente e família que também faz parte desse momento, facilitando assim o vínculo mãe&filho e os laços familiares, permitir que a gestante escolha um

acompanhante da sua vontade, informa-la sobre todos os procedimentos que irão ocorrer, respeitar a mulher como um todo, centralizando-a como atriz principal do seu parto.

Reis; Patrício (2005) afirmam que o diálogo entre equipe de saúde e paciente é fundamental para o processo de humanização, pois a comunicação é um meio onde o profissional pode compreender as necessidades, anseios, medos e dúvidas do paciente, sendo assim esse elemento pode ser utilizado para suceder uma atenuação dos fatores que podem prejudicar o bem-estar e segurança da parturiente, acompanhante e até mesmo do recém-nascido, é pela comunicação que surge o sentimento de empatia entre paciente e profissional necessário para a compreensão dos sentimentos que afloram durante o andamento do parto.

É de extrema importância que o profissional tenha um bom diálogo com a parturiente, ele precisa explicar os procedimentos aos quais ela será submetida, conversar sobre o bem-estar do bebê, comunicar-se de maneira calma e sem grosseria de uma forma que possa ganhar a confiança dessa mulher e fazê-la se sentir segura em seus cuidados, assim é possível que a parturiente se torne confiante e colaborativa (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

Durante o trabalho de parto é importante que o enfermeiro encoraje a mulher a encontrar a posição que lhe dê mais conforto durante uma contração e que permita o relaxamento dos músculos dorsais e pélvicos, o profissional pode lhe apresentar as seguintes opções de posições: em pé com as pernas afastadas, corpo inclinado para a frente e braços apoiados em uma parede; postura ereta; de cócoras; sentada na maca, recostada em almofadas; ou em decúbito lateral esquerdo que promove uma melhor circulação no útero, que consequentemente aumenta o fluxo de ocitocina e resulta na diminuição do tempo no processo de parturição (MAZZALI; GONÇALVES, 2008).

O profissional não poderá privar a parturiente da ingestão de líquidos, o contrário é uma grave violação ao direito de um parto humanizado, pois na maioria das vezes a ingestão de líquidos não altera no processo de parturição, dentre os líquidos que podem ser oferecidos às mulheres em trabalho de parto de baixo risco estão: café, chá, suco de frutas e água, lembrando que devem ser oferecidos em pouca quantidade (REIS; PATRÍCIO, 2005).

Para que humanização aconteça no parto é importante que seja um momento único para a mulher, sendo vivenciado de forma positiva e rica em ternura, o

profissional deve resgatar o contato humano que é primordial para tudo, ouvir, explicar, acolher essa gestante criando vínculos com ela, estes são parâmetros essenciais no ato de cuidar, mas não deve-se somente acolher esta mulher e trata-la bem, é necessário também que sejam realizados processos benéficos, redução de intervenções desnecessárias e respeitar a autonomia e privacidade da mulher em processo de parturição (MABUCHI; FUTINONI, 2008).

A recomendação oferecida pelo ministério da saúde é que em RNs que sem risco de morte logo após o nascimento sejam feitos somente os cuidados necessários como enxugar, aquecer, avaliar e logo em seguida entrega-lo a mãe, para que seja possível o estabelecimento de um contato íntimo precoce, e somente após este contato entre mãe e filho prestar outros cuidados que sejam realmente necessários (BRASIL, 2003).

Marque; Dias; Azevedo (2006) consideram que logo após o período de expulsão do feto que compreende o nascimento, se o recém-nascido se apresentar saudável, o enfermeiro deve envolvê-lo em um campo aquecido para evitar a hipotermia e por sobre o abdome da mãe para que ela possa acariciá-lo, sendo uma forma de promover o contato.

De acordo com Souza; Gaíva; Modes (2011) o contato precoce entre mãe e filho é muito importante pois contribui para a formação do vínculo, uma vez que durante o pós-parto imediato entre 30 a 60 min, este RN se encontra no período chamado de inatividade alerta, onde o bebê consegue responder a estímulos externos, ouvir, ver e mover-se ao escutar a voz da mãe.

Longo; Andraus; Barbosa (2010) admitem que a participação do acompanhante durante o processo de parto envolve pontos que excedem sua entrada na sala onde ocorrerá o parto, portanto os profissionais necessitam se conscientizarem sobre o papel deste, precisam estar capacitados e ter aptidão para estabelecer uma relação com esse novo cliente, o que o leva a revisar sobre concepções profissionais, pessoais, de direitos de cidadãos, de gênero, entre muitos outros temas.

Souza; Gaíva; Modes (2011) em seu estudo ressalta a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais enfermeiros que participam no processo do parto, não só dando enfoque nas tecnologias apropriadas ao atendimento, nascimento e recém-nascido, mas também nos aspectos mais atualizados da humanização do processo de nascimento.

2.6.2 Incentivo ao parto normal

De acordo com Buchabqui; Abeche; Nickel (2011), a gestação é um processo natural da fisiologia feminina, que evolui na sua quase totalidade sem grandes alterações, o que não justifica o número demasiado de intervenções desnecessárias durante este processo.

Faleiros; Trezza; Carandina (2006) discorrem sobre o benefício do parto normal para o aleitamento materno, relatam que no parto normal por não haver dor de incisão nem efeito pós-anestésico como há na cesárea, há uma maior facilitação no processo de lactação da puérpera, além de que no parto normal é mais simples a introdução do primeiro contato para o estabelecimento do vínculo mãe e filho precoce, pois na cesárea esse vínculo pode ser adiado já que a criança dificilmente é colocada junto da mãe nas primeiras 6 horas pós-parto.

Segundo Mouta; Progianti (2009) muitas vezes a mulher escolhe o parto cesáreo porque tem medo da dor do parto normal e também está relacionada a cultura intervencionista e onipotente que se instalou no processo de medicalização do parto, onde se deseja estar no controle de tudo o que é natural e instintivo, recebendo uma interpretação onde o mostra como antigo e ultrapassado, além disso por diversas vezes a mulher é influenciada pelo próprio médico que não dá as devidas informações sobre riscos e contraindicações, somente está interessado porque lhe é conveniente e proveitoso para administração do seu tempo.

