

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

REGINA PONTILE DIAS

**ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO SEM AÇÃO
FARMACOLÓGICA: uma revisão bibliográfica**

Itaituba-PA

2019

REGINA PONTILE DIAS

**ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO SEM AÇÃO
FARMACOLÓGICA: uma revisão bibliográfica**

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

Orientadora: Enf.^a Esp. Bruna Santana de Souza
Soares

Itaituba-PA

2019

REGINA PONTILE DIAS

ASSISTENCIA AO PARTO HUMANIZADO SEM AÇÃO
FARMACOLOGICAS: uma revisão bibliográfica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Enf.^a Esp. Bruna Santana de Souza
Soares

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Bruna Santana de Souza Soares Nota: _____
Enf.^a Esp. Bruna Santana de Souza Soares

Avaliador: Margaret Feneira de Aguiar Nota: _____
Prof. Nome, titulação

Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação

Resultado: _____ Média: _____

Data: ____ de ____ de 2019

Dedico este trabalho ao meu Criador, por me dar saúde e forças para enfrentar os obstáculos, a minha mãe e ao meu pai que lá do céu eles estão a contemplar minha vitória e aos meus filhos que sempre estiveram comigo nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

E chegou a hora de agradecer! Meus olhos estão cheio de lagrimas, pois durante a caminhada em busca desse sonho foram tantos os obstáculos que tive medo desse dia não chegar.

Agradeço primeiramente ao **Senhor meu Deus**, pois antes desse sonho assistir no meu coração já existia no coração dele, por isso tornou- real obrigada meu papai querido, por cuida de mim nos mínimos detalhes e por nunca permitir que eu desistisse desse tão sonhado sonho.

A minha mãe que sonhou comigo, sempre intercedendo por mim, me incentivando até o oitavoperíodos. MasDeus precisou dela, lá no céu e a levou, mas sei que ela está a me contempla e cuidar de mim, só que em um nível mais alto.Obrigada minha Rapunzel; Obrigada minha Mãe querida por ter me dado o dom da vida, ensinou - me a sonhar e realizar.Foi com você que aprendi a ser forte e lutar pelos meus sonhos.

Ao meu Pai que me deixou com cinco aninhos, vítima de um infarto e com a pensão que deixou para nosso sustento, minha mãe pagou meu curso técnico em Enfermagem; mas antes de ir procêu, profetizou na minha vida e sei que está muito feliz em ver suas palavras se cumprirem na minha trajetória.

Aos meus filhos **Ione Pontile** e **Sanniil Lucas Pontile** pelas as orações, cuidados, carinho,incentivo, companheirismo e por todo amor. Vocês são a maior prova da existência de Deus, foi olhando pra vocês que ganhei forças pra ir além, foi por vocês que ganhei forças todos os dias para continuar essa longacaminhada em busca do nosso tão esperado sonho, vocês foram e sempre serão meu porto seguro.

Ao meu esposo **Kleber Rocha** pelo apoio, preocupação, cuidados, paciência e carinho o meu muito obrigado.

Ao meu filho do coração **Júnior Silva** e sua mãe**Claudileia**, por me motivarem sempre a prosseguir, por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis da minha vida, que foi a trajetória da doença da minha mãezinha, até sua partida para glória, nossa eu não tenho palavras pra agradecer, somente Deus para compensá-los, muito, muito obrigada.

Também ao**Senhor Ademar Gomes Ribeiro**, por ter sido meu avalista no Fies, acreditando e confiando em mim, por ter sido meu amigo me incentivando sempre a prosseguir, o meu muito obrigado!

A meu irmão **Elias** e sua esposa **Elizangela**, que abriu as portas da sua casa, quando vim pra esta cidade em busca do meu sonho, acreditaram e sonharam junto comigo, Obrigada! Só Deus para recompensar vocês.

Minha irmã **Nilza** e sua família, minha irmã **Railene** que mesmo de longe torceram por mim, obrigada por tudo queridas.

São tantos que preciso agradecer se fosse escrever não caberia aqui. Resumindo obrigada família, obrigada amigos da faculdade: **Guiomar, Brenda, Carla, Joelma, Jordânia** e a todos da minha turma de Enfermagem 2014, muito obrigada, pois todos diretamente ou indiretamente contribuíram para meu crescimento, e para a realização do meu sonho, guardarei cada um com todo amor no meu coração.

*Conheça todas as teorias, domine todas
as técnicas, mas ao tocar uma alma humana
seja apenas outra alma humana.*
(Carl Jungg)

RESUMO

Sobre parto, entende-se que não é um evento patológico, e sim natural e biológico, também conhecido como parto humanizado. Com o movimento da humanização do parto, está inserido os cuidados não farmacológicos de alívio da dor, esse movimento tem crescido nos últimos anos, e tem a finalidade de tornar o parto o mais natural possível, diminuindo as intervenções, cesarianas, administração de fármacos. Assim, para promover a desmedicalização, utilizam-se os cuidados não farmacológicos que são alternativas que podem ser empregadas para alívio da dor dispensando os anestésicos e analgésicos. No entanto, observa-se que ainda existe a prática dos profissionais de saúde de transformar o nascimento e parto em um fenômeno patológico, sendo o mesmo totalmente medicalizado. Nessa reflexão, este estudo será direcionado para o seguinte questionamento: quais os principais entraves que dificulta a incorporação das práticas humanizadas da equipe de enfermagem à parturiente? Nesse cenário buscamos como objetivo compreender as práticas não farmacológicas durante a assistência de enfermagem ao parto humanizado. Trata-se de uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa. Por humanização da assistência ao parto, compreende um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. Foi constatado no decorrer desta pesquisa, o quanto são os benefícios dos métodos não farmacológico ao parto normal, estes devem ser estimulados pelos profissionais que prestam um assistência com intuito do alívio da dor das parturientes. Dentre essas ações estão: deambulação e mudanças de posição, exercícios de relaxamento, massagem, presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto e ate mesmo contribui para o alívio da dor. Reforça-se ainda, que por mais tecnologia que exista para atender a mulher em trabalho de parto, essa assistência jamais será completa se não emanar da atitude ética do profissional com atos acolhedores e humanos. A concretização dessa pesquisa foi de importante, pois servira de base, para os profissionais da saúde para que possa ampliar seus conhecimentos sobre o assunto abordado, conhecendo de perto como resolver os desafios acerca do parto humanizado sem ação farmacológicas.

Palavras chaves: Parto Humanizado. Métodos não Farmacológicos. Enfermagem.

ABSTRACT

About childbirth, it is understood that it is not a pathological event, but natural and biological, also known as humanized childbirth. With the movement of the humanization of childbirth, nonpharmacological care of pain relief is inserted, this movement has grown in the last years, and has the purpose of making the delivery as natural as possible, reducing interventions, cesarean sections, administration of drugs. Thus, in order to promote demedicalization, non-pharmacological care is used as alternatives that can be used to relieve pain by dispensing anesthetics and analgesics. However, it is observed that there is still the practice of health professionals to transform birth and delivery into a pathological phenomenon, being totally medicalized. In this reflection, this study will be directed to the following question: what are the main obstacles that make it difficult to incorporate the humanized practices of the nursing team to the parturient? In this scenario we aim to understand the non-pharmacological practices during the nursing care to the humanized childbirth. This is a bibliographical review with a qualitative approach. By humanizing care delivery, it comprises a process that includes the adequacy of the physical structure and equipment of hospitals, to a change of attitude / attitude of health professionals and pregnant women. It was found in the course of this research, how much are the benefits of non-pharmacological methods to normal childbirth, these should be stimulated by the professionals that provide assistance with the aim of pain relief of the parturients. Among these actions are: walking and position changes, relaxation exercises, massage, presence of a companion throughout the labor and even contributes to the relief of pain. It is also reinforced that, through more technology that exists to care for women in labor, this assistance will never be complete if it does not emanate from the ethical attitude of the professional with welcoming and human acts. The accomplishment of this research was important, since it will serve as a base for health professionals so that it can broaden their knowledge about the subject addressed, knowing up close how to solve the challenges about humanized childbirth without pharmacological action.

Key words: Humanized childbirth. Non-Pharmacological Methods. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura01 - Banho de aspersão.....	27
Figura02 - Massagem na região lombar durante o trabalho de parto.....	28
Figura03 - Exercícios respiratórios.....	30
Figura04 - Movimentação e alternância de postura.....	31
Figura05 - Bola Suíça.....	32
Figura06 - Musicoterapia.....	32
Figura 07 - Seleção do material.....	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Cuidados e apoio de forma humanizada, por ano, autor e título da Obra.....	38
Quadro 02 - Assistência Humanizada do enfermeiro durante o Trabalho de Parto, descritos por ano, autor e título da Obra.....	39
Quadro 03 - Dificuldades na Execução das práticas não farmacológicas, descritos por ano, autor e título da Obra.....	40
Quadro 04 - Métodos não Farmacológicos descritos por ano, autor e título da Obra.....	42

LISTA DE SIGLAS

BCF - Batimentos Cardíacos Fetais

MNFAD - Método não farmacológico alívio da dor

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNAH - Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar

PNH - Política Nacional de Humanização

RN - Recém - Nascido

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1	TRAJETÓRIAS DO SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	19
2.2	A SAÚDE COMO UM DIREITO E ALGUNS ANTECEDENTES HISTÓRICO.....	19
2.3	O TRABALHO DE PARTO.....	21
2.3.1	Primeiro Estágio do parto.....	22
2.3.2	Segundo Estágio do parto: Período Expulsivo.....	22
2.3.3	Terceiro Estágio do parto: Período Expulsivo.....	23
2.3.4	Quarto Estágio do Parto Normal: Puerpério Imediato.....	23
2.4	O PARTO HUMANIZADO.....	24
2.5	AS EXPECTATIVAS DA GESTANTE AO PARTO NORMAL.....	25
2.6	ALÍVIO DA DOR E MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS.....	26
2.6.1	Banho de Asperção.....	27
2.6.2	Massagem.....	28
2.6.3	Técnicas de respiração e relaxamento.....	28
2.6.4	Mobilidade materna.....	30
2.6.5	Bola obstétrica.....	31
2.6.7	Musicoterapia.....	32
2.7	ASSISTENCIA DO ENFERMEIRO DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	33
3	METODOLOGIA.....	34
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	34
3.2	IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DAS FONTES.....	34
3.3	ANÁLISE DOS TEXTOS.....	35
3.4	DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	35
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	36
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
4.1	CUIDADOS E APOIO DE FORMA HUMANIZADA.....	38
4.2	ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DO ENFERMEIRO DURANTE O TRABALHO DE PARTO.....	39

4.3	DIFICULDADES NA EXECUÇÃO DE PRATICAS NÃO FARMACOLOGICOS.....	40
4.4	MÉTODOS NÃO FARMACOLOGICOS.....	42
5	CONCLUSÃO.....	45
	REFERÊNCIAS.....	46

1 INTRODUÇÃO

Essa pesquisa apresenta uma revisão bibliográfica sobre a compreensão das práticas não farmacológicas durante a assistência de enfermagem ao parto. Sobre parto, entende-se que não é um evento patológico, e sim natural e biológico, também conhecido como parto humanizado (SESCATO, 2008).

