



CENTRO UNIVERSITÁRIO FAEMA - UNIFAEMA

FERNANDA COSTA SANTANA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E OS DISPOSITIVOS DE CUIDADO PARA
RESGATE DO PROTAGONISMO DA MULHER NO PARTO NORMAL**

ARIQUEMES – RO

2022

FERNANDA COSTA SANTANA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E OS DISPOSITIVOS DE CUIDADO PARA
RESGATE DO PROTAGONISMO DA MULHER NO PARTO NORMAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Enfermagem do
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA,
como pré-requisito para obtenção do grau
de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Esp. Elis Milena
Ferreira do Carmo Ramos

ARIQUEMES – RO

2022

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S232a Santana, Fernanda Costa.
Atuação do enfermeiro e os dispositivos de cuidado para
resgate do protagonismo da mulher no parto normal. / Fernanda Costa
Santana. Ariquemes, RO: Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA,
2022. 44 f. ; il.

Orientador: Prof. Esp. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos.
Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Enfermagem – Centro
Universitário FAEMA – UNIFAEMA, Ariquemes/RO, 2022.

1. Parto. 2. Humanização do parto. 3. Enfermagem. 4. Parto
Normal. 5. Enfermagem Obstétrica. I. Título. II. Ramos, Elis Milena
Ferreira do Carmo.

CDD 610.73

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

FERNANDA COSTA SANTANA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E OS DISPOSITIVOS DE CUIDADO PARA
RESGATE DO PROTAGONISMO DA MULHER NO PARTO NORMAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Enfermagem do
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA,
como pré-requisito para obtenção do grau
de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Esp. Elis Milena
Ferreira do Carmo Ramos

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos
Centro Universitário FAEMA - UNIFAEMA

Prof.^a Ma. Sonia Carvalho de Santana
Centro Universitário FAEMA - UNIFAEMA

Prof.^a Esp. Jaqueline Cordeiro Branti
Centro Universitário FAEMA - UNIFAEMA

ARIQUEMES - RO

2022

Dedico este trabalho aos meus pais e aos meus irmãos, por me amarem incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e pela saúde.

Aos meus pais por acreditarem em mim.

Aos meus irmãos por me motivarem a prosseguir.

À minha orientadora pelos ensinamentos e pelo profissionalismo.

À minha coordenadora pela dedicação e incentivo.

“Um homem não pode fazer o certo numa área da vida, enquanto está ocupado em fazer o errado em outra. A vida é um todo indivisível”.

Anônimo

RESUMO

O parto é um momento único para a gestante e esse processo pode envolver vários aspectos e sentimentos. Historicamente, o protagonismo da gestante no parto é algo que foi perdido a partir da hospitalização e medicalização do procedimento, desencadeando nos dias atuais varias problemáticas assistenciais. Assim, essa pesquisa teve como objetivo compreender a enfermagem no processo de humanização do parto. Para isso, realizou-se uma revisão de literatura com bibliografias da última década, através da Biblioteca Virtual em Saúde, Scholar Google e SciELO. Foram utilizadas 47 bibliografias entre artigos científicos, teses, livros e materiais do Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde. Os resultados indicam que o parto está envolvido em variados processos que geram dúvidas e medo na gestante, sendo o pré-natal um momento indispensável para ações de educação, prevenção e promoção de saúde, fatores que refletem diretamente no protagonismo e autonomia das mesmas. Observou-se que o pré-natal é fundamental para prevenir agravos e garantir o desenvolvimento saudável da gestação e do parto. Conclui-se que o enfermeiro recebe papel de destaque nesse processo em suas ações assistenciais e cuidados de enfermagem durante o pré-natal.

Palavras-chave: Parto. Humanização do Parto. Enfermagem. Parto Normal. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Childbirth is a unique moment for the pregnant woman and this process can involve several aspects and feelings. Historically, the role of the pregnant woman in childbirth is something that was lost from the hospitalization and medicalization of the procedure, triggering, nowadays, several assistance problems. Thus, this research aimed to understand nursing in the process of humanization of childbirth. For this, a literature review was carried out with bibliographies from the last decade, through the Virtual Health Library, Scholar Google and SciELO. 47 bibliographies were used among scientific articles, theses, books and materials from the Ministry of Health and the World Health Organization. The results indicate that childbirth is involved in various processes that generate doubts and fear in the pregnant woman, with prenatal care being an essential moment for education, prevention and health promotion actions, factors that directly reflect on their protagonism and autonomy. It was observed that prenatal care is essential to prevent injuries and ensure the healthy development of pregnancy and childbirth. It is concluded that nurses receive a prominent role in this process in their care actions and nursing care during prenatal care.

Keywords: childbirth. Humanization of Childbirth. Nursing. Normal birth. Obstetric Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABENFO	Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstétricas
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PNHP	Política Nacional de Humanização ao Parto
RN	Recém-nascido
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de parto

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Anatomia do útero: localização do tampão mucoso	24
Figura 2 – Mecanismos do parto	26
Figura 3 – Dilatação uterina	27
Figura 4 – Diferenças na dilatação entre primigestas e multigestas	28
Figura 5 – Apresentação fetal fase de expulsão	29
Figura 6 – Expulsão da placenta	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 PARTO: PANORAMA HISTÓRICO.....	17
4.2.1 Mecanismos do parto.....	25
4.2.2 Estágios do parto	26
4.2.3 Expulsão fetal	28
4.2.4 Estágio da placenta.....	29
4.2.4 Período de Greenberg.....	30
4.3 PRÉ-NATAL COM ENFERMEIRA: IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	30
4.3.1 Protagonismo da mulher no trabalho de parto.....	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

O parto trata-se do momento mais importante para mulher durante toda sua gestação, que pode ser envolto em diversos tipos de sentimentos, como medo, alegria, ansiedade e outros. A autonomia da mulher durante toda sua gestação até o momento do parto é algo que precisa ser trabalhado fortemente, a fim de preservar possíveis agravos e intercorrências (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

O parto no meio médico-científico passou por diversas transformações ao longo do tempo, principalmente nos últimos dois séculos. O avanço da medicina obstétrica incentivou o aumento de intervenções médico-cirúrgicas no procedimento do parto. Sendo assim, o momento do nascimento do bebê passou a ser institucionalizado, a cesariana passou a ser a via mais comumente utilizada e a parturiente passou a perder sua autonomia no processo (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018).

É importante destacar que a hospitalização do parto ganhou tanta força nas últimas décadas que a Organização Mundial da Saúde (OMS) começou desde a década de 1980 a trazer novas propostas de uso adequado de tecnologias no momento do parto. Além disso, no Brasil, o Ministério da Saúde durante os últimos anos também procurou promover políticas públicas de resgate ao parto humanizado e incentivo ao protagonismo da parturiente (SANTOS; OKAZAKI, 2012).

Conforme apontam Silva et al (2020), a cesariana cresceu gradativamente no Brasil ao longo dos anos, superando o parto vaginal. Os autores afirmam que muitos fatores podem estar relacionados com esse fenômeno, tais como o aumento do acesso da sociedade às assistências médicas, o medo da dor ao parto vaginal, entre outros.

A partir desses aspectos, esse estudo traz como problema de pesquisa a seguinte questão: como a atuação do enfermeiro pode influenciar nos dispositivos de cuidado para a humanização do parto? A hipótese é que o profissional de enfermagem a partir de seu conhecimento técnico e científico do parto pode trabalhar a humanização e o protagonismo da gestante durante todo o pré-natal.

Nesse sentido, esse estudo tem como objetivo geral compreender a enfermagem no processo de humanização do parto. Para isso, realizou-se uma revisão de literatura com bibliografias da última década.

O estudo se justifica nos aspectos epidemiológicos e históricos do aumento das intervenções cirúrgicas no parto o que, conseqüentemente, proporciona diminuição do protagonismo da parturiente neste momento. Além disso, se justifica na importância que a assistência de enfermagem pode apresentar para promover o incentivo da participação da mulher no processo gestacional, resgatando seu protagonismo e autonomia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a enfermagem no processo de humanização do parto.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Abordar sobre a humanização do parto;
- Destacar a autonomia da mulher no processo de trabalho de parto;
- Identificar a atuação da enfermeira durante o pré-natal para evolução da gestante como protagonista do parto.