Reis; Patrício (2005) afirma que nos últimos tempos tem havido uma discussão sobre tornar o processo de parturição um contexto de promoção à saúde da mulher e seu RN, tem-se falado também em impedir os excessos de partos cesáreos sendo esse apenas um ponto dentre tantos outros a ser discutido para poder ser possível a construção de uma atenção à saúde mais humanizada.

Segundo Silva; Barbieri; Fustinoni (2011), a OMS e o Ministério da Saúde tem recomendado mudanças na assistência a paciente em processo de parturição, incluindo o resgate do parto normal, e propondo a estimulação da enfermeira obstetra nos cuidados ao parto, esperando como resultado que esse processo seja visto novamente como um processo fisiológico e natural da mulher, assim fazendo também com que haja a implementação do parto humanizado.

Corrêa; Exner; Ramos (2012) apontam no resultado de seu estudo que as gestantes que desejam ter um parto humanizado à domicílio devem atender a alguns requisitos como: realizar consultas pré-natais adequadamente; ser

acompanhada por médico ginecologista e enfermeiro obstetra e ainda apresentar uma gestação de baixo risco.

Ramos (2010) garante que o parto domiciliar não impõe nenhum risco a saúde da gestante, uma vez que a enfermeira que irá prestar a assistência disponibilizará na casa da gestante todos os cuidados que são utilizados no hospital, pois todos os insumos usados em emergências são levados ao domicílio da parturiente além de manter um convênio com médico e hospital, sendo assim o parto domiciliar é benevolente e reúne tecnologia e tradição, respeita a gestante e suas necessidades, garantindo um bom nascimento.

2.6.3 Motivos que dificultam a humanização

De acordo com Mabuchi; Fustinoni (2008) no Brasil é predominante um modelo assistencial bem diferente dos outros países, onde logo que a mulher é admitida na maternidade é afastada dos familiares e submetida a realização de intervenções que podem não ser necessárias e sem indicação, mesmo a equipe de saúde estando ciente dos direitos da paciente e do PHPN (Programa de Humanização do Pré-natal e Parto).

Alguns dos motivos que podem tornar difícil a implementação das políticas de humanização no parto podem estar ligados a fatores como salários baixos para a equipe de saúde, condições de trabalho ruins, infraestrutura precária e diagnósticos e tratamentos inadequados, além disso pode-se destacar também a falta de capacitação e conhecimento dos profissionais sobre o que realmente é a humanização (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

Souza; Gaíva; Modes (2011) mostram em seu estudo algumas dificuldades que enfermeiros encontraram para implementar a humanização do parto em seus serviços, dentre elas são citadas: a falta de estrutura física adequada nas instituições; a centralização do médico nas rotinas do hospital; a falta de conhecimento e desinteresse da equipe de saúde; a insuficiência de leitos na unidade; a escassez de funcionários; e por fim, mas não menos importante o despreparo da família.

Brasil (2003) assegura que é necessário haver mudanças nas maternidades brasileiras para que seja possível a prestação de uma assistência humanizada adequada as parturientes, um processo que compreende a adaptação da estrutura física das maternidades e dos equipamentos, na capacitação da equipe de saúde e

alterações até nas próprias atitudes tanto dos profissionais que atuam na equipe quanto das gestantes em relação ao parto.

Mesmo que o comparecimento do acompanhante no cenário do parto humanizado seja uma recomendação do Ministério da Saúde, é possível notar empecilhos quanto à sua participação, isso justifica-se pela estrutura inadequada das maternidades e principalmente pela falta de preparo da equipe de saúde que atua no parto em receber e lidar com a presença deste acompanhante (LONGOS; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

Ainda sobre o direito de ter acompanhante Longo; Andraus; Barbosa (2010) afirmam que as instituições necessitam adaptar, além do ambiente físico, as normas e rotinas para que seja possível que esse benefício se estenda a todos os envolvidos no evento da parturição.

Marque; Dias; Azevedo (2006) declaram que nos últimos anos tem-se discutido muito sobre humanização do nascimento e parto, porém é pouca a ação de implementação dessa política nos hospitais e maternidades brasileiros, pois o que se encontra na maioria dos casos é a falta de capacitação profissional e além disso uma grande resistência por parte dos profissionais em aceitar mudar a forma como prestam a assistência e seus serviços.

Em seu estudo, Marque; Dias; Azevedo (2006) analisaram que a percepção sobre humanização no parto pelos profissionais enfermeiros dependia do lugar onde prestavam serviço sendo que: os enfermeiros que trabalhavam em hospitais e maternidades percebiam como humanização somente o fato de não utilizar medicamentos e intervenções durante o trabalho de parto; enquanto os profissionais que trabalhavam em casas de parto entendiam a humanização essencialmente como o respeito pela gestante, acolhendo as escolhas da mulher para uma base na sua assistência ao parto. Logo fica perceptível que os profissionais que não tem ativa participação no trabalho de parto e nascimento como os que trabalham em maternidades, não tem conhecimento sobre o tema, o que torna difícil a adequação à assistência humanizada (Marque; Dias; Azevedo, 2006).

Mabuchi; Fustinoni (2008) apontam outro motivo que dificulta a assistência de qualidade aos pacientes relacionado a uma deficiência na equipe multiprofissional, sendo a desunião da equipe de saúde, quando os profissionais trabalham em grupo buscam um único objetivo e torna assistência personalizada, mas com essa falha relacionada ao grupo a assistência se torna insuficiente.

É bem observado que existem muitas divergências entre a equipe de enfermeiros e a equipe médica sobre a assistência ao parto, o que leva a ocorrer uma deficiência com relação ao trabalho de equipe deixando a assistência ao parto a desejar, mas quando os profissionais da saúde conseguem trabalhar em equipe é possível alcançar o mesmo objetivo de oferecer um cuidado assistencial de qualidade a mulher admitida para o trabalho de parto (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

Segundo Brasil (2011) há alguns fatores que dificultam uma assistência de qualidade as clientes que procuram a maternidade para o atendimento no trabalho de parto, dentre eles pode-se citar: primeiramente a falta de investimento na saúde; a indevida regulação do sistema de saúde; a fragmentação que ocorre dentro dos serviços de saúde; a falta de organização no serviço, incluindo os profissionais; e sobretudo a insistência em medicalizar e fazer intervenções dispensáveis em partos que podem ocorrer naturalmente.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica sobre a importância do enfermeiro na humanização no parto, o trabalho foi executado mediante uma revisão da literatura sobre os acontecimentos e assunto de casos, ocorrências, técnicas e métodos, obstáculos entre outros atos que podem discorrer sobre o que vem acontecendo com os processos de trabalho de parto ultimamente, que possibilitou descrever e analisar os procedimentos que devem ser utilizados na assistência do parto que evite a emissão de ações de maus tratos e consequentemente violência obstétrica, que é um desrespeito ao momento da parturiente.