Segundo Menezes (2012) com o movimento da humanização do parto, está inserido os cuidados não farmacológicos de alívio da dor, esse movimento tem crescido nos últimos anos, tem a finalidade de tornar o parto o mais natural possível, diminuindo as intervenções, cesarianas, administração de fármacos. Assim, para promover a desmedicalização, utilizam-se os cuidados não farmacológicos que são alternativas que podem ser empregadas para alívio da dor dispensando os anestésicos e analgésicos.

Esse movimento ainda é defendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e para o Ministério da Saúde, o conceito de atenção humanizada é extenso e abarca um conjunto de conhecimentos, de práticas e atitudes que objetivam na promoção de um parto, prevenindo a mãe e o bebê da morbimortalidade. (MENEZES, 2012).

No entanto, observa-se que ainda existe a prática dos profissionais de saúde de transformar o nascimento e parto em um fenômeno patológico, sendo o mesmo totalmente medicalizado. Por isso, houve uma necessidade de pesquisar sobre a questões relacionadas a assistência humanizada e ao que é feito de forma não farmacológica para o alívio da dor.

Portanto, a humanização da assistência ao parto implica que os enfermeiros respeitem os aspectos da fisiologia feminina - sem intervenções dispensáveis adotem os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento e ofereçam suporte emocional à mulher e a sua família, garantindo os direitos de cidadania (DIAS *et.al.*, 2005).

Não se podem negar os benefícios que das tecnologias de intervenção têm trazido para os profissionais de saúde quanto para as parturientes. Porém, com a medicalização indiscriminada do parto, no qual o desejo a mulher parturiente está cada vez mais distante da condição de protagonista da cena do parto. Esta se torna insegura, e fica a mercê a todas as ordens e orientações que lhe sobrevêm, sem muitas vezes saber como agir no atender as orientações, e ao mesmo tempo dominar a dor que sente para parir.

E com todos os avanços tecnológicos, ainda é evidenciado altas taxas de mortalidade materna e perinatal, inclusive por transformar o nascimento e parto em um fenômeno patológico, sendo o mesmo totalmente medicalizado. Essa prática de medicação, por muitas vezes está considerando o parto numa patologia e por isso estabelece enquanto prática a antecipação e prevenção do risco obstétrico, resultando na desvalorização dos aspectos emocionais envolvidos ao parto, não permitindo à mulheres exercer a cidadania da mulher no parto humanizado.

Nessa reflexão, este estudo será direcionado para o seguinte questionamento: quais os principais entraves que dificulta a incorporação das práticas humanizadas da equipe de enfermagem à parturiente?

Nesse cenário buscamos como objetivo compreender as práticas não farmacológicas durante a assistência de enfermagem ao parto humanizado na literatura científica, além de descrever os cuidados e o apoio de forma humanizada que a equipe de enfermagem deve prestar a gestante, durante todo processo parturitivo, verificar quais os métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto, bem como informar seu benefício.

Quando uma parturiente se entrega aos cuidados da equipe de saúde, espera que as atenções sejam voltadas para o seu parto e para o nascimento do seu filho. Espera, portanto, uma assistência humanizada, até porque o mesmo é um evento natural, e o mesmo não necessita de controle e sim de cuidados, e esses cuidados devem ser prestados pelos profissionais de saúde, e somente que haja intervenção quando for realmente necessário (RABELO, 2006).

Justificou-se, portanto a escolha dessa temática, pela necessidade de entender que mesmo com todos os benefícios e um parto humanizado e com MNFAD, várias pesquisas afirmam que o que se observa no dia a dia da prática dos profissionais de saúde é que esses cuidados ainda são pouco aplicados, principalmente no setor privado, ao qual ainda prevalece as intervenções cirúrgicas no trabalho de parto, agravando assim os índices de cesarianas (SESCATO, 2008).

Então, surgiu a necessidade de pesquisar sobre a temática, e saber sobre os entraves que dificulta a incorporação das práticas assistenciais à parturiente, tanto no que diz respeito na assistência humanizada e ao que é feito de forma não farmacológica para o alívio da dor (SESCATO, 2008).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 TRAJETÓRIAS DO SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A década de 80 foi marcada por manifestações que exigiam melhorias nas condições sociais e de saúde pública. Nesse período só tinha direito a saúde pública contribuintes do Instituto de Previdência Social (MORAES; WUNSCH, 2013). Foi uma luta pelos direitos constitucionais, onde reivindicavam a reestruturação da democracia e os direitos iguais para todos os cidadãos brasileiros (LIMA; GERSCHMAN, 2005).

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu no Brasil a partir de um histórico de lutas do movimento sanitário brasileiro com a finalidade de facilitar o atendimento de saúde (RONCALLI, 2003).

Segundo Mello (2008), a criação do Sistema Único de Saúde propôs que, o direito funcionasse da mesma maneira em todo território Brasileiro e quem se responsabilizaria seria o Governo Federal, Governo Estadual e Governo Municipal, criando programas garantindo a promoção, proteção e recuperação da saúde da população brasileira.

A constituição de 1988 e a Lei orgânica de 1990 serviram de base para o fundamento Legal do Sistema Único de Saúde, sendo explícito a criação de um sistema de saúde estruturado, tendo como base a descentralização e o fortalecimento do poder municipal, além de estabelecer a participação da sociedade organizada na administração do setor saúde e o controle social por meio dos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde, visando à formulação, implantação, controle e avaliação das políticas de saúde (Brasil, 1988). Por volta de 1990, foram publicadas as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, que institucionalizaram e regulamentaram a participação popular e o controle social na gestão da saúde, tendo como instâncias legalmente instituídas as Conferências e os Conselhos de Saúde. Estes são descritos como órgãos permanentes, do SUS, que tem a estratégias de controlar e executar política de saúde (BRASIL, 2006).

A Saúde e direito de todos é dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, Art.º 196 (BRASIL, 1988).

Conforme Mello (2008), a lei que regulamentou o Sistema Único de Saúde, garante a população Brasileira três Doutrinas a serem seguidas, a primeira

Universalidade, que dá o direito a saúde a todas as pessoas independentemente de cor, renda financeira, sexual, etnia. Segunda a Equidade, garante o direito a saúde igual para todos que busquem os serviços do Sistema Único de Saúde, mas atendidos conforme necessidade, diminuindo a desigualdade e a terceira a Integralidade que tem como objetivo não só a doença, mas considera todos os fatores biológico, psicológico e social.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) assumiu a responsabilidade da Universalidade, Integridade, e Equidade da saúde. Sob essa ótica não que as pessoas não adoeceriam, mas teriam uma melhor qualidade de vida, entretanto é evidente que grandes são os desafios em promover saúde com qualidade. E nesta trajetória muitos foram os avanços e somando-se a isso, fatores consideráveis precisaram de soluções urgentes (BRASIL, 2004).

Segundo Mello (2008), os princípios organizacionais do Sistema Único de Saúde são a Regionalização e Hierarquização, que são os caminhos que a população deve percorrer para ter acesso aos serviços de saúde, buscando primeiro o nível primário que são as Unidades Básica de Saúde, secundário são os centros mas especializados, e o nível terciário que são os hospitais de referência; A Descentralização é onde o município deve ter o poder de decisão para a resolução dos problemas locais de saúde; Participação dos cidadãos no processo de formulação das políticas de saúde; Complementaridade do Setor Privado que é a contratação dos serviços privados, conforme os princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

Um Levantamento feito pelo Ministério da Saúde, sobre o atendimento nos serviços de saúde, trouxe novos pontos, que mostram a má qualidade dos serviços prestados aos usuários, e essa foi uma das principais urgências que o Ministério da Saúde precisou realizar no Sistema único de Saúde (BRASIL, 2001).

Conforme verificado, um país com tantas diversidades, desigualdade social e econômica, o profissional da saúde desvalorizado, carga horária de trabalho extensa, precárias condições de trabalho, falta de reciclagem dos trabalhadores, entretanto seria um erro, de dizer que a culpa é só dos profissionais de saúde, a deficiência da gestão também colabora para esse cenário desumanizado, e a isso ainda podemos acrescentar a fragilidade do vínculo, profissional e paciente (BRASIL, 2004).

Pode-se dizer nesse contexto de insatisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde, ficou clara a necessidade da criação de uma política pública que mudasse esse cenário. A partir de então foi criado o Programa Nacional de Humanização (MELLO, 2008).

