

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v16.13203

TECNOLOGIAS DE CUIDADO OBSTÉTRICO BASEADAS NO CONCEITO DE MERHY APLICADAS À PARTURIENTE DE ALTO RISCO

Obstetric care technologies based on the merhy concept applied to high-risk parturients

Tecnologías de atención obstétrica basadas en merhy aplicadas a las parturientas de alto riesgo

Ana Carolinne Alves do Nascimento¹ 

Amuzza Aylla Pereira dos Santos² 

Carla Andreia Alves de Andrade³ 

Wanderlei Barbosa dos Santos⁴ 

Selma Sabrina de Albuquerque Calheiros⁵ 

Mariana Maria Pereira Cintra de Carvalho⁶ 

RESUMO:

Objetivo: descrever as tecnologias aplicadas à parturiente de alto risco durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade escola de alto risco. **Método:** estudo do tipo transversal, exploratório, observacional, com abordagem quantitativa, realizado em uma maternidade de alto risco, em Maceió-AL, com 145 participantes. **Resultados:** a partir dos resultados desse estudo, podemos identificar que no cenário de alto risco estudado, as tecnologias leves e duras foram as mais utilizadas, de forma que, entre as tecnologias duras, a cirurgia cesariana foi a que apresentou maior prevalência. **Conclusão:** ficou evidente a necessidade do melhor aproveitamento das tecnologias leve-duras, a fim de proporcionar uma melhor experiência parturitiva para as mulheres.

DESCRIPTORIOS: Gravidez de alto risco; Trabalho de parto; Obstetrícia; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem.

1,2,3,4,5,6 Universidade Federal de Alagoas, Alagoas, Maceió, Brasil.

Recebido em: 27/03/2024; Aceito em: 15/04/2024; Publicado em: 2024/08/19

Corresponding Author: Amuzza Aylla Pereira dos Santos, amuzza.santos@gmail.com

How to cite this article: Nascimento ACA, Santos AAP, Andrade CAA, Santos WB, Calheiros SSA, Carvalho MMPC. Tecnologias de cuidado obstétrico baseadas no conceito de Merhy aplicadas à parturiente de alto risco. R Pesq Cuid Fundam [Internet]. 2023 [acesso ano mês dia];16:e13056 Disponível em:

<https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v16.13056>



ABSTRACT:

Objective: to describe the technologies applied to high-risk parturient women during labor and delivery in a high-risk maternity hospital. **Method:** cross-sectional, exploratory, observational study, with quantitative approach, carried out in a high-risk maternity hospital in Maceió-AL with 145 participants. **Results:** Based on the results of this study, we can identify that in the high-risk scenario studied, hard-soft technologies were the most used, so that, among the hard technologies, cesarean surgery was the one with the highest prevalence. **Conclusion:** The need for a better use of hard-soft technologies became evident to provide a better birth experience for women.

DESCRIPTORS: Pregnancy, high-risk; Labour, obstetrics; Obstetrics; Nursing care; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: describir las tecnologías aplicadas a parturientas de alto riesgo durante el trabajo de parto y el parto en una maternidad escolar de alto riesgo. **Método:** estudio observacional, exploratorio, transversal, con enfoque cuantitativo, realizado en una maternidad de alto riesgo en Maceió-AL con 145 participantes. **Resultados:** con base en los resultados de este estudio, podemos identificar que en el escenario de alto riesgo estudiado las tecnologías blandas y duras fueron las más utilizadas, de modo que, entre las tecnologías duras, la cirugía de cesárea fue la de mayor prevalencia. **Conclusión:** fue evidente la necesidad de hacer un mejor uso de las tecnologías blandas y duras, para brindar una mejor experiencia de parto a las mujeres.

DESCRITORES: Embarazo de alto riesgo; Trabajo de parto; Obstetricia; Atención de enfermería; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A gestação e o parto são eventos fisiológicos tão antigos quanto a existência humana, sendo a gestante a condutora e protagonista desse processo.¹

Atualmente no Brasil, o processo de parturição acontece majoritariamente em hospitais, de forma medicalizada e marcada pelo uso de tecnologias de cuidado em saúde que objetivam tornar a assistência mais segura para o binômio materno-fetal.²

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as tecnologias em saúde devem proporcionar um atendimento com segurança, eficácia e custo-efetividade comprovadas, e sua utilização deve estar ancorada em evidências científicas sólidas.³