Neste trabalho foi usada a metodologia de revisão bibliográfica, que segundo Marconi; Lakatos (2011) tem como propósito expor ao pesquisador tudo sobre o tema pesquisado, seja de forma escrita, falada ou filmada, não se baseando simplesmente em repetir o que já foi publicado sobre o tema em questão, mas sim produzir um exame sob um novo enfoque ou abordagem, podendo chegar a conclusões inovadoras.

Segundo Gil (2002), a revisão bibliográfica consiste em ser desenvolvida através de material elaborado antecipadamente, sendo a técnica exploratória baseada na análise de livros, artigos e conteúdos científicos.

O conceito de pesquisa bibliográfica é um estudo e análise de documentos de cunho científico tais como periódicos, livros, artigos científicos, ensaios críticos, enciclopédias e dicionários, constituindo a finalidade de oferecer aos pesquisadores o contato direto com obras, artigos ou documentos que abordem o tema em estudo. (OLIVEIRA, 2007).

Para Prestes (2012) a pesquisa bibliográfica é aquela que tem como objetivo tentar resolver um problema ou obter conhecimento através de informações procedentes de material sonoro, gráfico ou informatizado, sendo que para a efetivação desse tipo de pesquisa deve-se realizar um levantamento a respeito do tema a ser estudado explorando sobre os temas e tipos de abordagens já laboradas por outros autores e selecionar esses conhecimentos já catalogados em bibliotecas, editoras, internet, entre outras.

A revisão de literatura torna-se somente um pré-requisito para a efetivação de toda e qualquer pesquisa, ao passo que a pesquisa bibliográfica é uma fase essencial antes da preparação ou desenvolvimento de um trabalho seja estudo, artigo, tese ou dissertação, essa fase não pode ser aleatória, sendo assim ela

sugere um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções atentas ao objeto de estudo, sendo assim trata-se de um cenário organizado e sistematizado de métodos para alcançar as soluções necessárias, pois permite que o pesquisador alcance seus objetivos (LIMA; MIOTO, 2007).

Conforme esclarece Boccato (2006), a pesquisa bibliográfica busca a resolução de um problema por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas, esse tipo de pesquisa trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica, para tanto, é de suma importância que o pesquisador realize um planejamento sistemático do processo de pesquisa, compreendendo desde a definição temática, passando pela construção lógica do trabalho até a decisão da sua forma de comunicação e divulgação.

3.1 LOCAIS DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada em bibliotecas públicas, privadas e online, em repositórios acadêmicos e nas bases de dados: Scielo, REBEn e Lilacs, onde foram pesquisados 58 documentos dentre eles livros, manuais, artigos científicos e monografias.

Na pesquisa foram abordadas as teorias dos manuais, revistas, artigos científicos entre outros, onde se procurou explorar os resultados exitosos, também foram levados em consideração os conhecimentos já adquiridos durante a vida acadêmica, principalmente sobre parto e trabalho de parto.

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Posteriormente à leitura inspeccional foram selecionados dos 58 documentos pesquisados, apenas 49 documentos que estavam em conformidade com o tema do presente trabalho, onde se encontram: 5 manuais; 31 artigos científicos; 10 livros; e 3 monografias. Todos os documentos selecionados tiveram suas publicações entre os anos de 2002 e 2016.

Foram utilizados como descritores e marcadores para pesquisa os seguintes termos: Humanização; parto; nascimento; rede cegonha; enfermeiro na humanização, violência obstétrica; gestação de risco; assistência no parto. A seleção baseou-se na conformidade dos limites dos assuntos aos objetivos deste

trabalho, ou seja, aqueles em que se encontravam os descritores pretendidos e estavam no período de publicação proposto, e desconsiderados aqueles que não abordavam o assunto sob o ponto de vista da humanização no parto.

Os critérios de exclusão foram documentos que: estavam indisponíveis; incompletos; sem referências; em outro idioma, publicados até o ano de 2001, não faziam uso de linguagem técnica; e aqueles que não condiziam com o tema a ser abordado na pesquisa.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Visto que o presente estudo se trata de uma revisão bibliográfica, onde de acordo com os autores citados anteriormente consiste em uma pesquisa minuciosa de documentos já revisados e publicados todos devidamente referenciados garantindo assim sua autoria, portanto não se vê a necessidade de autorização do comitê de ética.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Selecionou-se 58 literaturas, apenas 49 documentos estavam de acordo com o tema, bem como os objetivos da pesquisa, então distribuiu-se da seguinte forma: 3 monografias, 10 livros, 5 manuais e 31 artigos científicos. Todas as bibliografias pré-estabelecidas para o estudo tiveram suas publicações entre os anos de 2002 e 2016. Os termos utilizados como descritores e marcadores foram os seguintes: humanização; parto; nascimento; rede cegonha; enfermeiro na humanização; violência obstétrica; gestação de risco; assistência no parto.

O trabalho de Fialho (2008) teve como proposta a contribuição para a atuação do enfermeiro no parto humanizado, tendo sido realizada uma revisão de literatura de estudos publicados entre 1987 e 2008, as buscas foram realizadas em bibliotecas públicas, privadas e nas bases de dados, nestes locais foram encontrados 7 livros, 8 manuais, 6 monografias e 21 artigos científicos, totalizando 42 referências no estudo, para estas buscas foram utilizados os seguintes descritores norteadores deste trabalho: papel do enfermeiro; humanização; assistência ao parto.