3 METODOLOGIA

Esse estudo é orientado por uma revisão de literatura de ordem descritiva e qualitativa. De acordo com Brizola e Fantin (2016), a revisão de literatura é compreendida como a junção dos ideais e achados científicos de variados autores sobre determinado tema, na premissa de realizar a descrição do mesmo, relacionando diferentes obras.

Conforme aponta Medeiros (2012), a abordagem qualitativa se relaciona com uma atenção particular e subjetiva do fato, tais como experiências, emoções e sentimentos. Sendo assim, se apresenta como uma abordagem importante para observar fenômenos e comportamentos sociais.

Para a realização do levantamento bibliográfico, esse estudo utilizou as bases de dados veiculados pela Internet, como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Revistas Científicas, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Google Acadêmico. Além de acervo próprio e de indexações de Enfermagem e Saúde da Mulher.

Os critérios de inclusão das bibliografias para coleta de dados foram: literaturas integrais e finalizadas, disponíveis nas bases de dados selecionadas, nacionais e internacionais, publicadas nos últimos 10 anos e relacionadas aos objetivos do estudo. As literaturas que não se encaixaram nos critérios foram excluídas da revisão.

Após a escolha dos materiais e obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, efetuou-se uma leitura minuciosa para analisar a existência, ou não, de informações relevantes ao tema, identificando se estavam alinhados e coerentes com o objetivo proposto pelo presente estudo.

Nesta etapa procedeu-se a avaliação dos dados coletados, fazendo-se um julgamento crítico sobre a qualidade desses dados, analisando-os quanto à relevância para a pesquisa e se contemplam o seu estudo.

Segundo Treinta et al (2014), essa análise faz parte da estratégia aplicada na pesquisa e é importante para evidenciar que a bibliografia selecionada apresentará informações relevantes, atendendo aos objetivos e ao problema em estudo.

Com isso, cabe ressaltar que foram utilizadas 42 referências para a confecção deste estudo. Destes 32 são artigos nacionais; 2 são internacionais. Com 2 livros, 1 tese de doutorado e 5 são protocolos/manuais/programas/legislações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 PARTO: PANORAMA HISTÓRICO

A gestação é compreendida como um momento marcante para qualquer mulher e mesmo o seu corpo sendo preparado para a concepção de maneira fisiológica, variadas transformações surgiram ao longo do tempo no processo de assistência ao parto, modificando-o de acordo com o tempo e a cultura. No entanto, algo comum que seguiu por muito tempo foi a presença feminina no momento do parto, normalmente pela parteira ou mãe da parturiente (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Até grande parte da Idade Moderna (do século XV ao século XVIII), o parto era um assunto unicamente feminino e assistido de maneira caseira. Até esse momento as parteiras eram especialistas no assunto e detinham o conhecimento de maior qualidade sobre o mesmo. Além disso, para as realezas ao redor do mundo o parto era tido como um espetáculo que era assistido por inúmeras pessoas (SILVA et al, 2016).

As parteiras detinham seus conhecimentos de outras gerações que lhes eram repassados. Além disso, suas experiências vastas a partir da execução de inúmeros partos ao longo da vida vaziam serem reconhecidas como as mais preparadas para execução do procedimento, pois seus conhecimentos eram superiores aos do médico (PIMENTA et al, 2013).

É importante destacar que alguns autores como Souza et al (2019) afirmam que a prevalência do parto caseiro de exclusiva responsabilidade da parteira perdurou até o século XVIII. Após esse período a presença da parteira foi diminuindo gradativamente, principalmente em decorrência do advento do capitalismo, pois muitas tecnologias passaram a surgir no meio médico-obstétrico, que é compreendido como o início da evolução da medicina obstétrica e de intenso número de intervenções médico-cirúrgicas no parto.

A perda das parteiras, o surgimento de novas tecnologias e intervenções e o protagonismo médico ficaram conhecidos como medicalização do parto.

O processo de medicalização (ou hospitalização) do parto é compreendido como o momento em que o parto deixou de ser domiciliar e passou a ser institucionalizado pela figura do médico. De acordo com Palharini e Figueirôa (2018),

o nascimento da medicalização foi no século XVII em países europeus, se fixando fortemente no século XX após a Primeira e a Segunda Guerras Mundiais. É possível observar que esse fenômeno se estabeleceu a partir da própria evolução da profissão médica.

Para Vendrúscolo e Krueel (2015), a mudança de perceptiva na abordagem do parto tem como ponto de início o fortalecimento do uso do fórceps, que se trata de um instrumento que foi muito utilizado para facilitar a retirada do feto em situações de risco de mortalidade materna e perinatal. De acordo com os autores desde meados do século XVI já existiam relatos do uso desse instrumento em procedimentos de parto. Sendo assim, há o início do fortalecimento da figura do médico.

Com isso, observa-se que ao mesmo tempo em que houve a hospitalização do parto, houve a marginalização da atuação das parteiras, onde seus serviços e conhecimentos passaram a ser considerados antigos e ultrapassados. Além disso, tendo em vista que a profissão médica era fortemente desenvolvida por homens, observou-se a transferência de gênero, ou seja, o que anteriormente era realizado unicamente por mulheres passou a ser de domínio exclusivo de homens (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018).

Um ponto bastante importante que deve ser abordado quando se observa a marginalização do trabalho das parteiras tem como base política e social. De acordo com Vendrúscolo e Krueel (2015), as parteiras, além de assistirem ao parto, também atuavam aconselhando as mulheres. Segundo os autores, tal fator era observado com preocupação pelas autoridades, que queriam deter o controle sobre as ações das mulheres e sobre o corpo feminino, sendo mais interessante a eles que os médicos realizassem a assistência, visto que os mesmos já pertenciam à alta sociedade.

Sendo assim, a partir do século XX houve o surgimento de inúmeras maternidades em todo o mundo, que facilmente passaram a ter aceitabilidade pública, alterando as formas de cuidado e os papéis dos indivíduos. Grande parte desse avanço deu-se em decorrência das reformas sanitárias da época. Além disso, nesse período o corpo feminino já havia passado por diversos estudos, que começaram mais precisamente a partir da segunda metade do século XIX (PALHARINI et al, 2015)

É importante destacar que no Brasil, nas primeiras décadas do século XX o parto em hospitais era prevalente para mulheres solteiras e com baixo poder econômico. No entanto, a partir da década de 1930, mulheres de classe média e alta

passaram a ser convencidas que o hospital era o melhor local para o procedimento e o fenômeno da hospitalização começou a ser fortalecido nas décadas que seguiram (CASTRO, 2015).

No Brasil, com o surgimento de conquistas trabalhistas a hospitalização do parto foi ainda mais observada, visto que o surgimento de organismos como o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) expandiu a assistência hospitalar entre a sociedade (WERMUTH; GOMES; NIELSSON, 2016).

De acordo com Ayres, Henriques e Amorim (2018), na década de 1950, nos Estados Unidos, além do fórceps, o principal instrumento utilizado nos partos hospitalares eram as tesouras, que realizavam o corte do períneo. Segundo os autores, já na década de 1960 era extremamente fácil convencer as parturientes a realizarem o procedimento dentro do centro cirúrgico.

A medicalização do parto passou a ser bastante discutida a partir da década de 1950. É importante destacar que o surgimento do Programa de Saúde Materno-Infantil em 1975 foi um importante instrumento em busca de modificações das políticas de parto no Brasil, tendo em vista que proporcionou um olhar direcionado à saúde da mulher que até então era inespecífico. O programa possuía como enfoque a busca pela redução da morbimortalidade materno-infantil no país (MATOS et al, 2013).