No cuidado obstétrico, essas tecnologias visam assegurar a prestação da assistência pautada em um saber técnico, sendo aplicadas em momentos oportunos, a fim de garantir que o cuidado traga benefícios sem anular ou diminuir o protagonismo da mulher.⁴

Nesse sentido, é importante que essas tecnologias sejam aplicadas de forma parcimoniosa, atendendo as reais necessidades das pacientes. O excesso de intervenções deixa de considerar aspectos humanos, como as emoções que permeiam o momento do parto e nascimento e os aspectos culturais que envolvem esse processo, que revestem esse momento de um caráter singular.^{5,6}

A ideia de tecnologia, engloba o instrumental envolvido na produção do trabalho, bem como os saberes tecnológicos e a forma como se aplicam esses saberes. Já o processo de trabalho em saúde é, segundo Merhy, mediado por tecnologias de cuidado que definem a qualidade da assistência prestada.⁷

As tecnologias podem ser classificadas em três tipos: leve, que dizem respeito ao caráter relacional entre os sujeitos po-

dendo se concretizar através da comunicação, acolhimento e vínculo; leve-duras, que se trata do conhecimento técnico bem estruturado no processo de trabalho em saúde; e duras, que são os instrumentais, máquinas, normas, rotinas e estruturas organizacionais.⁸

Um exemplo de tecnologia dura são as cirurgias cesarianas que contribuem para a diminuição da morbimortalidade materno-fetal, no entanto, essa via de parto quando realizada sem justificativa, traz complicações para o binômio materno-fetal. No Brasil, segundo dados da OMS, a taxa de cirurgias cesarianas ficou em torno de 56%, sendo a segunda maior taxa do planeta.^{9,10}

Isto posto, percebe-se uma exposição mais acentuada das mulheres às intervenções das tecnologias duras.⁵

Durante a presente pesquisa, ficou evidente a importância de se avaliar as motivações que levam à utilização dessas tecnologias. Para tal, o seguinte objetivo foi disposto: descrever as tecnologias aplicadas à parturiente de alto risco durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade escola.

A relevância deste estudo está no levantamento das tecnologias empregadas às parturientes nesse cenário, contribuindo para geração de evidências científicas sobre a temática, e servindo de base para que os profissionais que atuam nesses serviços norteiem sua assistência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, observacional com abordagem quantitativa, utilizando-se de dados primários que foram obtidos a partir de formulário aplicado às puérperas que pariram em uma maternidade escola de alto risco.

O tamanho da amostra foi calculado através de calculadora amostral eletrônica, adotando margem de erro de 5%, nível de

confiança de 95%, totalizando uma amostra de 145 participantes.

Foram incluídas puérperas em situação de alojamento conjunto e de qualquer faixa etária e excluídas àquelas que chegaram durante o período expulsivo ou tiveram parto em trânsito, pois não foram submetidas às tecnologias de cuidado, ou aquelas que apresentaram natimorto. Foram excluídas as puérperas que apresentarem qualquer alteração fisiológica ou psicológica que inviabilizasse sua participação na pesquisa.

A pesquisa seguiu as diretrizes das Resoluções nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), parecer nº 5.025.223. A coleta de dados foi realizada no período de maio a outubro de 2022.

RESULTADOS

Em relação aos dados sociodemográficos das mulheres participantes, 76 (52,41%) delas compõem a faixa etária de 20 a 29 anos, 63 (43,44%) possuem o ensino médio completo como grau de formação, 80 mulheres (55,17%) são solteiras, 99 (68,27%) se autodeclararam pardas e 49 (33,79%) tem como renda familiar até um salário-mínimo.

O perfil clínico-obstétrico das participantes apresentou uma prevalência do número de múltiparas (n= 87, 60%) em relação as primíparas (n= 58, 40%), 27 (18,62%) das mulheres que tiveram mais de uma gestação já sofreram aborto, 141 mulheres (97,24%) tiveram gestações de feto único e a ida para o alojamento conjunto foi o desfecho neonatal mais prevalente (n= 85, 58,62%).

A maior parte das participantes (n= 108, 74,48%) apresentava ao menos uma comorbidade, sendo as Síndromes Hipertensivas o principal diagnóstico (n=86, 79,62%), seguida por 13 mulheres (12,03%) com diagnóstico de diabetes mellitus/gestacional. Já a média de dias de internação foi de 5,64 dias, e a maioria (n= 92, 63,44%) apresentou idade gestacional entre 37 e 42 semanas.