Segundo Brasil (2010), como consequência de muitas lutas para melhoria da saúde pública, meados do ano de 2000, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) com intuito de melhorar o atendimento nos hospitais pelo Brasil e a melhoria das condições de trabalho dos profissionais da saúde e implantado em 2003 o Programa Nacional de Humanização, com o propósito de pôr em prática os princípios que regem o Sistema Único de Saúde, no dia a dia dos profissionais e gestão, e para que haja um melhor relacionamento entre gestores, profissionais e usuários do serviço.

Segundo Brasil (2013), o Ministério da Saúde entende por uma Assistência Humanizada o aumento da responsabilidade na produção da saúde e mudanças na cultura do atendimento, e mudanças na gestão de trabalho.

Humanizar é dar qualidade ao relacionamento entre paciente e profissional de saúde, e poder ver o paciente além da patologia, no momento de fragilidade do corpo e do emocional. Nesse universo de tantas angústias, dor, medo do desconhecido, o profissional precisa ter habilidades humanas e científicas (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Conforme Brasil (2013), para que haja sucesso na implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), fazem-se necessárias estratégias compostas por eixos a serem seguidos como: financiamento com recursos para humanização, instituições do SUS com planos de governo estadual e municipal, educação, permanentes qualificação profissional, mídia promovendo discursos amplos sobre saúde, atenção ampliação a saúde, gestão da política apoiando pesquisas relacionadas a humanização, juntos possibilitam a sociedade a receber os benefícios da Assistência Humanizada.

Contudo, isto pode ser considerado um estilo de operar os processos que trabalham na saúde de forma a atender todos que procuram os serviços de saúde, escutando todas as suas demandas e tomando uma atitude capaz de abastecer suas carências, dirigindo, se for o caso, o paciente e a família em contato com outros serviços de saúde para o prosseguimento da assistência (HUMANIZASUS, 2004).

Segundo Brasil (2013), faz-se uma análise dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde, onde se toma por base as experiências bem sucedidas de Humanização do SUS que dar certo, onde parte as orientações para a Política Nacional de Humanização onde é traduzida em método, princípios e diretrizes.

No contexto Passos (2006), faz uma abordagem referente a humanização, nesse viés, compreende a valorização dos diferentes sujeitos implicada no processo, bem como o fomento da autonomia e do Protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de corresponsabilidade; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais; a mudança dos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; o compromisso com a ambiência e a melhoria das condições de trabalho e do atendimento.

2.2 A SAÚDE COMO UM DIREITO E ALGUNS ANTECEDENTES HISTÓRICOS

O século XIX assinala para o Brasil o início de um processo de transformação política e econômica que atinge o âmbito da medicina, inaugurando duas de suas características, que têm vigorado até o presente: a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médica, e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado(MACHADO, 1978).

Em 1808, na vinda da Corte Portuguesa para o Brasil passou por transformações na administração colonial, principalmente na área da saúde, isto na Era Colonial e no Império. O Rio de Janeiro, que era sede provisória do Império português, tornou-se centro das ações sanitárias. No entanto, foi preciso a criação de centros de formação de médicos, que até então eram quase impossível, devido ao impedimento do ensino superior (MACHADO, 1978).

Devido à ausência de um modelo sanitário para o país, deixaram-se as cidades brasileiras a mercê das epidemias. A cidade do Rio de Janeiro, no começo do século XX, mostrava um quadro sanitário caótico, assinalado pela participação de várias doenças graves, como malária febre amarela, , varíola e em seguida, a peste (LIMA *et al.*, 2005).

A partir daí , pela primeira vez na história do país, os governos republicanos, assimilados dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos e das práticas de

proteção da saúde coletiva, realizaram aprofundados planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou útil da população. A participação do Estado na área da saúde tornou-se universal, não se limitava a era de surto epidêmico, mas se expandia por todo o tempo e a todos os setores da sociedade. Como os movimentos sociais foram lentos, surgiram muitas denúncias sobre o caos da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica e passaram então a contestar e reivindicar soluções imediatas para os problemas gerados pelo modelo de saúde existente (MACHADO, 1978).

Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde — principalmente acadêmicos, médicos, e cientistas — argumentavam, em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Um movimento pela transformação do setor de saúde reuniu-se, com outros movimentos sociais, mais ou menos vigorosos, que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões iminentes à democracia (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Na continuidade desse texto, daremos destaque aos anos de 1980 em diante, por ser um período com grandes marcos históricos, sociais, políticos e econômicos. Foram três momentos marcantes que a política de saúde no Brasil passou, o primeiro em 1920, foi enfrentado de forma assistencialista pelo Estado, pois não se reconhecia a —questão social— como intervenção política; o segundo em 1970 é dito de forma providencialista, é quando o Estado passa a reconhecer a —questão social— como objeto de intervenção; o terceiro teve seu momento na redemocratização da sociedade brasileira e legitimada na Constituição de 1988 (COHN, 2005).

No fim da década de 1970, a política de saúde chega mantendo um atendimento caótico e elitista, obrigando aos movimentos sociais a reclamar de uma rede de serviços básicos, no qual descentralizassem o setor, mantendo a participação popular e a integração dos ministérios da saúde e da previdência. Com o modelo econômico defendido pela ditadura militar ocorrida entre 1964 a 1979 e com a ausência dos recursos para o crescimento e conservação dos custos operacionais, teve-se em vista uma grande e prolongada crise econômica que vigora até os dias atuais (COHN, 2005).

A criação da Política de saúde no Brasil nos anos de 1980 passou por um período de democratização política, profundas transformações sociais, políticas e

econômicas. Exigindo do Estado uma posição no cenário da saúde enquanto assistência médica, convertendo o direito à saúde, revelando inúmeras lutas e ganhos presentes na criação dessa política. Contudo, também foi um período marcado pelos desenganos da transição democrática, que sucederam um giro conservador após 1988, ficando de fora os ganhos materiais para a população (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Por conseguinte, foi um período de intensas transformações, a década de 80 caracterizou-se pelas mobilizações políticas e sociais na área da saúde, esse setor teve a participação de novos atores, discussões, debates e reivindicações, que buscaram uma política de saúde mais democrática, igualitária e sensata, admitindo uma dimensão política, com a visão na democracia, onde os profissionais da saúde, o movimento sanitário e os partidos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

2.3 O TRABALHO DE PARTO

O início do trabalho de parto é um grande problema na obstetrícia. Podemos afirmar que o trabalho de parto é uma presença de contrações uterinas espontâneas no mínimo duas em pequenos intervalos. E deve ter pelo menos dois sinais que são: apagamento cervical e colo dilatado (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Os mesmos autores acima, afirmam que é um processo através do qual o útero gravídico, através da atividade contrátil, expulsa um feto com uma idade gestacional igual ou superior a 20 semanas e com peso superior a 500g e com tamanho de 25 cm. O trabalho de parto é dividido em quatro estágios e o conhecimento destes, é necessário para a compreensão das mudanças fisiológicas que acontecerão nesse período. O primeiro estágio, é aquele que tem como características alterações cervicais, isso é resultado das contrações uterinas.

O apagamento é o amolecimento, afinamento e encurtamento do canal cervical, passando de uma estrutura de um ou dois centímetros de comprimento até uma em que não existe mais o canal. Durante o apagamento, as margens do orifício são tracionadas para cima, de forma que a mucosa cervical original se torna parte do segmento uterino inferior. A dilatação do colo uterino ocorre quando o canal cervical aumenta de um orifício de poucos milímetros de metro até uma abertura grande suficiente para permitir a passagem do feto. Em geral, o primeiro estágio do trabalho de parto está dividido em três fases: inicial (latente), ativa (acelerada) e de transição (RITTER, 2012).

2.3.1 Primeiro Estágio do parto

Brasil (2006) afirma que o Enfermeiro tem um papel essencial. Pois, essa é considerada a fase ativa do parto. Onde, o profissional que acompanha a parturiente promove o cuidado humanizado e através da atenção e dialogo estabelece meios de interatividade entre a parturiente e seus familiares.

- Explicar todos os procedimentos durante o trabalho de parto.
- Monitorar os sinais vitais maternos e BCF.
- Oferecer técnicas não farmacológica de alívio da dor de acordo com aceitação da parturiente.
- Estimular a parturiente a uma postura ativa com movimentação e exercícios livres durante o trabalho de parto.
- Orientar a paciente a ficar semi-sentada e manter-se em decúbito lateral esquerdo.

2.3.2 Segundo Estágio do parto: Período Expulsivo

No que se refere ao segundo estágio Amorim *et al.* (2010), fala que é aquele que tem como característica a posição fetal, ou seja, quando a cérvix está totalmente dilatada e começa a ocorrer as contrações, onde ocorre a tão conhecida dor de força. É indispensável destacar que não existe um consenso sobre a forma ideal de agir no período expulsivo do trabalho de parto. Assim, propõem-se as seguintes definições para o segundo estágio do trabalho de parto, que são:

O achado de dilatação cervical completa se dar no segundo período do trabalho de parto passivo, Já no período ativo, o bebê é visível e as contrações expulsivas e dilatação completa, com esforços maternos ativos já se faz presente (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

2.3.3 Terceiro Estágio do parto: Período Expulsivo

De acordo com Brasil (2007) o terceiro estágio tem início com a dilatação máxima que leva a expulsão do feto e acaba com a separação da placenta. Nessa fase ocorrem vários puxos maternos, e as intervenções do enfermeiro, são:

- Informar a paciente e os familiares tudo sobre do trabalho de parto.
- Preparar a mesa de parto usando técnica asséptica.
- Preparar os materiais para receber o RN.
- Higienizar a área perineal.
- estimular a parturiente respirar corretamente.
- Orientar o aleitamento materno, logo na primeira hora de vida.

O terceiro estágio termina com a separação da placenta, onde ocorre contrações fortes e altamente dolorosas, devido a dequitação placentária. E é nesse estágio que pode vir a existir complicações no parto, uma vez que a perda sanguínea vai depender da rapidez da separação da placenta e da contração da musculatura uterina (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

Nesse momento a atenção do enfermeiro é de extrema importância, pois, se a parturiente perde, mas de 500ml de sangue pode apresentar risco de choque Hipovolêmico (BRASIL, 2007).