Todavia, as críticas pontuais em busca de mudança dessa situação foram intensificadas na década de 1980. No Brasil, o movimento ficou conhecido como “humanização do parto”. Sendo assim, uma conferência foi realizada pela OPAS em Fortaleza-CE, onde foi reafirmado a importância do parto vaginal e busca por mudanças nesse cenário. Esse fato impactou fortemente o país e políticas públicas começaram a surgir em busca do resgate da humanização do parto (NICIDA et al, 2020).

É importante compreender que na década de 1980 ocorreu a redemocratização do país, após o período de Ditadura Militar. Durante essa década houve um “Boom” no surgimento de políticas públicas de saúde, bem como de políticas relacionadas à assistência ao parto. Além disso, foi nessa década que a saúde foi constitucionalizada como um direito de todos e dever do Estado, o que culminou pouco tempo depois na criação do Sistema Único de Saúde (MATOS et al, 2013).

Vale destacar que a busca em iniciar e fortalecer o movimento de “humanização do parto” no país teve bastante impacto com a participação de um grupo de enfermeiras obstétricas da Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiras Obstétricas (ABENFO). O movimento contra o modelo hospitalar trouxe um enfoque no resgate histórico, nos aspectos éticos e na importância da criação de políticas públicas que inserissem o enfermeiro no parto humanizado (NICIDA et al, 2020).

Uma das conquistas dessa luta foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983 pelo Ministério da Saúde. O programa possuía variadas vertentes e uma delas era a assistência gestacional e puerperal e na concepção. Tal fato foi fundamental para estabelecer alguns direitos importantes à saúde da mulher (MATOS et al, 2013).

A conquista do PAISM foi importante para a mudança no cenário assistencial tradicional ao parto e à saúde da mulher, pois teve como enfoque a atenção integral, que ainda não era preconizada no país. Nesse sentido, houve a ampliação do olhar sobre a mulher, que agora deveria ser assistida em suas especificidades em cada etapa de sua vida (RATTNER, 2014).

Ao longo da década de 1990, o Ministério da Saúde procurou desenvolver formas para controlar os índices de cesarianas e incentivar o parto natural, dentre elas promoveu o aumento da remuneração ao parto natural. Além disso, começou a ser trabalhado entre os profissionais de saúde a compreensão da necessidade e importância de respeitar a autonomia das mulheres e de inseri-la ativamente no parto (RODRIGUES, 2015).

Em decorrência de todos os debates levantados nesse período, a OMS lançou em 1996 aquilo que ficou conhecido com “Recomendações da OMS”, que se tratava de um guia prático para assistência ao parto natural. O enfoque era nas boas práticas de assistência, nas recomendações às gestantes de baixo risco e no resgate da fisiologia do parto (RUSSO et al, 2019).

Importante compreender que muitas críticas ao modelo biomédico do parto estavam relacionadas com a própria configuração do procedimento cesariano, como por exemplo, a posição da parturiente no momento. A adoção da posição dorsal, que facilita o trabalho médico e o acesso ao bebê é dos aspectos que demonstra o

protagonismo médico, deslegitimando o papel da mulher no procedimento (BOTELL; BERMUDEZ, 2012).

Uma das grandes conquistas para o fomento à humanização do parto foi o surgimento da Política Nacional de Humanização ao Parto (PNHP), em 2000, que tem como principal enfoque a retomada do protagonismo da mulher no parto e a retomada na fisiologia natural do mesmo (MATOS et al, 2013).

O PNHP apresenta-se como ponto chave na perpetuação do parto humanizado no país, visto que suas disposições categorizavam que o SUS deveria ampliar acesso e a qualidade do pré-natal, do parto e do puerpério no país, desenvolvendo ações de acolhimento à gestante e ao bebê como partes principais desse processo (RODRIGUES, 2015).

É importante salientar que foi a partir da PNHP que houve uma determinação mais explícita quanto à necessidade de eliminar qualquer tipo de intervenções medicamentosas e cirúrgicas quando as mesmas não se fizerem necessárias, tendo em vista que procedimentos como a episiotomia não trazem benefícios à parturiente e ao recém-nascido (MATOS et al, 2013).

Sendo assim, essa nova política transformou a assistência gestacio-puerperal, além de transformar também a forma de atuação de todos os profissionais de saúde nesse âmbito. A partir disso, a saúde começou a emanar a necessidade que médicos e enfermeiros obstetras passassem a se qualificarem para desenvolver a assistência integral à gestante. Essa capacitação ganhou destaque na área da enfermagem, que é a profissão que possui em suas raízes históricas o cuidado ao parto vaginal, passando então a receberem papel de destaque nesse processo (MALHEIROS et al, 2012).

Em 2006, o Ministério da Saúde realizou a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), que revelou que 98% dos partos no Brasil eram hospitalares. Castro (2015) reforça que esse índice apresenta uma grande conquista para a saúde pública do país, pois demonstra que mais pessoas estão conseguindo acessar aos serviços de saúde. No entanto, o autor critica que ao passo em que há maior acesso à saúde, paralelamente, os indicadores de mortalidade materna do país são péssimos.

É possível observar que apesar das conquistas de políticas públicas preponderantes em busca da humanização do parto, a cesariana ainda prevalece no

Brasil. Nesse sentido, ao longo dos últimos anos muitas discussões ainda são levantadas para mudar esse cenário. Souza e Castro (2014) salientam que a segurança que a cesariana traz à mãe e ao bebê são indiscutíveis, mas apontam que seu uso deve ser apenas em casos específicos de risco, visto que, por se tratar de um procedimento caro ao sistema público de saúde, seu uso desnecessário deve ser evitado.

Nesse mesmo sentido, Ayres, Henriques e Amorim (2018) afirmam que as evidências científicas alertam para a gravidade que a cesariana pode apresentar em muitos casos. De acordo com os autores o uso demasiado de medicações (como a ocitocina), a ruptura de membranas ovulares, a pressão no útero na retirada do bebê e a episiotomia são intervenções médico-cirúrgicas que podem trazer danos à saúde física e mental de muitas mulheres.

Observando que essa luta ainda está vívida, a OMS demonstra constantemente preocupação com o assunto, lançando ao longo dos últimos anos diversas recomendações sobre o mesmo. Em 2018, a organização apresentou recomendações em busca de padronizar o cuidado às gestantes saudáveis no cenário global, incentivando a redução de intervenções cirúrgicas e no fortalecimento do parto vaginal (WHO, 2018).

Nos dias atuais, as configurações do parto também estão passando por transformações (ou não), visto que o parto domiciliar começou a ganhar bastante interesse por muitas mulheres. Esse resgate histórico proporciona um protagonismo integral à parturiente, que apresenta características de personalidade e autonomia, além de possuir conhecimento do modelo de parto humanizado e da desumanização muitas das vezes vivenciada no modelo biomédico (NICIDA et al, 2020).

4.2 FISILOGIA DO PARTO: ESTÁGIOS E MECANISMOS

Conforme pontua Martins (2016), o processo de nascimento do bebê é dividido em dois estágios macros:

1. O trabalho de parto (TP): consiste em todo o período de manifestações fisiológicas e anatômicas, bem como das contrações uterinas que trabalham para expulsar o feto;
2. Parto: é o momento propriamente dito do nascimento do bebê.

Segundo Saito (2017), o TP e o parto devem ser compreendidos não somente como o processo de saída do bebê do organismo da parturiente, mas também da saída de todos os objetos e materiais intrauterinos, tais como o líquido amniótico e a placenta, que são denominados de produtos conceptuais.

De acordo com o PNHP, um parto tido como normal apresenta algumas características definidoras, tais como:

- Todo o processo apresenta baixo risco, desde o início do trabalho de parto (TP) até o parto;
- O nascimento acontece de maneira espontânea e sem estímulos de qualquer natureza;
- O nascimento acontece a termo, ou seja, entre 37 e 42 semanas de gestação;
- O bebê nasce em posição cefálica;
- Durante as primeiras horas após o nascimento, tanto a puérpera, quanto o recém-nascido (RN) apresentam boas características de saúde e bom estado geral.