No gráfico abaixo, pode-se observar uma comparação dos estudos:

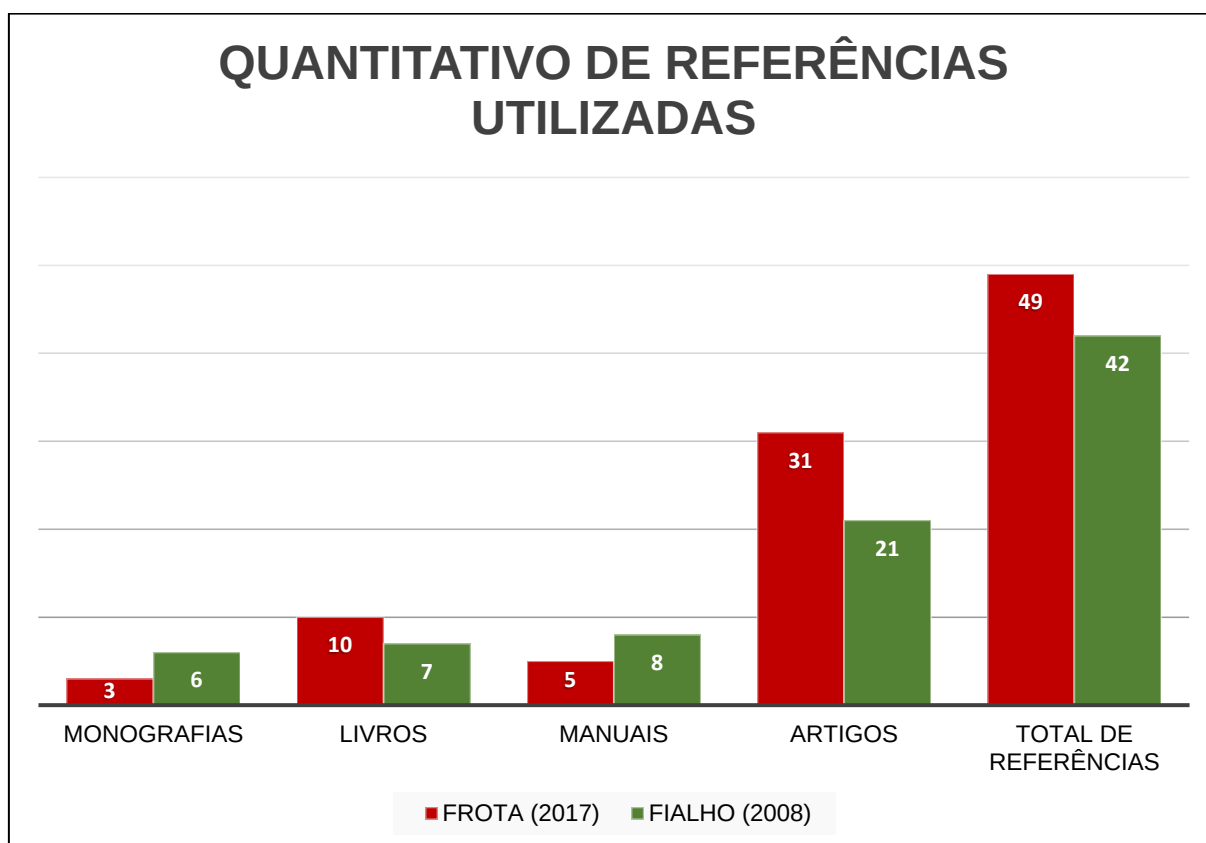


Gráfico 1-Quantitativo de Bibliografias e suas especificações literárias

Foram obtidos mediante pesquisa bibliográfica conforme os dados acima, através das palavras chaves citadas e após a seleção das literaturas com abordagem semelhantes ao estudo, observa-se que ao comparar os trabalhos o total de referências utilizadas é quase semelhante, embora a comparação dos tipos de estudos usados seja desigual.

Conforme o quadro a seguir, pode-se observar os artigos utilizados em toda a fundamentação teórica da monografia:

ANO	TÍTULO DA OBRA	AUTORES
2002	O Cuidado em Enfermagem Materna.	LOWDERMILK; PERRY; BOBAK
2004	Satisfação das mulheres com a assistência ao parto.	DOMINGUES; SANTOS; LEAL
2005	Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto.	DIAS; DOMINGUES
2005	Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.	DINIZ
2005	O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto.	LOPES; DONELLI; LIMA; PICCININI
2005	Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina.	REIS; PATRÍCIO
2005	Humanização e Atenção Primária à Saúde.	TEIXEIRA
2006	Aborto, parto e puerpério: assistência humanizada a mulher.	BRASIL
2006	Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração.	FALEIROS; TREZZA; CARANDINA
2006	A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento.	MARQUE; DIAS; AZEVEDO
2006	Obstetrícia básica.	NEME
2007	Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de Ginecologia e Neonatologia.	BARACHO
2007	Assistência ao parto normal no domicílio.	DAVIM; MENEZES
2007	O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR.	SODRÉ; LACERDA
2008	Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil.	LEAL
2008	O Significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado.	MABUCHI; FUSTINONI
2008	Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher.	RICCI
2009	A pele do recém-nascido prematuro sob a	MARTINS; TAPIA

	avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea.	
2009	Estratégias de luta das enfermeiras da maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto.	MOUTA; PROGIANTI
2009	Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas.	RATNER
2010	Manual Técnico Gestação de Alto Risco.	BRASIL
2010	Gestação de risco: percepção e sentimentos das gestantes com amniorrexe prematura.	COSTA; FILHO; BEZERRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA; SILVA
2010	Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde.	LONGO; ANDRAUS; BARBOSA
2010	Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional.	MAIA
2010	Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina.	NEUMANN; TANAKA; VICTORA; CESAR
2010	Parto Domiciliar: visão das enfermeiras obstétricas e suas clientes.	RAMOS
2011	Manual prático para implementação da Rede Cegonha.	BRASIL
2011	Assistência pré-natal.	BUCHABQUI; ABECHÉ; NICKEL
2011	Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias.	GONÇALVES; AGUIAR; MERIGHI; JESUS
2011	Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil.	NAGAHAMA; SANTIAGO
2011	Resultado perineal nas posições de parto lateral esquerda versus vertical semi sentada: estudo randomizado.	SCHIRMER; FUSTINONI; BASILE
2011	Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado.	SILVA; BARBIERI, M.; FUSTINONI
2011	A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto.	SOUZA; GAÍVA; MODES
2012	Atenção ao pré-natal de baixo risco.	BRASIL
2012	Enfermeiras Obstétricas no Parto sem Distócia, Hospitalar e/ou Domiciliar: um estudo comparativo.	CORRÊA; EXNER; RAMOS
2012	Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas.	MALHEIROS; ALVES; RANGEL; VARGENS
2012	A Humanização da Assistência ao Parto	REBELLO; NETO