2.3.4 Quarto Estágio do Parto Normal: Puerpério Imediato

No Quarto estágio Amorim *et al.* (2010) afirma que é o início imediato após a expulsão da placenta. Tendo como principais cuidados do enfermeiro:

- A monitoração dos cuidados vitais e observar os riscos de hemorragias pós-parto.
- Promover ações que estimule o contato da mãe com o bebê, pois assim que a mãe toca, cheira e explora o corpo do recém-nascido, a sensação de bem estar e alívio induz a produção de ocitocina, diminuindo a ansiedade e aumentando a temperatura do peito.

Sendo assim, a humanização da assistência ao parto implica que os enfermeiros obstetras respeitem os aspectos da fisiologia feminina - sem intervenções desnecessárias, reconhecendo os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento e oferecendo suporte emocional à mulher e a sua família, garantindo os direitos de cidadania (DIAS *et al.*, 2005).

2.4 O PARTO HUMANIZADO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o parto humanizado tem início já no pré-natal com o aconselhamento e explicação do processo gravídico-puerperal, considerando as necessidades da mulher na admissão e no parto; devendo a partir deste momento respeitar suas individualidades e desejos; durante o trabalho de parto deve-se dar liberdade de escolher a posição mais apropriada e segura para a parturiente. Monitorar o estado da mãe e do bebê e, após o parto, prestar os cuidados à puérpera e ao bebê, afinal tudo isso colabora com a aceitação por parte da mãe da realização do parto normal dando a ela mais segurança e liberdade (ENNING, 2000).

Cechin (2002) acredita que humanização com a parturiente, consiste em respeitar sua individualidade, oferecer ambiente seguro e tranquilo, oferecer a ela o direito de ter um acompanhante e não intervir em processos naturais com tecnologia desnecessária.

Outro autor que colabora é Enning (2000), o mesmo afirma que bom seria que toda mulher tivesse a visão do parto como o ato verdadeiro de dar à luz, uma experiência única, um processo espontâneo, sem necessidade de grandes intervenções, não sendo assim considerado apenas como um ato médico, dando importância ao ato de nascer de maneira natural e mais humana.

Nesse sentido, Tornquist (2003) entende por humanização do parto de maneira geral o conjunto de recomendações que a Organização Mundial de Saúde adotou como o incentivo ao parto vaginal, aleitamento materno, alojamento conjunto, à presença de acompanhante, à redução do excessivo intervencionismo tecnológico no progresso do parto, estímulo às técnicas mecânicas de alívio a dor, podendo ser realizado massagens, banhos e a própria deambulação, dispensando assim, a indução intravenosa com ocitocina, fazendo a partir destes pontos uma crítica significativa à excessiva medicalização do parto, e aponta como um dos responsáveis pelas taxas de mortalidade materno-infantil em vários países, como demonstra alguns dados do Ministério da Saúde.

Riesco (2002) defende a introdução na rede pública de um novo modelo assistencial ao parto com a participação e realização do enfermeiro obstetra com finalidade de promover assistência mais eficaz à gestação e ao parto principalmente para a clientela carente, onde existe grande demanda e falta assistência médica.

Davim (2001) acredita que a parturiente deveria ser acompanhada por profissional devidamente capacitado, como os enfermeiros obstetras, para que as intervenções ocorram de maneira natural, priorizando o bem-estar da parturiente e do conceito, não fazer uso de métodos que fuja da naturalidade desse processo.

Nascimento *et al.* (1997) relata que o cuidado prestado a mulher, na maioria das vezes se torna insignificante, tirando o direito da mulher de ser protagonista do seu parto, sendo Expresso por meio de normas e rotinas, acreditando a partir desse fato a fundamental importância, da assistência humanizada a parturiente.

2.5 AS EXPECTATIVAS DA GESTANTE AO PARTO NORMAL

A expectativa das gestantes quanto ao tipo de parto está relacionada à maneira como as informações sobre o assunto estão disponibilizadas e acessíveis. Nesse sentido, a orientação durante o pré-natal deve fazer parte da assistência, sendo que um instrumento educativo de alto potencial, conhecido como plano de parto, planejamento, profissional e usuárias - gestante ou casal – estabelecem vínculos com o serviço de saúde, para determinar onde e por quem o parto será realizado e conhecer as alternativas possíveis na assistência, em situações normais e no caso que surgirem complicações (OLIVEIRA; RIESCO; MIYA, 2002).

Conforme afirma, Costa *et al.* (2003) vários autores sugeriu que a satisfação com qualidade da experiência de parto está relacionado ao bem-estar psicológico da mulher, bem como a adequação da sua interação com o bebê. A verificação do impacto que a experiência de parto tem em áreas vitais ao bom desenvolvimento da mãe, ou do conceito conseqüentemente, da díade a estabelecer, alertou para a importância de atender como o parto é vivido pela mulher e os pontos negativos que mas interferem de viver esse momento.

Através disso os autores, buscaram entender a experiência do parto e das variáveis que mais contribuem para a qualidade da mesma. No sentido de proporcionar uma intervenção humanizada de qualidade, a ser realizada pelos profissionais de saúde. (LEVENTHAL; SHACHAM; EASTERLING, 1989).

O parto é um momento muito importante para as mães principalmente no momento em que a mãe sente a respiraçãozinha do bebê pela primeira vez. No entanto, a experiência de parto é muitas vezes pautada pela ocorrência de elevado mal-estar e emocionalidade negativa, dado que a maior parte das mães relata ansiedade, falta de controle, sentimentos negativos, como a tristeza e choro. À

medida que o trabalho de parto progride que as contrações aumentam de intensidade e que a dilatação se torna maior, os níveis de dor, raiva, medo, tristeza e cansaço são cada vez mais elevados, enquanto que são cada vez menores os níveis de energia e as emoções positivas (LEVENTHAL; SHACHAM; EASTERLING, 1989).

A dor é uma das dimensões mais preponderantes da experiência de parto, dado que a maior parte das mulheres espera vir a sentir e sente muita dor por essa ocasião, sendo uma experiência realmente dolorosa insuportável para a grande maioria delas. Não obstante sentir dor durante o parto, a maior parte das mulheres reconhece que essa experiência teve implicações positivas, pois deu lugar a uma maior competência para lidar com situações posteriores de stress e de dor e está também satisfeita ou muito satisfeita com a forma como lidou com a situação (COSTA; FIGUEIREDO; PACHECO, 2003).

A importância de existir assistência humanizada, como bem argumenta Oliveira e Cols (2002), é fundamental, uma vez que, a partir do oferecimento de informações precisas que auxiliem as gestantes a compreenderem melhor os riscos e os benefícios, os mitos e as crendices relacionados ao parto, bem como sobre a condição pessoal, é que as gestantes poderiam se sentir mais tranquilas e seguras em relação ao parto. Estudos têm alertado sobre a pertinência da assistência à gestante durante o parto e pós-parto, fases em que as mulheres necessitam de acolhimento de profissionais da área da saúde e de familiares.

2.6 ALÍVIO DA DOR E MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS

O modelo de assistência obstétrica que predomina no Brasil tem como características um alto grau de medicalização, além do abuso de utilização de práticas invasivas. Assim, os métodos complementares para o alívio da dor no trabalho de parto é algo extremamente difundido no mundo. Desta forma, sabe-se que existe uma gama de variedade dessas técnicas (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, o ideal seria que tais métodos fossem mais utilizados no perdurar da assistência do trabalho de parto. Uma vez que, são práticas úteis que devem ser estimuladas (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Segundo Ozorio (2014) promover o conforto e a satisfação da mulher no parto está entre as tarefas, mas importantes nos provedores dos cuidados. As práticas que tem esse objetivos fazem parte de um contexto de valorização do parto fisiológico e o uso adequado das técnicas não farmacológicas na assistência ao parto e nascimento que incluem desde modificação do ambiente até o emprego de práticas para o alívio a dor. Práticas estas que não causa efeitos colaterais para mãe e bebê, permitindo a parturiente a sensação de controle a dor (LARGURA, 2000).

Entre as práticas não medicamentosas, tem-se estudado técnicas, dentre elas estão:

2.6.1 Banho de aspersão

A água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular, diminuindo a intensidade da dor nas contrações. Para que o recurso seja aplicado com resultado desejado, é necessário que a temperatura da água esteja em torno de 37 a 38°C, sendo importante que a parturiente permaneça, no mínimo, vinte minutos no banho como na figura 1. (RITTER, 2012).



Figura 1- Banho de aspersão. Fonte: Beltrão, 2016.

2.6.2 Massagem

A massagem é um método de estimulação caracterizado pelo toque e pela manipulação dos tecidos. No trabalho de parto, a massagem é fundamental, pois promover alívio da dor, diminuir o estresse emocional melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos. Pode ser aplicada em qualquer região que a parturiente relatar desconforto sendo que pode ser combinada com outros procedimentos. Desde que esteja de acordo com aceitação da parturiente. (GALLO *et al.*, 2011).

Sendo que a massagem deve ser aplicada na região lombar (figura 2), durante as contrações uterinas e em outras regiões como trapézios e panturrilhas nos intervalos das contrações, por serem regiões que apresentam maiores tensão.



Figura 2- Massagem na região lombar durante o trabalho de parto. Fonte: PMSBC, 2015.

2.6.3 Técnicas de respiração e relaxamento

Denomina-se Respiração diafragmática ou respiração profunda por ter facilidade de expandir o diafragma, levando ar rico em oxigênio até o abdômen, aumentando significativamente a capacidade volumétrica dos pulmões. Sendo que, a respiração diafragmática pode ser utilizada em todos os momentos de tensão e estresse. Sendo assim o primeiro passo para proporcionar a parturiente equilíbrio e relaxamento, desfazendo assim o mecanismo de luta causado pela respiração torácica (PETROFF, 2012).