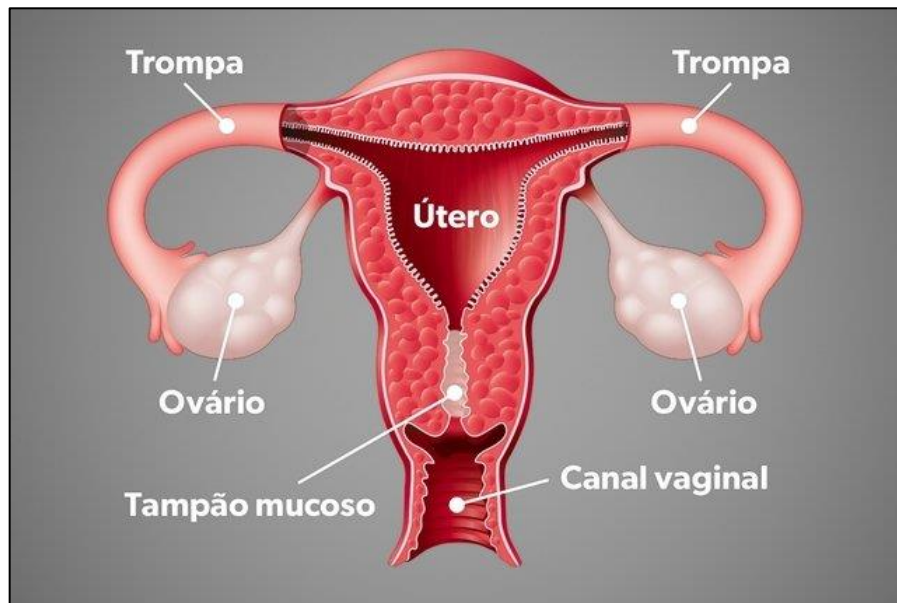
Em situações em que haja agravos no processo do TP algumas medidas e assistências devem ser implementadas, como o uso de ocitocina sintética, fármacos estimulantes e a própria cesariana. Todavia, é importante destacar que o PNHP preconiza que o processo natural do parto deve ser priorizado e que a necessidade de intervenções médicas no TP está muito associada ao despreparo da puérpera em relação ao momento, muitas das vezes por conta de um pré-natal ineficaz ou mesmo pela ausência de um pré-natal (SILVA; SILVEIRA; MORAIS, 2017).

O primeiro fenômeno que precede e indica os primeiros sinais que o TP está próximo é a perda do tampão mucoso. Esse processo é caracterizado por um sangramento vaginal que se difere dos sangramentos comuns da gestação, pois

apresenta as seguintes características: pode ser transparente, esbranquiçado ou avermelhado e é gelatinoso. Esse muco está presente no colo do útero desde o início da gestação, buscando promover uma barreira entre o canal vaginal (que é rico em bactérias) e o útero (que é estéril), realizando então uma proteção do útero contra microrganismos. A perda do tampão mucoso pode ocorrer dias ou horas antes do TP (FÉLIX et al, 2019).

A Figura 1 apresenta a anatomia uterina e a localização do tampão mucoso no colo do útero. Como pode ser observado, o tampão mucoso promove uma barreira entre o canal vaginal e o útero.

Figura 1 – Anatomia do útero: localização do tampão mucoso



Fonte: Sedicias (2022).

O TP é marcado por variados processos fisiológicos que trabalham em realizar a expulsão do feto da região uterina. O TP normalmente inicia em duas semanas precedentes à data provável do parto com as contrações chamadas de “treinamento”, que são caracterizadas por contrações arrítmicas e de intensidade variadas. Essas contrações tratam-se dos primeiros movimentos musculares uterinos de preparação e posicionamento do feto para a saída, pois ocasionam o amolecimento do colo do útero e o apagamento e a dilatação do útero. A partir do rompimento da bolsa e da perda do líquido amniótico (rompimento das membranas), o TP dura normalmente de 12 a 18 horas em primigestas (primeira gestação) e de 6 a 8 horas em gestações subsequentes (multigestas). (SANTOS et al, 2015).

O início da contratilidade da musculatura uterina tem origem com a sintetização e liberação do hormônio ocitocina a partir da glândula hipófise. No campo científico ainda não se tem conhecimento sobre qual processo fisiológico pontual provoca o início da sintetização. No entanto, muitos cientistas defendem precisamente que o próprio estágio termo da gestação seja o responsável pelo início da produção. Com isso, se inicia o processo de contratilidade da musculatura uterina, a movimentação e o posicionamento fetal e, conseqüentemente, o TP (FÉLIX et al, 2019).

4.2.1 Mecanismos do parto

Para compreender o mecanismo do parto é preciso definir alguns conceitos. Conforme apontam Martins (2016) e Miyashita (2018) o parto pode ser definido como:

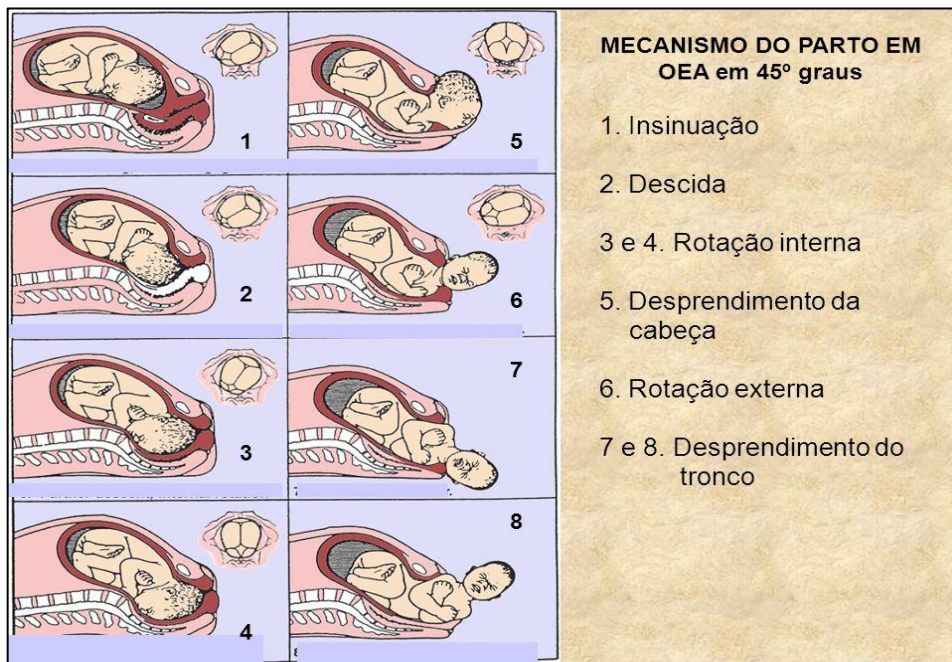
- Parto natural, normal ou vaginal: é aquele que evolui fisiologicamente natural e onde há a saída do feto por via vaginal;
- Parto operatório ou cesáreo: acontece por meio de intervenções médico-cirúrgicas, onde a retirada do feto acontece por meio do acesso ao útero por incisão abdominal;
- Parto Eutócico: aquele que se desenvolve de maneira natural, sem nenhuma intercorrência grave;
- Parto Distócico: aquele que apresenta qualquer intercorrência na contratilidade uterina, no objeto (feto) ou no trajeto, que são os aspectos fundamentais do parto. Quando a intercorrência se relaciona com a contratilidade uterina, é denominada uma distócia funcional. Quando a intercorrência se relaciona com o objeto, é denominada uma distócia fetal. Quando a intercorrência se relaciona com o trajeto, é denominada uma distócia de trajeto.
- Parto induzido: provocado antes de sua manifestação fisiológica natural;
- Parto dirigido: é conduzido através de intervenções e assistências que buscam corrigir as intercorrências e permitir sua boa evolução.