	na Percepção de Estudantes de Medicina.	
2013	Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal.	JAMAS; HOGA; REBERTE
2013	Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais.	KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH
2013	Obstetrícia	MONTENEGRO; REZENDE
2014	Humanização do parto e do nascimento.	BRASIL
2016	Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil.	BARBOZA; MOTA

Quadro 1-Referências trabalhadas na fundamentação teórica

4.1 O PARTO HUMANIZADO

No decorrer do estudo percebe-se que vários autores tem o mesmo conceito sobre parto humanizado, onde declaram que o principal pilar da humanização se baseia no respeito à parturiente e suas escolhas.

Logo pode-se afirmar que o conceito de Reis; Patrício (2005) corrobora com essa informação pois os mesmos asseguram que a humanização do parto é um ato onde serão promovidas situações para a inibição do mal-estar da parturiente, redução dos riscos para mãe e feto, e também possibilitar o conforto e segurança do acompanhante escolhido pela mulher.

Pois promover o bem-estar de um paciente é uma das mais simples formas de respeitar os seus direitos, portanto temos o conceito acima como uma das principais propostas da humanização.

Mabuchi; Fustinoni (2008) apoiam essa reflexão, pois afirmam que humanização no parto significa oferecer às mulheres os seus próprios direitos: um atendimento seguro, afável e que leva em consideração suas necessidades fisiológicas, psicológicas, emocionais, sociais e espirituais, independentemente do profissional ou instituição onde ela se encontra no momento do parto

Outro autor também cita o respeito em seu conceito sobre humanização no seu estudo: Souza; Gaíva; Modes (2011) onde afirma que existem 4 princípios fundamentais da bioética no ato de cuidar do ser humano, que devem ser usados para nortear as ações do profissional, são eles: respeito pela pessoa, onde deve-se respeitar a sua autonomia sobre suas escolhas, além de resguardar danos ou abusos aos indivíduos com autonomia enfraquecida e vulneráveis como o bebê; a beneficência, onde deve-se ao máximo promover benefícios a pessoa; a não

maleficência, onde é necessário minimizar danos ou prejuízos ao cliente; e o princípio da justiça, onde o dever é cuidar para que todos os indivíduos tenham o direito de receber uma assistência de qualidade.

Alguns estudos afirmam que a humanização trata-se de colocar todo o enfoque das ações sobre a parturiente, sendo ela a principal atriz desse momento e não a equipe de saúde.

Logo, de acordo com Rebello; Neto (2012), humanização do parto constitui centralizar a gestante e no controle das decisões sobre o que acontecerá e pode ser compreendida como diminuição do excesso de intervenção médicas e fármacos no parto, empoderamento da mulher e prática obstétrica baseada em evidência.

O estudo de Gonçalves *et al.* (2011) corrobora com o conceito de Rebello; Neto, pois afirma que o parto humanizado consiste em permitir que a parturiente atue tendo o controle total de suas ações, participando das decisões do seu próprio parto íntima e ativamente, colocando a equipe de saúde somente como facilitadora de seu parto e sendo ela mesma o centro do trabalho de parturição

Fialho (2008) considera como parto humanizado aquele que segue as recomendações da organização mundial de saúde, que são as seguintes: incentivo ao parto normal; estímulo a mãe amamentar o filho; alojamento em conjunto; presença do acompanhante da escolha da paciente; alívio da dor através de massagens; uso reservado de ocitocina; analgesia; e redução das intervenções no processo de trabalho de parto juntamente com a abolição de práticas consideradas violência obstétrica.

Os assistência recomendada pelo Ministério da saúde endossam a consideração de Fialho (2008), pois afirma que a humanização é um artifício que visa privilegiar o bem-estar da parturiente e recém-nascido, onde o objetivo é ter o mínimo de intervenções possíveis, levando em conta todos os processos biológicos e fisiológicos que estão ocorrendo com a mulher em trabalho de parto, pratica o uso correto das tecnologias que visam facilitar o trabalho de parto quando necessário, levando em conta que a assistência consiste em acompanhamento contínuo (BRASIL, 2011).

Algumas pesquisas apontam o parto domiciliar como principal modo de humanização do parto, onde a mulher conta com uma equipe organizada para ampará-la e ao mesmo tempo com o conforto de seu lar e presença dos familiares desejados nesse momento.

Corrêa; Exner; Ramos (2012) apontam no resultado de seu estudo que as gestantes que desejam ter um parto humanizado à domicílio devem atender a alguns requisitos como: realizar consultas pré-natais adequadamente; ser acompanhada por médico ginecologista e enfermeiro obstetra e ainda apresentar uma gestação de baixo risco.

Já Ramos (2010) discorre em seu estudo sobre parto domiciliar, onde mostra nos resultados que todas as mulheres que foram entrevistadas ficaram extremamente satisfeitas com os cuidados prestados na assistência das enfermeiras obstétricas, afirmando que os partos foram muito tranquilos e que repetiriam a experiência em uma futura gravidez.

4.2 VISÃO DO ENFERMEIRO E EQUIPE SOBRE PARTO HUMANIZADO

Malheiros *et al.* (2012) afirma que no seu estudo fica nítido o nível de conhecimento que os profissionais entrevistados possuem sobre as políticas de humanização, quando os mesmos declaram que praticam os princípios institucionais impostos pelos órgãos e usam esses princípios para a resolução de questões que aparecem diariamente no serviço que prestam como: fisiologia, autonomia, classificação de risco e conduta expectante.