Almeida (2005) Avaliou que a técnica de respiração e relaxamento sobre a dor e ansiedade na parturição é utilizada no momento em que a parturiente está apresentando contrações uterinas. A técnica pode ser utilizada em diferentes fases do trabalho de parto. Na fase latente uso da respiração total, na fase ativa respiração é torácica lenta, e na fase de transição, estimulada a respiração de pressão sem execução de força de pressão abdominal, no período expulsivo utiliza-se a respiração de pressão com execução de forças.

Ainda na idéia do autor acima, as técnicas utilizadas não reduziram a intensidade da dor, mas promoveram ao grupo que utilizou a técnica de manutenção de nível baixo de ansiedade por maior tempo da parturição. Um bom relaxamento vai desde a adoção de posturas confortáveis até ambientes tranquilos, os quais permitam música ambiente, iluminação adequada e principalmente pensamentos positivos, utilizando a imaginação para desmitificar o trauma da dor.

Nesse momento de relaxamento muscular progressivo, é de suma importância no qual a parturiente realiza a contração de grupos musculares seguida de relaxamento, priorizando o intervalo das contrações uterinas. Existem outras formas de relaxamento a respiração com movimentos de inspiração e expiração suave (figura 3), acompanhada por pessoas escolhidas pelas parturientes para viver com ela esse momento (GALLO *et al.*, 2011).

Apesar das técnicas de relaxamento causar a sensação de alívio da dor, induzirem ao sono e repouso, não são todas as gestantes que conseguem atingir essa etapa. Mas os que conseguem, depois de várias tentativas de relaxar, a sensação só perduram por aproximadamente 20 minutos (SILVA *et al.*, 2013).

Durante as variadas contrações das fases do trabalho de parto e no período expulsivo, a respiração utilizada pela gestante pode ser classificada como Respiração total, torácica lenta, de pressão sem execução de força de pressão abdominal, e no período expulsivo através da respiração de pressão com execução de força abdominal no momentos dos puxos (COELHO; ROCHA; LIMA, 2017).

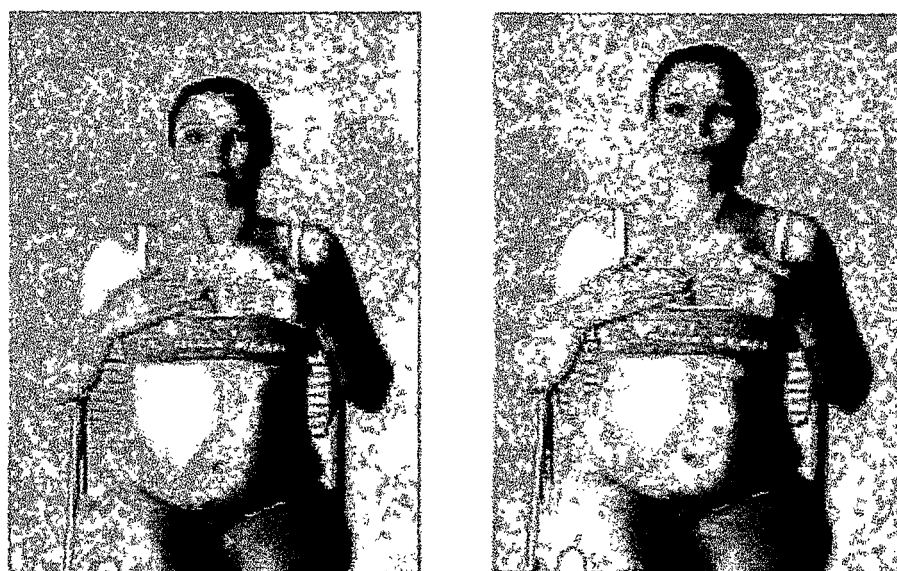


Figura 3- Exercícios respiratórios. Fonte: (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010)

2.6.4 Mobilidade materna

Gallo *et al.*, (2011) contribui afirmando que a mudança de postura durante o trabalho tem sido eficaz para aumento da velocidade da dilatação cervical, promovendo alívio da dor durante as contrações e facilitando a descida fetal. As parturientes devem ser e incentivadas a adotarem posturas alternadas, variando de sentada no leito, na cadeira e na banqueta para decúbito lateral, ajoelhada, agachada, quatro apoios, em pé com inclinação de tronco, dentre outras, respeitando sempre habilidades motoras de cada parturiente.

A alternância contínua de posturas, priorizando as verticais deve ser estimulada durante o trabalho de parto, sempre com supervisão de um profissional qualificado para melhor adequação postural (figura 4). A postura vertical associada a movimentação diminui a dor materna, facilitando a circulação materno-fetal e descida do feto na pelve materna, melhorando assim as condições uterinas e diminuindo os traumas perianais, motivo pelo qual as mudanças de posição materna no parto vem sendo um tópico de interesse há muitas décadas em pesquisas (SILVA *et al.*, 2011).

A associação entre a deambulação e a ação da gravidade proporcionam à (gestante um menor tempo na duração do período de dilatação, do período expulsivo e melhor dinâmica da contratilidade uterina (SILVA *et al.*, 2013).

As mudanças de posição também podem acelerar o trabalho de parto em razão de acrescentar os benefícios da gravidade e as mudanças no formato da pelve (COELHO; ROCHA; LIMA, 2017).



Figura 4- Movimentação e alternância de postura. Fonte: (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010).

2.6.5 Bola obstétrica

A bola obstétrica deve ser utilizada para melhorar a postura vertical da parturiente, tornando o trabalho de parto mais confortável. Sendo também suporte para outras técnicas como, por exemplo, a massagem e o banho de aspersão, de alongamentos e exercícios ativos, dentre outros. A utilização da bola pela parturiente deve ser com suporte e supervisão de um profissional de saúde, pois pode provocar riscos (GALLO *et al.*, 2011).

A bola obstétrica consiste em uma bola de borracha inflável, usada em fisioterapia para exercícios de correção postural e no tratamento de problemas neurológicos. Permite que a mulher realize um discreto balanceio pélvico enquanto está sentada, movimento este que pode auxiliar na descida e rotação do feto (figura 5). Proporcionando assim sensação de relaxamento a mulher, adotando uma postura vertical e ativa durante o trabalho de parto (LOBO *et al.*, 2010).

A mesma é utilizada muitas vezes como um objeto lúdico, com intuito de distrair a gestante durante o trabalho de parto, diminuindo a tensão física e emocional, tornando-a mais tranquila e confortável. Além do mais, estimula movimentos espontâneos e não habituais, permite que a mulher se movimente para frente e para trás lembrando os movimentos da cadeira de balanço (COELHO; ROCHA; LIMA, 2017; SILVA *et al.*, 2013).



Figura 5 - Bola suíça. Fonte: AscomSesau, 2018.

2.6.6 Musicoterapia

O uso da música é um procedimento de baixo custo podendo colaborar para a harmonização da dinâmica do trabalho de parto, humanizando a assistência ao parto humanizado (TABARRO *et al.*, 2010). Relaciona uma série de benefícios trazidos pela música, proporcionando, portanto, uma respiração mais lenta e profunda, aumento da resistência às excitações sensoriais, combate ao estresse, domínio de forças afetivas e auxílio no bom funcionamento da fisiologia (figura 6).



Figura 6- musicoterapia. Fonte: Hatem, 2005.

2.7 ASSISTENCIA DO ENFERMEIRO DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

Apesar do parto se estabelecer uma rotina nas maternidades e hospitais, cada mulher deve receber um atendimento diferenciado, pois a visão sobre o parto e a maneira como ele é vivenciado é única (OLIVEIRA,2010).

Assim, o cuidado e o conforto devem ser proporcionados visando a maneira de cada parturiente. Uma vez que o objetivo principal do enfermeiro e da assistência materna de qualidade é favorecer experiências positivas para a parturiente e sua família, preservando a saúde física e emocional, prevenindo complicações (ANDRADE,2014).

Neste olhar deve-se torna claro e compreensível a importância do parto como evento fisiológico e social, destacando a enfermagem como uma profissão aptade fazer parte deste contexto, pela sua história e formação. Sem menosprezar, o papel de equipe multidisciplinar no processo do nascimento, atuando como profissionais humanizados, e dando segurança à mulher para vivenciar este momento tão significativo de sua vida (GRAMACHO,2014).

Com a criação de vínculos entre enfermeiro e parturiente que é de fundamental importância. E necessário que o enfermeiro desenvolva um cuidado de enfermagem eficiente, legítimo e de qualidade, priorizando sempre aspectos essenciais, como o diálogo, o saber ouvir, o toque, a troca de idéias, a demonstração de preocupação e a expressão de afeto, além de outros aspectos holísticos do cuidado a parturiente (SOUZA,2015).

Nesse caso, é necessário que os profissionais de Enfermagem, além de possuir habilidade técnica, e necessário que estejam envolvidos com os aspectos psicológicos sendo capazes de compreender a parturiente, oferecendo necessário suporte emocional, respeitando sua autonomia, direito de um acompanhante de escolha e garantia de que serão informadas sobre todo o transcorrer do trabalho de parto e os procedimentos a que será submetida (SILVA,2015).

3METODOLOGIA

3.1 TIPOS DE ESTUDO

O trabalho de uma revisão de literatura descritiva. Segundo Vieira (2001) trata-se de um resumo de literaturas especializadas sobre o tema que se pretende abordar e desenvolver, onde o pesquisador expõe sua ideia, mas sempre abrangendo achados significativos do autor principal, que contribua para o desenvolvimento do assunto. A pesquisa foi realizado através de: artigos, teses, dissertações, monografias, livros e manuscritos. Com base em todo material revisado procura-se fazer uma discussão entre os autores, avaliando os pontos positivos e negativos para chegar a um resultado final.