Sendo assim, os mecanismos do parto se relacionam com os movimentos realizados pelo feto na busca por adequar e alinhar os seus maiores diâmetros aos diâmetros do canal do parto. Esses movimentos podem ser ativos, ou seja, oriundos da movimentação e força realizada pela gestante durante as contrações e o TP, e também podem ser passivos, ou seja, realizados naturalmente pelo feto a partir da contração uterina (TELES et al, 2014).

Os mecanismos passivos que são executados pelo feto são: 1 - descida (ou progressão); 2 - insinuação (ou encaixamento); 3 - Extensão; 4 - rotação interna; 5 - Flexão; 6 - rotação externa e; 7 - desprendimento total (TELES et al, 2014).

A Figura 2 apresenta as imagens dos mecanismos do parto.

Figura 2 – Mecanismos do parto



Fonte: Martins (2016).

4.2.2 Estágios do parto

Conforme aponta Posner et al (2014), o parto é composto por 4 estágios

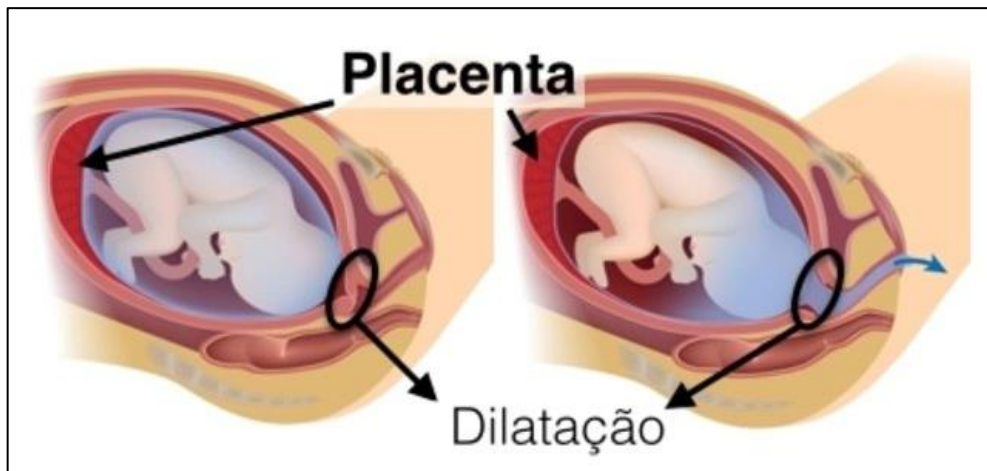
1. Dilatação ou apagamento do colo do útero;
2. Expulsão fetal;
3. Estágio da placenta ou dequitação;
4. Período de Greenberg.

4.2.2.1 Dilatação ou apagamento do colo do útero

Essa fase é caracterizada pelo árduo trabalho das contrações uterinas que apresentam alta intensidade e intervalos curtos, que visam promover a dilatação máxima do colo uterino, que é de 10 cm. Na região intrauterina, o saco amniótico (caso não esteja rompido) desenvolve função importante na dilatação, tendo em vista que sua compressão contra o canal cervical evidencia o processo de formação da “bolsa d’água”, que auxilia na formação de pressões que trabalham em dilatar o colo uterino. Mas o feto também desenvolve papel importante na dilatação, através da movimentação de sua parte exposta, que normalmente é o crânio (POSTER et al, 2014).

A Figura 3 apresenta uma representação da ação de dilatação do colo uterino.

Figura 3 – Dilatação uterina



Fonte: Tulipa B. (2018).

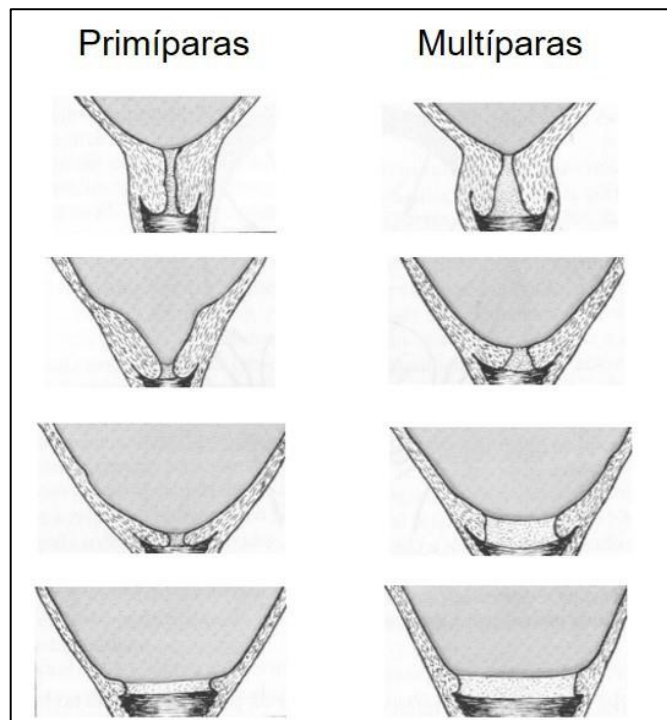
Como pode ser observado na figura, a placenta, o saco amniótico e o feto desenvolvem uma ação de pressão contra o colo do útero e isso desencadeia na evolução de sua dilatação. Sendo assim, a fase é caracterizada pelas ações de contração e finalizada pela dilatação completa do colo. Entre as características principais desse período está a dor lombar, que pode se mostrar intensa (MARTINS, 2016).

A dilatação é dividida em duas fases: fase latente e fase ativa. As características definidoras dessas fases estão envolvidas com os aspectos de intensidade e período das contrações. Na fase latente, as contrações são fracas e

com períodos irregulares. A fase latente é responsável por promover cerca de 3 a 4 cm da dilatação do colo, durando cerca de 8 horas em primigestas e 5 horas em multigestas. Enquanto isso, a fase latente é caracterizada por contrações mais intensas, que podem durar até 1 minuto, com intervalos adequados (entre 2 e 5 minutos) e que promovem a dilatação total (10 cm). Em primigestas, essa fase pode durar em média 5 horas, enquanto em multigestas pode durar em média metade desse tempo (NASCIMENTO et al, 2017).

A Figura 4 apresenta as diferenças nos padrões da dilatação entre primigestas e multigestas.

Figura 4 – Diferenças na dilatação entre primigestas e multigestas



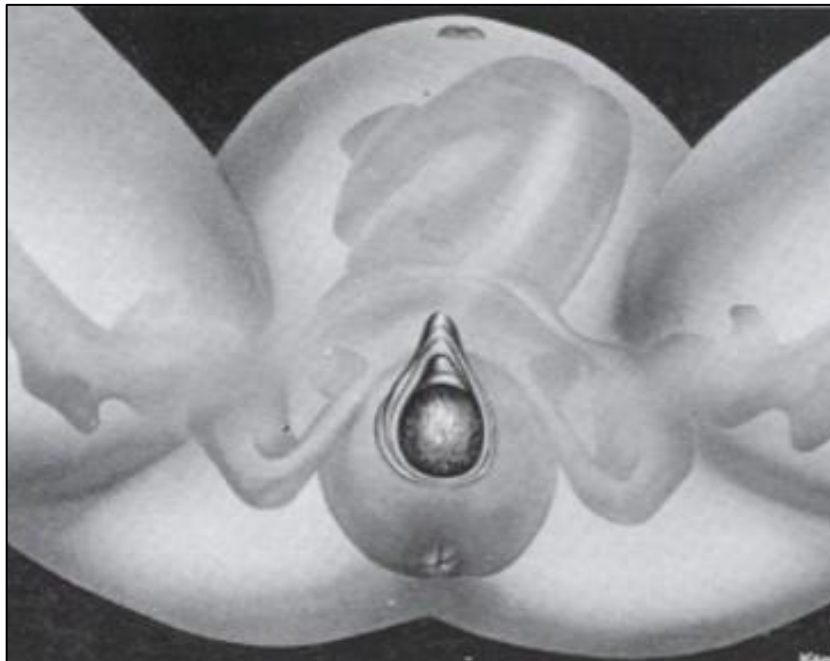
Fonte: Araújo (2020).