Sob a visão de Fialho (2008) é necessário que o enfermeiro seja conhecedor da condição que sua paciente em trabalho de parto apresenta, pois somente após uma avaliação é possível interpretar e compreender o sofrimento da parturiente, permitindo a seleção de estratégias adequadas para a solução das questões relacionadas à futura mãe e também dos cuidados assistências que devem ser propostos a ela.

Em seu estudo, Marque; Dias; Azevedo (2006) analisaram que a percepção sobre humanização no parto pelos profissionais enfermeiros dependia do lugar onde prestavam serviço sendo que: os enfermeiros que trabalhavam em hospitais e maternidades percebiam como humanização somente o fato de não utilizar medicamentos e intervenções durante o trabalho de parto; enquanto os profissionais que trabalhavam em casas de parto entendiam a humanização essencialmente como o respeito pela gestante, acolhendo as escolhas da mulher para uma base na sua assistência ao parto. Logo fica perceptível que os profissionais que não tem ativa participação no trabalho de parto e nascimento como os que trabalham em

maternidades, não tem conhecimento sobre o tema, o que torna difícil a adequação à assistência humanizada (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

4.3 A MULHER NO PARTO

É necessário que haja um entendimento por parte da mulher, em que ela deve considerar que o período gestacional, o trabalho de parto e o nascimento não são uma enfermidade, é um processo inerente ao acontecimento extraordinário de ser mãe, e que devem estar atentas em procedimentos, ações e técnicas, que podem favorecer a violência obstétrica praticada pelos médicos e demais profissionais de saúde contra ela.

Os autores dos estudos revisados concordam que o parto é uma experiência surreal para a mulher gestante, sendo um processo onde há o nascimento de um bebê e também de uma mãe.

Portando pode-se levar em consideração a afirmação de Rebello; Neto (2012) onde diz que o nascimento é algo de extrema importância, sendo um dos eventos mais importantes em toda a vida da mulher, desta forma pode afetar o resto da sua vida, tanto física como emocionalmente.

A afirmativa de Lopes *et al.* (2005) corrobora com o conceito acima, pois cita que a escolha do tipo de parto é uma experiência de extrema importância para mulher, uma vez que se trata de um evento que acompanha a gestação puerpério, sendo que durante a gravidez ele se antecipa sob a forma de expectativas e logo após ser concluído o parto continua na forma de lembranças e sentimentos que irão acompanhar essa mulher durante toda sua vida e podendo também influenciar nas seguintes gravidezes.

Sendo assim pode levar em consideração que a visão da mulher sobre o parto poderá ser negativa ou positiva de acordo com a assistência que foi prestada no seu trabalho de parto.

Como confirmação desta consideração tem-se a concepção de Davim; Menezes (2007) onde alega que a mulher poderá ter dois pontos de visão sobre a experiência do trabalho de parto e parto em si, podendo ser ou muito bom ou muito ruim, a experiência pode ser mais ou menos prazerosa, positiva ou traumática, tudo isso dependendo de uma série de fatores que podem estar relacionados diretamente a gestação ou ao sistema de saúde que irá lhe acolher durante o parto.

Reis; Patrício (2005) afirmam que existem alguns fatores que podem aumentar a percepção da dor pela paciente, entre eles pode-se citar: o medo tanto da própria dor quanto do que poderá acontecer com ela e bebê; estresse; tensão; frio; fadiga; fome; solidão; abandono social e afetivo; e principalmente a falta de conhecimento sobre o que está acontecendo consigo.

Mazzali; Gonçalves (2008) afirma que o medo que a paciente sente durante o início do trabalho de parto gera uma certa tensão emocional onde produz na gestante uma impressão de dor, assim é formada a tríade “medo-tensão-dor”, essa dor que parturiente sente é ativada pelo sistema nervoso autônomo, e consequentemente aumenta o medo que por sua vez gera uma tensão maior ainda no útero, por conseguinte há uma redução da circulação e aumento nos níveis de tensão e dor, o que acaba impedindo o parto normal.

Os dois autores citados acima concordam que o medo da paciente é um fator que pode dificultar o processo de parturição, podendo até levar ao aumento da percepção de dor pela parturiente, tem-se então a necessidade de explorar as soluções para a atenuação do medo e estresse da mulher.

Mouta; Proganti (2009) afirmam que durante o século XX vários processos simples da fisiologia humana foram profundamente medicalizados, e o parto constitui uma forma especial desta medicalização, onde as mulheres aprenderam que esse processo de parturição não poderia ocorrer em casa com parteiras e sim no âmbito hospitalar sendo realizado por médicos, o que por sua vez acarretou em um aumento no número de cesarianas no Brasil.

Longos; Andraus; Barbosa (2010) corroboram com a afirmação acima quando alegam que o parto em si é um processo de decorrência natural que abrange fatores psicológicos, biológicos e socioculturais, assim sendo ele compõe para a mulher uma experiência que pode causar um forte impacto emocional, mas com a transição que houve de parto domiciliar para o parto hospitalar a mulher deixou de ser a atriz do seu momento para ser centralizadas todas as ações do parto ao médico, o que interfere na expressão dos fatores citados.

Levando em consideração as citações acima, pode-se afirmar que ao longo das décadas a mulher foi ensinada e coagida a acreditar que o parto não é um processo natural e que deve ocorrer estritamente no âmbito hospitalar, com centralização no médico e nas diversas intervenções que podem ser realizadas.

4.4 OS CUIDADOS DO ENFERMEIRO

No que se refere aos cuidados, a enfermagem assume o protagonismo com a figura do enfermeiro obstetra, profissional voltado para uma assistência mais humanizada que respeita a fisiologia da mulher, sendo que o procedimento do “parto normal sem distorcia”, é realizado por enfermeiro obstetra (BRASIL, 2003).

Logo tem-se o enfermeiro como principal coadjuvante no parto humanizado, uma vez que a parturiente é tida como personagem principal do momento.

Brasil (2011) afirma que o enfermeiro tem um papel muito importante no parto humanizado, onde o profissional pode pôr em prática todo o seu conhecimento em prol do bem-estar da parturiente e RN.

Alguns cuidados citados por Brasil (2011) são voltados para a comunicação e boa relação entre profissional e paciente como: orientar, dialogar, promover suporte e esclarecer dúvidas.