O estudo de revisão bibliográfica de acordo com Gil (1999) é uma revisão criteriosa da literatura de matérias já publicada, como artigos científicos e alguns livros,este tipo de pesquisa, permite uma cobertura mais completa do assunto .

O presente estudo seguirá as etapas sugeridas por Gil (2010) sendo estas: "Escolha do tema; levantamento bibliográfico preliminar; formulação do problema; elaboração do plano provisório de assunto; busca de fontes; leitura do material; fichamento; organização lógica do assunto e redação do texto".

Assim após a escolha do tema, para podermos realizar uma boa revisão um dos primeiros pontos a serem definidos é uma questão adequada (formulação do problema), bem formulada, dessa forma este estudo discutiu a importância da comunicação, como um instrumento básico do trabalho de enfermagem,

3.2 IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DAS FONTES

Para darmos resposta a nossa questão, foi inicialmente identificado as fontes capazes de dar resposta à solução do problema em questão. Foi realizada uma busca por artigos e trabalhos acadêmicos mais atuais, além de teses, periódicos, visando encontrar o maior número de informação possível para o embasamento teórico deste trabalho. Os termos de busca utilizados para essa pesquisa foram: "Parto" "Humanização", "Farmacológicos," "Enfermagem". O processo envolveu uma ampla revisão da literatura a fim de compreender as práticas não farmacológicas durante a assistência de enfermagem ao parto humanizado.

Para isso foram pesquisados artigos de várias bases de dados, optando por utilizar as bases de dados *Scielo* e *Lilacs*, por entender que foram nessas bases onde mais se encontrou temas relevantes ao assunto abordado, as pesquisadas

foram feitas entre os meses de setembro de 2017 a outubro de 2018. Durante esse período foram pesquisados e selecionados 85 artigos científicos dentre os quais foram excluídos 25 estudos que não priorizavam as palavras chaves. Dos 25 excluídos restaram 60 artigos científicos, os quais foram lidos e elaborados um fichamento. Desses 60 foram usados apenas 21 artigos para análise dos resultados e discussão.

Contribuindo, assim para o trabalho sobre parto humanizado sem ação farmacológica, trabalho de conclusão de curso.

3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS

Em um estudo de revisão bibliográfica é necessário se certificar de que o material que está sendo utilizado é de fonte fidedigna, assim se faz necessário a apreciação crítica para analisar a qualidade dos artigos, para dessa forma decidir se os resultados destes artigos são relevantes ou não (GIL, 1999). Para a leitura crítica do material se sugere que se inicie por uma leitura exploratória, seguida de uma leitura seletiva, para que então se realize uma leitura analítica e finalmente uma leitura interpretativa (GIL, 2010).

A tarefa de análise implica, em um primeiro momento, a organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevantes. Em um segundo momento, essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências em um nível de abstração mais elevado (GIL, 2010).

As referências bibliográficas de todos os estudos pesquisados e considerados relevantes para o trabalho em questão foram examinadas detalhadamente os autores foram todos mencionados de acordo com as informações retiradas dos artigos, mediante a necessidade de esclarecimento dos dados. Os títulos e resumos depois de selecionados foram avaliados pela orientadora para verificar a relevância do estudo para esta revisão.

3.4 DESENVOLVIMENTOS DA PESQUISA

Gil (2010) refere que após o fichamento do material selecionado e antes da redação do relatório se faz necessário a organização das principais idéias obtidas de modo a atender aos objetivos do estudo. Assim, durante a leitura minuciosa do material selecionado, foram produzidas as categorias de análise. Foram

identificadas as seguintes categorias: descrever cuidados e apoio de forma humanizada, assistência Humanizada durante o Trabalho de Parto, dificuldades na execução das práticas não farmacológicas e métodos não Farmacológicos.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

De forma a atender os preceitos éticos de um estudo de referência bibliográfica, todos os autores utilizados nesta pesquisa foram minuciosamente referenciados no corpo do texto e na lista de referências, respeitando a lei de direitos autorais.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Por meio da pesquisa nas bases de sites Scielo e Lilacs, tornou-se possível a obtenção de um total de 60 artigos que foram publicados no período de 1998 a 2017, os quais abordavam o tema de alguma maneira, porém, nem todos respondiam aos objetivos procurados. Assim, por meio de uma nova leitura minuciosa e criteriosa foram selecionados somente 21 artigos, os quais servirão para a discussão desse trabalho, como demonstra a figura 07.

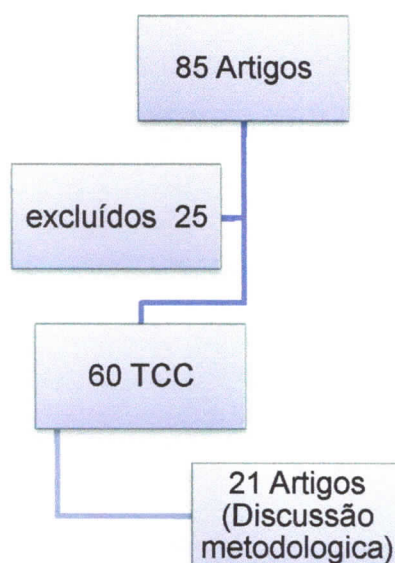


Figura 07 – Seleção do material

Neste capítulo, os artigos que compuseram o Resultado e Discussão metodológica, foram divididos em 04 categorias:

1. Descrever cuidados e apoio de forma humanizada;
2. Assistência Humanizada durante o Trabalho de Parto;
3. Dificuldades na Execução das práticas não farmacológicas;
4. Métodos não Farmacológicos.

Cada análise buscou explicar uma definição teórica das práticas não farmacológicas durante a assistência de enfermagem ao parto humanizado. Dentro dessa análise e discussão teórica, foi analisado a visão dos autores sobre o referido assunto.

Em cada análise ainda, foi apresentando um quadro, informando o ano da publicação da obra, o nome do autor e o título da obra, conforme apresentando nos

quadros 1 a 4. O quadro 1 apresenta as práticas não farmacológicas durante a assistência da parturiente.

4.1 CUIDADOS E APOIO DE FORMA HUMANIZADA

Quadro 01- Cuidados e apoio de forma humanizada, por ano, autor e título da Obra

ANO	AUTOR	TÍTULO DA OBRA
2004	OLIVEIRA; MADIRA	Vivenciando o parto humanizado
2005	DINIZ	Humanização da assistência ao parto no Brasil. Os muitos sentidos de um movimento.
2006	MATEI <i>et. al.</i>	Parto humanizado: um direito a ser respeitado.
2006	BRASIL	Assistência humanizada a mulher.
2011	NAGAHAMA	Parto humanizado e tipo de parto

Segundo Oliveira e Madeira (2004) relatam que a preparação da gestante para o parto inclui um conjunto de medidas de cuidados que objetivam proporcionar a parturiente direitos de vivenciar a experiência da parturição, como um processo fisiológico, sentindo-se protagonista do seu parto.

Diniz (2005) aponta que a humanização da assistência é de extrema importância, pois garante que um momento único como o parto, seja vivenciado de forma enriquecedora e positiva, pois resgata o contato humano, ouvir, explicar, acolher, são requisitos indispensáveis no transcorrer do parto.

Sendo também de suma importância o relato de Mateiet *al.* (2006) que diz que a atenção adequada à parturiente é de suma importância, pois ela irá se sentir segura para exercer a maternidade, pois além de ser tratada de forma humanizada é criado um vínculo que irá deixá-la confiante e tranquila.

Nagahama (2011) afirma que sendo o parto uma experiência marcante para a mulher, onde lembranças positivas e negativas ficaram marcadas, o enfermeiro deve estar sempre atento para atender, compreender suas carências individuais e seu poder de escolha no momento do parto.

Enquanto Brasil (2006) aborda que mediante os aspectos éticos, o trabalho de parto deve ser trabalhado com ética profissional, além de atender a parturiente com total humanização, desde início do trabalho de parto ao parto propriamente dito.

Nessa perspectiva, Matei *et al.* (2006) afirma que o nascimento é um evento natural, e mesmo as primeiras civilizações conciliando a este acontecimento significados culturais, que sofreram mudanças através de gerações, ainda assim se tem o nascimento como o fato mais marcante da vida.

4.2 ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DO ENFERMEIRO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Quadro 02 - Assistência Humanizada do enfermeiro durante o Trabalho de Parto, descritos por ano, autor e título da Obra

ANO	AUTOR	TÍTULO DA OBRA
2003	Couto	Preparação para o parto
2005	Nightingale	Notas sobre enfermagem. O que é e o que não é.
2008	Barmejo	Humanizar a saúde: Cuidado, relações e valores.

De acordo com Barmejo (2008), o enfermeiro como ser humano, tem uma personalidade que o identifica. A assistência humanizada não pode ser ensinada e nem ordenada, mas sim vai depender do enfermeiro da sua visão em relação ao caráter, por um lado, e da formação deste conceito na sua formação universitária, tanto a nível teórico como prático. É por isso que, durante a assistência à mulher, o enfermeiro deve se doar o máximo possível para compreender, aceitar os sentimentos dos familiares e satisfazer as necessidades de assistência relacionadas com o parto.

O autor acima citado ainda diz que o enfermeiro por ter um papel de muita importância em todo este processo, deve especificar, por meio da sua conduta, que cada caso é considerado um evento muito importante por si mesmo. O enfermeiro que presta cuidados às parturientes deve ter em conta que, "o nascimento de um filho representa para a mãe um momento de tensão, entendida como um momento em que o processo de transformação está prestes acontecer na vida da mesma".

Assim, afirma Nightingale (2005) que com o desenrolar do processo de trabalho de parto percebe-se o surgimento de expressões de angústia, medo, inquietação e indiferença que se mostram à medida que o próprio desconforto originado pelo trabalho de parto evolui. Sendo que o apoio emocional dado à mulher

e à família pelo enfermeiro é de extrema importância, se tivermos em conta que a apreensão, a incerteza, a espera, a expectativa, e o medo da surpresa prejudicam mais o doente do que o esforço físico.