4.2.3 Expulsão fetal

Essa fase se inicia a partir da dilatação completa do colo uterino, finalizando com a saída do feto. O período é caracterizado por contrações mais intensas e pelo papel da parturiente no processo, visto que o protagonismo maior na ação de saída do feto está pela ação da parturiente em realizar compressões abdominais nesse sentido. Além disso, a ação do diafragma também é evidente. Sendo assim, os exercícios respiratórios se mostram importantes nesse momento (MARTINS, 2016).

É durante esse estágio que ocorre o mecanismo do parto. Assim, o processo é caracterizado pela passagem do feto pelo polo cefálico, que percorre a fase pélvica (determinada pela apresentação fetal acima do plano) e pela fase pélvica (caracterizada pela apresentação fetal abaixo do plano). Para primigestas e multigestas esse estágio dura em média 50 e 20 minutos, respectivamente. Ao final desse estágio, o feto já recebe a denominação de neonato ou recém-nascido (POSNER et al, 2014).

Figura 5 – Apresentação fetal fase de expulsão



Fonte: Araújo (2020).

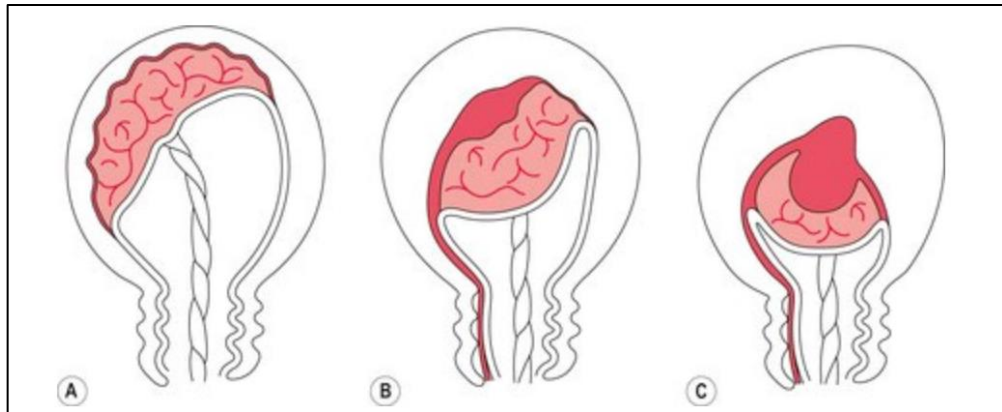
4.2.4 Estágio da placenta

Esse estágio percorre o momento da saída completa do feto, até a saída da placenta e dos produtos conceptuais, ou seja, a dequitação. O processo é desencadeado pelas contrações uterinas que continuam trabalhando para expulsar todo o conteúdo contido na região intrauterina. Esse estágio não é demorado e em cerca de 90% dos partos ocorre em um período de 15 minutos. No entanto, em algumas situações o processo pode levar mais de 1 hora, onde pode ser verificado o

quadro de placenta retida. Sendo assim, o enfermeiro precisa estar atento ao quadro de sangramento (POSNER et al, 2014; NASCIMENTO et al, 2017).

A Figura 6 apresenta a evolução da expulsão da placenta pós-parto.

Figura 6 – Expulsão da placenta



Fonte: Romeiro (2017).

4.2.4 Período de Greenberg

O período de Greenberg se inicia após a dequitação da placenta. Esse estágio não possui tempo definido, pois varia de caso em caso. As ações nesse período devem ser de monitoração e cuidados com puérpera, observando sangramentos e promovendo reposição volêmica e de ocitocina. É nesse estágio que é preciso monitorar a retração do útero e observar os sinais vitais constantemente, no intuito de diagnosticar anormalidades de maneira precoce (OLIVEIRA et al, 2019).

4.3 PRÉ-NATAL COM ENFERMEIRA: IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O Ministério da Saúde salienta que o pré-natal deve ser embasado no acolhimento integral da gestante, a partir do uso de recursos materiais, laboratoriais e clínicos na busca por diagnosticar agravos e garantir um desenvolvimento saudável

da gestação. Além disso, o pré-natal percorre a busca pelo fortalecimento do protagonismo da gestante no processo, boa evolução do trabalho de parto e parto e também assistência puerperal e neonatal. Ou seja, o pré-natal se mostra extremamente relevante para a garantia da qualidade de saúde materno-infantil (BRASIL, 2006).

Segundo Martins et al (2012), o pré-natal não deve ser visto pela equipe de saúde como algo passageiro, pois é durante esse período que a gestante deve ser dotada de aprendizados e esclarecimentos que farão com que a sua construção como mãe seja desenvolvida. Ou seja, tudo aquilo que foi aplicado durante as consultas de pré-natal serão levadas com a gestante após o nascimento do seu filho e é por isso que as consultas precisam ser acolhedoras e humanizadas, pois a mulher poderá levar experiências boas ou também experiências ruins do pré-natal e isso dependerá da qualidade com que a mesma foi desenvolvida por parte dos profissionais.

Araújo et al (2013) salienta que dentro dessa assistência, o enfermeiro recebe função de destaque, tendo em vista que os cuidados e prescrições de enfermagem são importantes para percorrer todos os objetivos do pré-natal. Para além disso, o autor reforça que o enfermeiro tem autonomia para assistir e evoluir aos partos de baixo risco, algo que garantido pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Decreto nº 94.406/87), tanto para enfermeiros, quanto para enfermeiros obstetras.

Nesse sentido, Martins et al (2015) também reforçam a abrangência do enfermeiro nesse sentido, pois a assistência de enfermagem é importante para prevenir e promover saúde. Além disso, segundo o autor, o enfermeiro é um importante educador em saúde e mediante os paradigmas sociais em que a gestação e o parto estão envolvidos nos dias atuais esse tipo de trabalho com as gestantes se mostra essencial para sanar suas dúvidas, compreendê-la integralmente e se tornar suporte nesse momento onde os sentimentos e as emoções estão aflorados.

É possível observar que a importância do enfermeiro está envolvida também em não permitir que a gestante seja submetida a situações de negligência e imperícia em sua gestação. Apesar disso, é muito comum que diversas gestantes do Brasil não recebam uma assistência de pré-natal de qualidade e isso evidencia um enfraquecimento do SUS em promover uma cobertura de qualidade para essa demanda de serviço. Observa-se que para que a gestante não vivencie esses

episódios, é necessário que o enfermeiro atue com ética e responsabilidade em seus cuidados de enfermagem (LEMES, 2012).

Em estudo com gestantes do Ceará, Martins et al (2015) evidenciaram que as mesmas ao primeiro momento da consulta de enfermagem com o enfermeiro apresentaram sentimentos de desconfiança e insegurança. Isso reforça que a atuação desse profissional precisa ser fortalecida na cultura de saúde e o passo para isso é a prestação de uma assistência de enfermagem humanizada e acolhedora com essas gestantes, que passará a se sentir confiante e fortalecida através dos cuidados de enfermagem a ela prestados.

De igual maneira, a pesquisa de Oliveira, Barbosa e Melo (2016) compreendeu que as gestantes avaliadas demonstraram desconhecimento sobre o papel o enfermeiro no pré-natal, mas que após as consultas com o profissional puderam determinar sua importância. De acordo com os autores, o desconhecimento sobre o papel do enfermeiro no pré-natal é algo o cultural que leva tempo para ser construído, sendo necessário que a classe una esforços nessa busca.

Colaborando com isso, a pesquisa de Dias et al (2018) confirmou a percepção das gestantes avaliadas sobre a importância do papel do enfermeiro no pré-natal. Segundo os autores, a justificativa das gestantes para determinar a relevância do atendimento de enfermagem no pré-natal decorreu das boas experiências observadas por elas na assistência humanizada e acolhedora, principalmente nos processos de educação em saúde, a partir dos conselhos e do esclarecimento de dúvidas, o que permitiu com a segurança entre elas fosse desenvolvida. Esse fato que evidencia a importância do pré-natal com o enfermeiro.