Mabuchi; Fustinoni (2008) citam que os enfermeiros devem: prover um ambiente parecido com a casa da parturiente, tendo em vista a importância dos familiares no processo de parturição, de um ambiente acolhedor, confortável e limpo; oferecer dieta adequada, utilizar medidas para diminuição da dor; e restringir a prática de intervenções invasivas e dispensáveis.

Davim; Menezes (2007) afirma que o enfermeiro deve apresentar cada integrante da equipe que vai lhe assistir informando nome e papel, comunicar sobre todos os procedimentos a que será submetida, lhe propiciar um ambiente agradável que seja acolhedor, limpo e confortável, esclarecer todas as suas dúvidas e inseguranças.

De acordo com Baracho (2007) é possível o profissional utilizar-se de técnicas que consistem em massagens para o alívio da dor em parturientes, pode-se fazer pressões firmes e circulatorias, fricção, toque leve e técnica de efferage nas áreas que as gestantes mais se queixam, que são geralmente região lombar, sacral, abdominal e membros inferiores.

Mazzali; Gonçalves (2008), garantem que é importante o enfermeiro encorajar indicar algumas posições a gestante que podem oferecer maior conforto e permitir melhor a dilatação do colo uterino.

Marque; Dias; Azevedo (2006) declaram que o enfermeiro deve envolver o recém-nascido em um campo aquecido e colocá-lo no abdome da mãe para que ela possa acaricia-lo, assim promovendo um contato precoce.

Corroborando com a afirmação de Marque; Dias; Azevedo (2006) tem-se o conceito de Souza; Gaíva; Modes (2011) onde declaram que o contato precoce entre mãe e filho é muito importante pois contribui para a formação do vínculo, uma vez que durante o pós-parto imediato entre 30 a 60 min, este RN se encontra no período chamado de inatividade alerta, onde o bebê consegue responder a estímulos externos, ouvir, ver e mover-se ao escutar a voz da mãe.

Davim; Menezes (2007) apontam para uma questão importante que é a forma com que é denominada a parturiente, pois muitos profissionais apelam para o uso de termos como mãezinha para chamar a paciente, o que é inconveniente pois a parturiente no parto humanizado deve ser tratada e respeitada como um ser individual, e o mínimo que o profissional deve fazer é chama-la pelo nome.

4.5 DIFICULDADE DA IMPLANTAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NO PARTO

Humanização no parto é uma política magnífica, porém de acordo com os autores não basta apenas conhecimento do enfermeiro sobre a forma como humanizar. Existem diversos fatores além do desconhecimento da equipe que interferem na implantação dessa assistência.

Alguns dos motivos que podem tornar difícil a implementação das políticas de humanização no parto podem estar ligados a fatores como salários baixos para a equipe de saúde, condições de trabalho ruins, infraestrutura precária e diagnósticos e tratamentos inadequados, além disso pode-se destacar também a falta de capacitação e conhecimento dos profissionais sobre o que realmente é a humanização (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

Souza; Gaíva; Modes (2011) mostram em seu estudo algumas dificuldades que enfermeiros encontraram para implementar a humanização do parto em seus serviços, dentre elas são citadas: a falta de estrutura física adequada nas instituições; a centralização do médico nas rotinas do hospital; a falta de conhecimento e desinteresse da equipe de saúde; a insuficiência de leitos na unidade; a escassez de funcionários; e por fim, mas não menos importante o despreparo da família.

Segundo Brasil (2011) há alguns fatores que dificultam uma assistência de qualidade as clientes que procuram a maternidade para o atendimento no trabalho de parto, dentre eles pode-se citar: primeiramente a falta de investimento na saúde; a indevida regulação do sistema de saúde; a fragmentação que ocorre dentro dos

serviços de saúde; a falta de organização no serviço, incluindo os profissionais; e, sobretudo a insistência em medicalizar e fazer intervenções dispensáveis em partos que podem ocorrer naturalmente.

No quadro a seguir pode-se observar uma apresentação dos problemas citados pelos autores sobre a dificuldade da implementação da humanização no parto:

AUTOR	MOTIVOS
Mabuchi; Fustinoni (2008)	- Salários baixos; - Condições de trabalho ruins; - Infraestrutura precária - Diagnósticos inadequados; - Falta de capacitação profissional.
Souza; Gaíva; Modes (2011)	- Falta de estrutura adequada; - Centralização do médico nas rotinas; - Desinteresse da equipe de saúde; - Insuficiência de leitos na unidade; - Escassez de funcionários; - Despreparo da família.
Brasil (2011)	- Falta de investimento na saúde; - Irregulação do sistema de saúde; - Fragmentação dos serviços de saúde; - Falta de organização no serviço, - Medicalização e intervenção constante.

Quadro 2-Motivos que dificultam a humanização no parto

Marque; Dias; Azevedo (2006) relatam além da falta de capacitação da equipe o que se encontra ainda é uma grande resistência por parte dos profissionais em aceitar mudar a forma como prestam a assistência e seus serviços.

5 CONCLUSÃO

Com base em artigos e livros de autores renomados da área de obstetrícia, é possível identificar que a humanização do trabalho de parto contribui de forma positiva para os dois atores principais deste contexto, mãe e filho, com uma menor incidência de prematuridade, doenças respiratórias, reduzir o número de cirurgias cesarianas, apenas para casos de comprovada indicação médica bem como estímulo imediato a amamentação e rápida recuperação no puerpério.

O parto humanizado como foi descrito ao longo do estudo é uma tentativa de proteger o nascimento e devolver a natureza biológica deste processo, tem como objetivo a promoção de um parto e nascimento benéficos, podendo possibilitar a prevenção de morbimortalidade materna e perinatal, por meio de uma série de condutas e procedimentos recomendados pelo ministério da saúde, com base no respeito à mulher e a fisiologia do parto.

A busca pelo parto humanizado necessita o entendimento de que o parto é um resultado da vida sexual de uma mulher e um processo fisiológico que na maioria das vezes não precisa de intervenções. Esse conhecimento toda a equipe de saúde deve possuir, principalmente do enfermeiro que permanece como o maior responsável pelas condutas que tornam a assistência humanizada.