Couto (2003) refere que o enfermeiro deve aproveitar todos os momentos de inter-relação com a parturiente e a família, de modo a construir uma relação de empatia, ajuda e confiança, trazendo assim bem-estar, relaxamento e alegria durante todos os momentos da maternidade. Assim, a preparação para o parto é uma mais-valia, uma relação de partilha e de alegria, não só para a grávida, casal e família, mas também para os profissionais de saúde nela envolvidos.

Nas palavras de Henderson (2007) aborda que o enfermeiro e a enfermagem têm como finalidade no trabalho de parto, realizar adequações para a parturiente, quando esta tem uma necessidade ou exigência para a sua vida, enquadrando o relacionamento da grávida como uma necessidade humana. Assim, ainda foi motivo discursivo nessa pesquisa, a apresentação das dificuldades na execução das práticas não farmacológicas como demonstrado a seguir.

4.3 DIFICULDADES NA EXECUÇÃO DE PRATICAS NÃO FARMACOLOGICOS

Quadro 03-Dificuldades na Execução das práticas não farmacológicas, descritos por ano, autor e título da Obra

ANO	AUTOR	TÍTULO DA OBRA
2011	Silva; Strapasson e Fischer	Métodos não farmacológicos de alívio a dor durante o trabalho do parto
2012	Muniz	Problematizando o atendimento ao parto. Cuidado ou violência.
2012	Almeida	Perspectiva da dor do parto normal.
2014	Moura	Humanização da assistência de Enfermagem ao parto normal
2015	Brasil	Diretrizes de atenção a gestante.

Segundo Muniz (2012), afirmar que a medicina se apropriou do processo do parto na medida em que assumiu o controle sobre o corpo das mulheres com intervenções desnecessárias, uso de métodos farmacológicos, com o excesso de intervencionismo no trabalho de parto e parto tirando o direito da mulher de ser protagonista do seu parto.

Logo Moura(2014) relata que as intervenções desnecessárias são causa da maior parte de infecções, complicações que exigem nova intervenção médica e, até, de morte materna, como demonstra.

O autor acima citado ainda diz que o uso da oxitocina rotineira na parturiente de forma desnecessária leva essa conduta muitas vezes distorcer o trabalho de parto, não que não se possa usá-la seu uso só e necessário em trabalho de partos disfuncionais associados a bolsa amniótica rota por longas horas. O que não e seguido uma vez que ousado indiscriminado das mesma e constante.

Já na visão de Almeida; Medeiros e Souza(2012), outra invasão desnecessárias são as cesarianas eletivas onde o Brasil está em primeiro lugar, as cesarianas eletivas são por opção médica, por ser um procedimento rápido e com benefícios financeiros, ainda mais quando a unidade é particular, sendo o médico protagonista do parto e não a parturiente.

Assim ressalva Brasil(2015) que originalmente, a cesariana é indicada apenas em situações delicadas onde há risco vida para a mãe e o bebê, onde não permitisse deixar a natureza agir por si. Porém, no Brasil, estamos vivenciando uma espécie de epidemia de operações cesarianas, com taxas situadas ao redor de 56%, com ampla variação entre os serviços públicos e privados (40% nos serviços públicos e 85% nos serviços privados).

Ainda nesse contexto Silva; Strapasson e Fischer(2011) afirma que MNFAD são recursos utilizados para substituir o uso de fármacos e tecnologias invasivas durante o trabalho de parto e parto e as cesarianas desnecessárias, estes recursos foram muito utilizados nas décadas de 1950 e 1960, porém sua prática perdeu-se com o tempo, devido a um alto grau de medicalização e abuso de técnicas invasivas.

E por fim, no quadro 04, vários autores demonstram alguns métodos não farmacológicos.

4.4 MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS

Quadro 04 - Métodos não Farmacológicos descritos por ano, autor e título da Obra

ANO	AUTOR	TÍTULO DA OBRA
2007	Mamede & Dotto	Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto.
2008	Davim	Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor em parturientes.
2010	Nascimento,	Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras.
2011	Silva	Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parte.
2012	Ritter	Manejo não farmacológico da dor em mulheres durante o trabalho.
2013	Silva	Uso de métodos não farmacológicos para o alívio durante o trabalho de parto.
2013	Moreira	Lei do acompanhante no trabalho de parto: algumas reflexões.
2014	Oliveira	A utilização da bola suíça na promoção do parto humanizado.

Na afirmação de Ritter (2012) a concretização das ações não farmacológicas supre o uso de anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto e parto, tornando esse procedimento mais fisiológico possível. O uso desses recursos provoca menos efeitos colaterais para a mãe e o bebê, pois são técnicas que não utilizam medicações e propiciam a mulher maior sensação de controle do parto. Para uma melhor compreensão, serão apresentados os métodos não farmacológicos mais comumente usados para o alívio da dor durante o trabalho de parto e parto.

O autor acima citado ainda diz que o Banho de chuveiro ou imersão a água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular, diminuindo a intensidade da dor nas contrações. Para que o recurso seja aplicado com resultado desejado, é necessário que a temperatura da água esteja em torno de 37 a 38°C, sendo importante que a parturiente permaneça, no mínimo, vinte minutos no banho.

Nas palavras de Davimet *et al.* (2008) em gestante com dilatação cervical de 8 a 9cm o efeito do banho de chuveiro no alívio a dor durante o trabalho de parto teve um resultado positivo na redução da intensidade da dor na fase ativa da dilatação.

Nesse contexto Mamede e Dotto (2007) diz que a deambulação e mudanças de posição têm revelado que, fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o feto quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, pois o

útero contrai-se, o fluxo sanguíneo que chega ao bebê através da placenta é mais abundante, o trabalho de parto se torna mais rápido e a dor tende a diminuir.

Nas palavras de Silva *et al.* (2013) mudar de posição no momento do trabalho do parto é de grande eficácia : sentando-se, caminhando, ajoelhando-se, ficando de pé, , ajuda no alívio da dor. Acelerando, assim o processo do trabalho parto.

Nascimento *et al.* (2010) afirma que os exercícios permitem que as parturientes, entenda as diferenças entre relaxamento e contração, melhorando os tônus musculares e, desta forma, permitindo a parturiente uma evolução perfeita no decorrer do parto.

Assim como Ritter (2012) diz que a promoção de um bom relaxamento muscular vai desde a adoção de posturas confortáveis a ambientes tranquilos, utilizando a imaginação para desmistificar o trauma da dor no trabalho de parto. Uma das técnicas mais utilizadas é o relaxamento muscular progressivo, no qual a parturiente realiza a contração musculares acompanhada de relaxamento, priorizando o intervalo das contrações uterinas. Essa técnica tem como objetivo promove a distração acalmando a paciente e desviar o foco da dor no trabalho de parto.

Também serve como um instrumento que distrai a parturiente, tornando o trabalho de Porém, Silva *et al.* (2013) afirma que a massagem proporciona relaxamento, diminuindo a dor e o estresse emocional, podendo ser aplicada em qualquer região que a parturiente relatar desconforto. Sendo na região lombar durante as contrações uterinas e em regiões como panturrilhas e trapézios nos intervalos das contrações, por serem regiões que apresentam grande tensão muscular no trabalho de parto. Estudos demonstram a aplicabilidade da prática de massagens manuais, através do uso de bola de tênis, automassagem e massagens praticadas pelo acompanhante

Na visão de Oliveira (2014) a Bola de Nascimento, ou Bola Obstétrica, parto mais tranquilo. É um recurso que consiste em, permitir a mudança de posição, diminuindo a sensação dolorosa da contração uterina, estimula movimentos espontâneos e não habituais, fazendo que a mulher se movimente para frente e para trás, ajudando na rotação e na descida fetal, A bola também serve como um instrumento que causa distração, tornando o trabalho de parto mais tranquilo.

Moreira *et al.* (2013) esclarece que a presença de uma pessoa como acompanhante durante todo o trabalho de parto, também pode ser visto como

métodos não farmacológicos para alívio a dor, transmitindo assim segurança a parturiente diminuindo a ansiedade sendo que essa pessoa pode ser escolhida pela mulher ou pode ser alguém especificamente treinado para o acompanhamento do trabalho de parto, como uma Doula.

Na visão de Silva *et al.*(2011) o uso da música é um meio muito eficaz como foco de atenção, proporcionando assim uma sensação de relaxamento, causando um estímulo agradável ao cérebro, desviando a atenção da mãe na hora da dor. O efeito da música, usada no trabalho de parto como método não farmacológico para o alívio da dor, pode interferir no ciclo vicioso medo-tensão-dor de forma relaxante, visando à quebra deste ciclo.

5 CONCLUSÃO

Por humanização da assistência ao parto, compreende um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes, então quando se fala em humanização é imprescindível ter uma compreensão aprofundada do termo para que se possa prestar uma assistência segura e adequada diante do sofrimento da pessoa.

Foi constatado no decorrer desta pesquisa, o quanto são os benefícios dos métodos não farmacológico ao parto normal, estes devem ser estimulados pelos profissionais que prestam um assistência com intuito do alívio da dor das parturientes. Dentre essas ações estão: deambulação e mudanças de posição, exercícios de relaxamento, massagem, presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto e até mesmo contribui para o alívio da dor.

Completamos nossas exposições diante da visão dos autores nessa pesquisa, acreditando que a assistência ao parto apesar de se apresentar já com algumas intervenções positivas à partir do uso de métodos não farmacológicos, o mesmo nos mostra que ainda há um longo percurso a ser vencido rumo a uma assistência mais humanizada que considere as reais necessidades das parturientes, se filhos e sua família, pois é nessa tríade que nascem as famílias que merece todo o respeito a ela dispensado, pois é nesse espaço que nasce o futuro de uma nação.