Entre os fatores de agravo que a não execução da cobertura de pré-natal envolve está a morte neonatal, que no Brasil apresenta índices alarmantes. A maioria das mortes neonatais no Brasil é por causas evitáveis, tais como a sífilis congênita. Essa característica reforça que o pré-natal é indispensável para o nascimento saudável e demonstra a importância da atuação profissional nesse sentido (BRASIL, 2012).

Vale destacar que durante o pré-natal é o enfermeiro que executa a solicitação de exames laboratoriais, verifica e corrige a situação vacinal da gestante e realiza as testagens de infecções sexualmente transmissíveis (IST's). Tudo isso faz parte da

triagem do pré-natal e precisa ser realizado com todas as gestantes para que os riscos sejam diminuídos. Além disso, o pré-natal do parceiro também percorre essa triagem e isso determina que a abrangência do pré-natal é algo essencial para a qualidade de saúde da família (MARTINS et al, 2012).

4.3.1 Protagonismo da mulher no trabalho de parto

Neste tópico, destaca-se o papel do enfermeiro no processo de promoção do protagonismo da mulher no trabalho de parto. Observa-se que o modelo biomédico de assistência ao parto se fortaleceu ao longo das últimas décadas, retirando o protagonismo da gestante e passando para o médico, que muitas das vezes negligencia os desejos da gestante. Com isso, muitas gestantes se mostram suscetíveis e desamparadas e não compreendem o seu real papel no parto (TOSTES; SEIDL, 2016).

Visando quebrar esse fenômeno prejudicial para a gestação, as políticas públicas de saúde no Brasil surgiram fortemente nessa luta, entre as quais se destaca o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN). A principal busca do programa é o reforço ao parto humanizado. O parto humanizado não é sinônimo de parto vaginal, como muitas pessoas acreditam, mas sim se trata da busca pela diminuição das experiências violentas e prejudiciais que muitas gestantes acabam vivenciando e isso envolve o fortalecimento do seu protagonismo que deve ser trabalhado durante todo o pré-natal (BRASIL, 2002).

Essa preocupação emergiu na saúde pública brasileira devido aos altos índices de violência obstétrica que as gestantes e parturientes então suscetíveis. Em especial, a violência de gênero é uma das mais evidentes e acontece através da negligência, das omissões e das invasões inconvenientes ao corpo da mulher. Infelizmente, esse perfil de atendimento desumano incentiva a perda da autonomia da mulher do trabalho de parto (VENTURI; GODINHO, 2013).

Com base nesses aspectos, é possível verificar que o protagonismo da gestante envolve variados fatores, entre eles: a compreensão de sua individualidade, suas necessidades, seus valores e crenças. Também é importante reforçar que o bom desenvolvimento do parto é consequência em especial de tudo o que a parturiente

percorreu em suas consultas de pré-natal. Assim, entende-se que a assistência do enfermeiro deve permear a promoção de segurança e proteção da gestante (LEAS, CIFUENTES, 2016).

É nesse sentido que a assistência de enfermagem deve trabalhar, ou seja, na promoção e no desenvolvimento da autonomia e protagonismo da gestante durante todo o seu processo gravídico. Isso pode ser fortemente trabalhado durante as consultas de pré-natal, onde o enfermeiro deve reforçar que os desejos e anseios das gestantes são os mais relevantes nesse momento, levando as mesmas a compreenderem a si como detentoras de força e relevância no processo (TESSER, 2015).

No processo fisiológico e de desenvolvimento do trabalho de parto, observa-se que o papel da parturiente é essencial, principalmente na evolução do parto vaginal. Nessas perspectivas, a parturiente precisa saber como o corpo dela funciona, quais são os processos e estágios do parto, o que é normal e o que não é. Esses aspectos precisam ser trabalhados pelo enfermeiro, pois o parto vaginal ainda é fator de medo por muitas mulheres, principalmente em decorrência das dores do parto e isso priva as mesmas de compreenderem todos os aspectos positivos do parto natural (CRUZ et al, 2021).

Um das metodologias mais eficientes na promoção do protagonismo da gestante em seu parto é através das ações de assistência de enfermagem e formulação do plano de parto. O plano de parto é uma ferramenta que desmistifica o parto, observando os desejos e as necessidades que a gestante apresenta. Ou seja, se mostra como um instrumento fundamental para que a gestante tenha conhecimento dos seus direitos e possibilidades e isso é essencial para que a mesma consiga tomar decisões conscientes sobre sua gestação e parto, exercitando assim sua autonomia e protagonismo (TESSER, 2015).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa buscou compreender a enfermagem no processo de humanização do parto. Ficou observado que as especificidades fisiológicas e funcionais do parto são abrangentes, o que evidencia o nível de atenção que o profissional de saúde de ter para assistência de qualidade.

Foi possível observar que o parto nos dias atuais está envolvido em questões culturais que em muita das vezes são prejudiciais e limitadores da autonomia e protagonismo da gestante no processo. Isso acaba emergindo a necessidade de estímulo ao processo de humanização do parto.

Também foi possível verificar que o protagonismo da gestante se apresenta como fator determinante para o bom desenvolvimento e qualidade do processo

gestacional e do parto. Mas o modelo biomédico de assistência ao parto em grande maioria priva a gestante desse processo.

Assim, o pré-natal foi evidenciado como um processo essencial para diversos processos, entre eles: garantir o desenvolvimento saudável do feto, garantir a evolução adequada da gestante, observar os riscos gestacionais, investigar doenças e agravos à saúde materno-infantil. Além disso, o pré-natal se mostrou fundamental para que as dúvidas e esclarecimentos à gestantes sejam realizados, fato que é fundamental para o desenvolvimento de sua autonomia e protagonismo.

Dentro dessa situação, o enfermeiro recebe função de destaque, pois os cuidados de enfermagem podem ser fortemente desenvolvidos nas consultas de pré-natal. Além disso, esse trabalho também é importante para a boa evolução do parto, tendo em vista que a parturiente apresentará características de participação e proatividade no trabalho de parto.

Espera-se que esse estudo possa servir para fortalecimento do assunto, bem para orientar os profissionais atuantes da área ao reforçar o papel da enfermagem na humanização do parto.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Suelayne Martins et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **Veredas FAVIP-Revista eletrônica de ciências**, v. 3, n. 2, p. 61-67, 2013. Disponível em: <http://52.21.21.198/ojs/index.php/veredas1/article/view/98>. Acesso em: 16 jun. 2022.

AYRES, Lilian Fernandes Arial; HENRIQUES, Bruno David; AMORIM, Wellington Mendonça de. A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3525-3534, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vzyCnXjcGvpzySDMVqVCfXG/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 08 abr. 2022.

BOTELL, Miguel Lugones; BERMUDEZ, Marieta Ramirez. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología**, v. 38, n. 1, p. 134-145, 2012. Disponível em:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57179>. Acesso em: 08 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto: humanização da assistência no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**, manual técnico; Brasília. 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 16 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. MS. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 16 jun. 2022.

BRASIL, Gisely do et al. Parto no Brasil: intervenção médica ou protagonismo da mulher?. **Scire Salutis**, v. 8, n. 2, p. 9-23, 2018. Disponível em: <http://sustenere.co/index.php/sciresalutis/article/view/CBPC2236-9600.2018.002.0002/1269>. Acesso em: 07 abr. 2022.

BRIZOLA, Jairo; FANTIN, Nádia. Revisão da literatura e revisão sistemática da literatura. **Revista de Educação do Vale do Arinos-RELVA**, Juara, v. 3, n. 2, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/relva/article/view/1738/1630>. Acesso em: 07 abr. 2022.

CASTRO, Cláudia Medeiros de. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1 p. 69-75, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/WbMbrJq7Ky3TjS9RwrVfgpS/?lang=pt>. Acesso em: 08 abr. 2022.

CRUZ, Pablo Nascimento et al. Plano de parto e nascimento: uma análise de sua influência no protagonismo de parturientes. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 35393-35406, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/27763>. Acesso em: 16 jun. 2022.