Portanto conclui-se que a humanização no parto é um acontecimento imprescindível para o bem-estar da parturiente e recém-nascido. E o enfermeiro como um profissional da saúde tem um papel fundamental nesse evento, onde ele não só presta assistência hospitalar, mas sim cria uma relação de respeito e confiança com a mulher a partir das condutas recomendadas, promove um relaxamento na gestante que facilita o processo de parto, resultando em uma experiência maravilhosa para a mulher.

REFERÊNCIAS

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia:** aspectos de Ginecologia e Neonatologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2007.

BARBOZA, L. P.; MOTA, A. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. Salvador, v. 5, n. 1, p. 119-129, 2016.

BOCCATO, V. R. C. Metodologia da Pesquisa Bibliográfica na Área Odontológica e o Artigo Científico como Forma de Comunicação. **Revista Odontol. Univ. Cidade São Paulo**. São Paulo, v. 18, n. 3, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aborto, parto e puerpério:** assistência humanizada a mulher: Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico Gestação de Alto Risco**. Brasília, ed. 5, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: 2011.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde: Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Universidade estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde. ed.1, v. 4, 2014.

BUCHABQUI, J. A; ABEICHE, A. M.; NICKEL, C. Assistência pré-natal. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CORRÊA. E.; EXNER. S. R.; RAMOS. V. P. **Enfermeiras Obstétricas no Parto sem Distócia, Hospitalar e/ou Domiciliar: um estudo comparativo**. Londrina-PR: Centro Universitário Filadélfia, 2012.

COSTA, M. C.; FILHO, J. G. B.; BEZERRA, M. G. A.; OLIVEIRA, M. I. V.; OLIVEIRA, R. M. C.; SILVA, A. R. V. Gestação de risco: percepção e sentimentos das gestantes com amniorrexe prematura. **Revista Electrónica de Enfermagem Global**. 2010 out.

DAVIM, R. M. B.; MENEZES, R. M. P. Assistência ao parto normal no domicílio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.9, n.6, p. 62-68. 2007.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3, 2005.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Satisfação das mulheres com a assistência ao parto. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 20, p. 52-62, 2004.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de nutrição**. Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006.

FIALHO, T. C. **O papel do enfermeiro no parto humanizado**. Viçosa: EVATA, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. – São Paulo: Atlas, 2002.

GONCALVES, R.; AGUIAR, C. A.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Revista escola enfermagem – USP**. São Paulo, v.45, n.1, p. 62-70. 2011.

HAUCK, Flávia Terra. Fatores Associados À Referência Da Mulher Na Escolha Do Tipo De Parto. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem: Belo Horizonte, 2010.

JAMAS, M. T.; HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. **Caderno de. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2436-2446. 2013.

KOETTKER, J. G.; BRUGGEMANN, O. M.; DUFLOTH, R. M. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. **Revista escola enfermagem – USP**. São Paulo, 2013, v.47, n.1, p. 15-21. 2013.

LEAL, M. C. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 24, n. 8, p. 1724-1725, 2008.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katál**. Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007.

LONGO, C. S. M.; ANDRAUS, L. M. S.; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica Enfermagem**. v. 12, n. 2, p. 386-391, 2010.

LOPES, R. C. S.; DONELLI, T. S.; LIMA, C. M.; PICCININI, C. A. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. Ver. De Psicologia: **Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 2, n 18, p. 247-254, 2005.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. O **Cuidado em Enfermagem Materna**. Tradução de: Ana Thorell. 5ed. São Paulo: Artmed, 2002. 928p. Título original: Maternity Nursing.

MABUCHI, A. S.; FUSTINONI, S. M. O Significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. **Acta Paul. Enferm.** v. 21, n. 3, p. 420-426, 2008.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MALHEIROS, P. A.; ALVES, V. H.; RANGEL, T. S. A.; VARGENS, O. M. C. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis. v. 21, n. 2, p. 329-337, 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery R Enferm.** v. 10, n. 3, p. 439-447, 2006.

MARTINS, C. P.; TAPIA, C. E. V. A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. **Rev Bras Enferm**. Brasília. v. 62 n. 5, p. 778-783, 2009.

MAZALLI, L.; GONÇALVES, R. N. Análise do tratamento fisioterapêutico na diminuição da dor durante o trabalho de parto normal. **Ensaio e Ciência**. São Paulo. v. 12, n. 1, p. 7-17, 2008.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, J. F. **Obstetrícia**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 1275 p.

MOUTA, R. J. O.; PROGIANTI, J. M. Estratégias de luta das enfermeiras da maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v. 18, n. 4, p. 731-740. 2009.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. **Revista brasileira de saúde materna infantil**. Recife 2011.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2006. 1379 p.

NEUMANN, N. A.; TANAKA, O. Y.; VICTORA, C. G.; CESAR, J., A. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Santa Catarina, v.6, n.4, p. 307-318. 2010.

PRESTES, M. L. M. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico**: do planejamento aos textos, da escola academia. 4ª ed. São Paulo: Rêspel. 2012.

RAMOS, V. P. **Parto Domiciliar: visão das enfermeiras obstétricas e suas clientes**. Bandeirantes-PR: Universidade Estadual do Norte do Paraná, 2010.

RATNNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface comun. saúde educ**. v.13, supl.1, n. 759-768, 2009.

REBELLO, M. T. M. P.; NETO, J. F. R. A Humanização da Assistência ao Parto na Percepção de Estudantes de Medicina. **Revista brasileira de educação médica**. v. 36, n. 2, p. 188-197, 2012.

REIS, A. E.; PATRÍCIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10 (sup), p. 221-230, 2005.

RICCI, S. S. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 712p.

SCHIRMER, J.; FUSTINONI, S. M.; BASILE, A. L. O. Resultado perineal nas posições de parto lateral esquerda versus vertical semi sentada: estudo randomizado. **Acta paul. Enfermagem**. v. 24, n. 6, p. 745-750, 2011.

SILVA, L. M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.64, n.1, p. 60-65, 2011.

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A.; O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v.1, n.41, p. 82-89, 2007.

SOUZA, T. G.; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre. v. 32, n. 3, p. 479-486, 2011.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v.10, n.3, p. 585-597, 2005.