Reforça-se ainda, que por mais tecnologia que exista para atender a mulher em trabalho de parto, essa assistência jamais será completa se não emanar da atitude ética do profissional com atos acolhedores e humanos, portanto, toda a atenção, todo o carinho e o cuidado se faz essencial no processo de humanização. Tratar o outro da mesma forma como gostaria de ser tratado, é a melhor maneira que os profissionais avaliem seu modo de assistir o próximo. Uma vez que essa desenvoltura não é adquirida apenas com capacitações, ela é inerente à índole do enfermeiro e é a forma humanizada de prestar uma assistência que o destaca dentre os demais.

A concretização dessa pesquisa foi de importância, pois servirá de base para os profissionais da saúde, para que possam ampliar seus conhecimentos sobre o assunto abordado, conhecendo de perto como resolver os desafios acerca do parto humanizado sem ação farmacológica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. M.; SOUSA, J. T.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, N. A. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**. v.13, n.1, p. 52-58. 2005.

ANDRADE, M. A. C.; LIMA, J. B. M. C. **O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos**. Cadernos Humaniza SUS. v.4, p.19-46, 2014.

BARMEJO, J. C. **Humanizar a saúde: Cuidado, relações e valores**. Vozes. Petrópolis, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de secretários de Saúde. Recursos humanos: Um desafio do tamanho do SUS/Conselho nacional de secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Ambiência/ Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf>. Acesso em: 08 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**/ Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 08 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana**. Relatório de recomendação CONITEC. Brasília-DF, Abr. 2015.

CASTRO, C. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino Americana Enfermagem**. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>> Acesso em 15 set. 2018.

COELHO K. C.; ROCHA, I. M. S.; LIMA, A. L. S. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto. São Paulo: **Revista Recien**.v. 7, n. 21, p.14-21, 2017.

COHN, A. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 6 ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.

COUTO, G. **Preparação para o Parto**. Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural. Lusociência. Loures, 2003.

DAVIM, R. M. B. ALMEIDA, R. P.; SOUSA, P. A.; SOUSA, B. T. Assistência ao parto normal no domicílio. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 9, n. 6, p. 62-68, 2001.

DAVIM, R.M.B.; ALMEIDA, R. P.; CAMPOS, L. E.; SILVA, D. V. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor em parturientes. **RevEletrEnferm**. v. 10, n. 3, p. 600-9, 2008.

DIAS. M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Ciênc. Saúde Coletiva. v. 10, p. 666-705, 2005.

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

ENNING, C. O. **Parto na água: Um guia para pais e parteiros**. Co-autoria e tradução: Heinz Roland Jakobi. São Paulo: Manole, 2000.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. In **Saúde e História da Criação do SUS**: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUREZ, J. M. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FRELLO, A.T.; OLIVEIRA, T. C.; OLIVEIRA, P. G. E.; RAMOS, F. P. V. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 12, n. 4, p. 660-8, dez. 2010.

GALLO, R.B.S. LIMA, L. S.; PONTE, P. A.; SANTOS, T. L.; QUEIROZ, S. M. Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Revista Femina**, Ribeirão Preto, v.39, n.1, p.41-48, jan. 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184 p.

GRAMACHO, R. C. C. V.; SILVA, R. C. V. **Enfermagem na cena do parto**. Cadernos HumanizaSUS. v. 4, p. 184-200, 2014.

HENDERSON, V. **"Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem"**. Portugal. Lusodidacta. Sociedade Portuguesa de Material Didático, 2007.

HOTIMSKY, E. R.; SILVEIRA, P. L.; SILVEIRA, R. E.; SANTOS, P. F. **O parto como eu vejo...ou como eu o desejo?Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica**. Rio de Janeiro. Cadernos da saúde pública. 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11003.pdf>>. Acesso em: 11 de set. 2014.

ILVA, D. A.; CAMPOS, L. P.; OLIVEIRA, L. C.; CAMPOS, S. S. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. **Revenferm UFPE**, Recife, v. 7, p. 4161-70, maio, 2013.

LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUARES, J. M. **Saúde e Democracia Historia e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2011.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. Estado Nacional no Brasil:reforma sa. In: LIMA, N. T. GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SURE, J. M. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LOBO, S. F.; LOPES, S. L.; SANTOS, A. A.; SANTOS, D. E. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal Peri hospitalar na cidade de São Paulo. Brasil. **Rev. Esc. Enfer. USP**. v. 44, n. 3, p. 812-818, 2010.

MACHADO. R.; LEIDE, L. A.; MEDEIROS, L. C.; MALVAS, R. T. **Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal,1978.

MAMEDE, F. V.; DOTTO, L. M. G. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. Esc. Anna Nery **R Enferm.** v. 11, n. 2, p. 331-6, jun. 2007.

MATEI, E. M.; SILVA, F. H.; HARVAN, A. A.; LEITES, M. K. Parto humanizado: um direito a ser respeitado. Cadernos: Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 16-26, jun./jul. 2006.

MELLO, M. I. **Humanização da Assistência hospitalar no Brasil**. Ed 1. São Paulo: 2008. Disponível em <http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf>. Acesso em: 08 set. 2017.

MENEZES, M. G. B.; DIAS, D. F. S. A humanização do cuidado no pré-parto e parto. **SYNTHESIS Rev. Digital FAPAM**, 2012; p. 24-36.

Moura GN. A percepção das mulheres puérperas acerca da violência da assistência obstétrica. **Universidade Federal Fluminense**. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa: Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura. 2014.

MORAIS, T. C.; WUNSCH, D. S. Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 100-113, 2013. Disponível em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/File/13253/9637>>. Acesso em: 08 set. 2017.

MUNIZ, Beatriz Maia de Vasconcelos; BARBOSA, Ruth Machado. **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência?** Memórias Convención Internacional de Salud Pública, Cuba, Havana, 2012.

NASCIMENTO, N. M.; OLIVEIRA, P. L.; SILVA, G. T.; GOMES, E. S. **Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres**. Esc. Anna Nery, v.14 n.3, Rio de Janeiro, Jul./Set. 2010.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. O que é e o que não é. Loures. Lusociência, 2005.

OLIVEIRA, S. M. J. V.; GONZALEZ, M. L. R; ROSAS, C. F. M.; VIDOTTO, P. Tipo de parto: expectativas das.... **Latino-Am. Enfermagem** [online]. v.10, n.5, p.667-674, 2002.

OLIVEIRA, Z. M. L. P.; MADEIRA, A. M. F. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Revista escola enfermagem**. USP, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 133 -140, ago./set. 2004.

OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. P.; FELIPE, G. F. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev. Rene**. v. 11, p. 32-41, 2010.

OLIVEIRA, L. M. N.; CRUZ, A. G. C. **A utilização da bola suíça na promoção do parto humanizado**. VerBrasCien. e Saúde. v.18, n. 2, p.175-180, 2014.

OSÓRIO, S. M. B.; PAZ, L. A.; PASSOS, J. O.; CORRES, L. B. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. **Rev. Rene**. UFC. 2014.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. Ciência Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702014000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de set. 2017.

PASSOS, E.; NEVES, C. A. B.; BENEVIDES, R. B. O apoiador institucional e a PNH. In: ENCONTRO REGIONAL (Sul/SP) do Curso de Formação de apoiadores para a PNH da gestão e atenção à saúde, (s.n.), 2006, Curitiba. **Palestra...** Curitiba: Sul/SP, 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 29 de mar. 2017.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. Ed. 3, São Paulo: Loyola, 2006.

PETROFF, T. **Terapia cognitivo comportamental**. 2012.

PORTO, A.; AMORIM, M.; SOUZA, A. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, v. 38, n. 10, 2010.

RABELO, I. R. **A competência das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal hospitalar**. Porto Alegre - RS, 2006.

RIESCO, M. L. G.; LIMA, B. J. A.; TAVARES, R. R.; RAMOS, L. F. **Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto**. Cadernos de Saúde Pública, 2002.

RITTER, K. M. **Manejo não farmacológico da dor em mulheres durante o trabalho de parto em um hospital escola**. (Monografia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a.... Porto Alegre: **ARTMED**, Cap. 2. p. 28-49, 2003.

SANTOS, M. L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento: Um modelo teórico**. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2002.

SESCATO, AC, SOUZA, SRRK, WALL, ML. **Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem**. Cogitare Enferm., 13(4):585- 90, 2008.

SILVA, D. A. O.; RAMOS, M. G.; JORDÃO, V. R. V.; SILVA, R. A. R.; CARVALHO, J. B. L.; COSTA, M. M. N. **Uso De Métodos Não Farmacológicos Para O Alívio Da Dor Durante O Trabalho De Parto Normal: Revisão Integrativa**. *Rev enferm UFPE online*, Recife, v. 7, p. 4161-70, maio, 2013.

SILVA, D. C.; RODRIGUES, A. R. G. M.; PIMENTA, C. J. L.; LEITE, E. S. **Perspectiva das puérperas sobre a assistência de enfermagem humanizada no parto normal**. *REBES*. v. 5, n. 2, p. 50-6, 2015.

SILVA, E. F.; STRAPASSON, M. R.; FISCHER, A. C. S. **Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto**. *R. Enferm. UFSM*. v. 1, n. 2, p. 261-67, Mai./Ago. 2011.

SILVA, L. M.; RAMOS, L. L.; LEITE, J. P.; SANTOS, A. U. O. **Uso da bola de nascimento no trabalho de parto**. *Acta paul. Enferm*. São Paulo, v. 24, n. 5, 2011.

SOUZA L. O. **Acolhimento à parturiente: percepção da equipe de Enfermagem (monografia)**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010.

SOUZA, E. N. S.; CAMPOS, T. A.; CASSO, P. J.; SILVA, P. M. Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto. **Rev. Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 1-67, 2011.

TABARRO, S. T.; TORRES, L. A.; SILVA, E. R.; RAMOS, T. V. **Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido**. v. 2, n. 1, p. 2-60, 2010.

TORNQUIST, C. S. **Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil**. Caderno de Saúde Pública, v. 19, n. 2, p. 419-427, 2003.