DIAS, Ernandes Gonçalves et al. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista Sustinere**, v. 6, n. 1, p. 52-62, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/31722>. Acesso em: 16 jun. 2022.

FÉLIX, Hevyllin Cipriano Rodrigues et al. Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, p. 335-341, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3Mk45ZSNH3Z9zWV8QxStyHw/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 11 mai. 2022.

LEAS, Renata Elias; CIFUENTES, Diego José. Parto humanizado: contribuições do enfermeiro obstetra. **Revista Ciência & Cidadania**, v. 2, n. 1, p. 74, 2016.

Disponível em:

<http://periodicos.unibave.net/index.php/cienciaecidadania/article/view/64>. Acesso em:

16 jun. 2022.

LEMES, Alisséia Guimarães. Assistência de enfermagem a gestante na primeira consulta de pré-natal. **Revista Eletrônica da Univar**, v. 1, n. 8, p. 70-73, 2012.

Disponível em: <http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/81>.

Acesso em: 16 jun. 2022.

MALHEIROS, Paolla Amorim et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 329-337, 2012.

Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/en_a10v21n2.pdf. Acesso em: 08 abr. 2022.

MARTINS, Ilana Soares. Dinâmica do Parto: Normal e Cesáreo. 2019. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/9527182/>. Acesso em: 16 jun. 2022.

MARTINS, Quitéria Pricila Mesquita et al. Conhecimentos de Gestantes no pré-natal: Evidências para o cuidado de Enfermagem. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 2, p. 65-71, 2015. Disponível em:

<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/827/498>. Acesso em: 16 jun. 2022.

MARTINS, Jaqueline Santos de Andrade et al. A assistência de enfermagem no pré-natal: enfoque na estratégia da saúde da família. **Revista Uniabeu**, v. 5, n. 9, p. 178-288, 2012. Disponível em:

<https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/369>. Acesso em: 16 jun. 2022.

MATOS, Greice Carvalho et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 870-878, 2013. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11552/13485>.

Acesso em: 08 abr. 2022.

MIYASHITA, Newton Tomio. Humanização obstétrica ou a humanização da gestação, do trabalho de parto, do parto, do nascimento e do aleitamento materno. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 19, n. 1, p. 28-30, 2018. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/bis/article/download/34653/33223>.

Acesso em: 11 mai. 2022.

NASCIMENTO, Ana Caroline Almeida et al. Assistência de enfermagem na fase latente do trabalho de parto: Relato de experiência. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**. 2017. Disponível em: <https://tiradenteslegada.emnuvens.com.br/cie/article/view/5410>. Acesso em: 16 jun. 2022.

NICIDA, Lucia Regina de Azevedo et al. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4531-4546, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n11/4531-4546/>. Acesso em: 07 abr. 2022.

OLIVEIRA, Elizângela Crescêncio de; BARBOSA, Simone de Meira; MELO, Sueli Essado Pereira. A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros. **Revista Científica FacMais**, v. 7, n. 3, p. 24-38, 2016. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/01/Artigo-02-A-import%C3%A2ncia-do-acompanhamento-pr%C3%A9-natal-realizado-por-enfermeiros.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2022.

OLIVEIRA, Maria de Nazaré Jesus et al. Avaliação do primeiro período clínico do trabalho de parto. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 1, n. 20, p. e378-e378, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/378>. Acesso em: 16 jun. 2022.

PALHARINI, Luciana Aparecida et al. **A história da atenção ao parto e nascimento: possibilidades dos museus como espaços de comunicação e formação sobre o tema**. 2015. 264f. Tese (Doutorado) – Unicamp, Faculdade de Educação, Campinas, 2015. Disponível em: <https://1library.org/document/q0grk49z-historia-atencao-nascimento-possibilidades-museus-espacos-comunicacao-formacao.html>. Acesso em: 08 abr. 2022.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1039-1061, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/tVY7ZqQTFNHTCbSLLT8nnJn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 abr. 2022.

PIMENTA, Déborah Giovana et al. **Enfermería Global**, v. 12, n. 2, p. 494-505, 2013. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.2.156451/147091>. Acesso em: 07 abr. 2022.

POSNER, Glenn D. et al. **Trabalho de Parto e Parto de Oxorn e Foote-6**. 6 ed. AMGH Editora, 2014.

RATTNER, Daphne. Da saúde materno infantil ao PAISM. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. ág. 103-108, 2014. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/1460/1314>. Acesso em: 08 abr. 2022.

RODRIGUES, Thaís Ferreira. Desigualdade de Gênero e Saúde: Avaliação de Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher. **Revista Cantareira**, n. 22, 2015. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/cantareira/article/view/27794>. Acesso em: 08 abr. 2022.

RUSSO, Jane et al. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. **Mana**, v. 25, N. 2, p. 519-550, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/MDfbtWf3vKpx7CWHjPGCdYs/?format=html>. Acesso em: 08 abr. 2022.

SAITO, Emília. Fisiologia do Parto: Contratilidade Uterina e Períodos Clínicos do Parto. **Disciplinas Universidade de São Paulo – USP**. 2017. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2078338>. Acesso em: 16 jun. 2022.

SANTOS, Isaqueline Sena; OKAZAKI, E. L. F. J. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Rev Enferm UNISA**, v. 13, n. 1, p. 64-8, 2012. Disponível em: https://www.academia.edu/download/43757800/2012-1-11_Parto_Humanizado.pdf. Acesso em: 07 abr. 2022.

SANTOS, Ana Livia Santana et al. O acompanhante no trabalho de parto sob a perspectiva da puérpera. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 3, p. 531-539, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/17337>. Acesso em: 11 mai. 2022.

SILVA, Danielle de Oliveira dos Santos et al. Maternidade: o primeiro dever da Rainha e seus riscos. In: XVII Encontro de História da Anpuh-Rio, 17, 2016, Nova Iguaçu. **Anais**. Disponível em: http://encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/42/1465477178_ARQUIVO_ARainhaMae_DanielleOSS_Anpuh2016.pdf. Acesso em: 07 abr. 2022.

SILVA, Livia Nornyam Medeiros da; SILVEIRA, Ana Paula Knackfuss Freitas; MORAIS, Fátima Raquel Rosado de. Programa de humanização do parto e nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 3290-3294, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1032531>. Acesso em: 11 mai. 2022.

SILVA, Elvis Vieira da et al. Relação do tipo de parto com o perfil epidemiológico da assistência pré-natal e perinatal em um município de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 20, p. 241-247, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/v7fLrhK6jcZHxLzNy6fvsMB/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 07 abr. 2022.

SOUZA, João Paulo; CASTRO, Cynthia Pileggi. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 511-513, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/9mJ58Vz8LsTBFQP9Q4BSZGq/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 08 abr. 2022.

SOUZA, Francisca Marta de Lima Costa et al. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 2, 2019.

Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2180/531>. Acesso em: 07 abr. 2022.

TELES, Liana Mara Rocha et al. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 977-984, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jWn5TZxnz44vyTdR4FFgnyQ/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 11 mai. 2022.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em:

<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 16 jun. 2022.

TOSTES, Natalia Almeida; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Expectativas de mujeres embarazadas sobre el parto y sus percepciones acerca de la preparación para el parto. **Temas em psicologia**, v. 24, n. 2, p. 681-693, 2016. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2016000200015&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 16 jun. 2022.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas**, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em:

<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>. Acesso em: 07 abr. 2022.

VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau (Orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc SP, 2013, 504p.

WERMUTH, Maiquel Angelo Dezordj; GOMES, Paulo Ricardo Favarin; NIELSSON, Joice Graciele. Uma análise biopolítica do parto e da violência obstétrica no Brasil. **Universitas Jus**, v. 27, n. 2, p. 87-101, 2016. Disponível em:

<https://www.rel.uniceub.br/jus/article/view/4273>. Acesso em: 07 abr. 2022.

WHO. 2018. Intrapartum care for a positive childbirth experience Geneva: World Health Organization.