Em relação ao número de consultas de pré-natal, 102 participantes (70,34%) realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal, enquanto 16 delas (11,04%) não realizaram nenhuma consulta.

Ao analisar as tecnologias leves individualmente na tabela 1, observou-se um bom aproveitamento delas, com percentuais variando de 84,14% a 93,11% das parturientes utilizando essas tecnologias.

Tabela 1: Análise descritiva da utilização de tecnologias leves de cuidado obstétrico em maternidade de alto risco, Maceió-AL, Brasil, 2024.

| TECNOLOGIAS LEVES | n | % |
|--------------------------|-----|-------|
| Tratamento gentil | | |
| Sim | 134 | 92,41 |

| | | |
|--|-----|-------|
| Não | 11 | 7,59 |
| Não desejo responder | 0 | 0 |
| Acolhimento | | |
| Sim | 135 | 93,11 |
| Não | 10 | 6,89 |
| Não desejo responder | 0 | 0 |
| Informações sobre acompanhante | | |
| Sim | 122 | 84,14 |
| Não | 23 | 15,86 |
| Não desejo responder | 0 | |
| Orientação sobre quadro clínico | | |
| Sim | 127 | 87,59 |
| Não | 18 | 12,41 |
| Não desejo responder | 0 | 0 |
| Liberdade para esclarecer dúvidas | | |
| Sim | 129 | 88,97 |
| Não | 16 | 11,03 |
| Não desejo responder | 0 | 0 |
| Explicações e autorizações de procedimentos | | |
| Sim | 127 | 87,59 |
| Não | 18 | 12,41 |
| Não desejo responder | 0 | 0 |

Quanto às tecnologias leve-duras, o partograma foi utilizado em 84 (57,6%) dos trabalhos de parto, seguido pela massagem (n=9, 6,2%) e, em seguida, pela compressa para proteção do períneo (n=8, 5,51%).

Tabela 2: Análise descritiva da utilização de tecnologias leve-duras de cuidado obstétrico em maternidade de alto risco, Maceió-AL, Brasil, 2024.

| TECNOLOGIAS LEVE-DURAS | N | % |
|------------------------|----|-------|
| Bola suíça | | |
| Sim | 3 | 2,32 |
| Não | 81 | 56,19 |
| Não se aplica | 60 | 41,49 |
| Não desejo responder | 0 | 0 |
| Musicoterapia | | |
| Sim | 6 | 4,8 |
| Não | 78 | 53,71 |
| Não se aplica | 60 | 41,4 |
| Não desejo responder | 0 | 0 |
| Massagem | | |
| Sim | 9 | 6,2 |
| Não | 76 | 52,4 |
| Não se aplica | 60 | 41,4 |

| | | |
|-----------------------------------|-----|-------|
| Não desejo responder | 0 | 0 |
| Banho morno | | |
| Sim | 8 | 5,51 |
| Não | 76 | 52,41 |
| Não se aplica | 60 | 41,4 |
| Não desejo responder | 0 | 0 |
| Partograma | | |
| Sim | 84 | 58,9 |
| Não | 13 | 8,9 |
| Não se aplica | 47 | 32,2 |
| Não desejo responder | 0 | 0 |
| Local de parto | | |
| Sim | 2 | 1,37 |
| Não | 20 | 13,8 |
| Não se aplica | 123 | 84,83 |
| Não desejo responder | 0 | 0 |
| Escada de Ling | | |
| Sim | 2 | 1,37 |
| Não | 81 | 55,88 |
| Não se aplica | 62 | 42,75 |
| Não desejo responder | 0 | 0 |
| Massagem perineal | | |
| Sim | 1 | 0,68 |
| Não | 81 | 55,88 |
| Não se aplica | 63 | 43,44 |
| Não desejo responder | 0 | 0 |
| Compressa proteção perineo | | |
| Sim | 8 | 5,51 |
| Não | 74 | 51,05 |
| Não se aplica | 63 | 43,44 |
| Não desejo responder | 0 | 0 |

Source: Research Data (2023).

Subtitle: Not applicable: surgical birth

Referente ao uso de tecnologias duras, os instrumentos mais utilizados foram a ausculta intermitente (86,2%, n=125) e a cesárea (84,13%, n=122).

Tabela 3: Análise descritiva da utilização de tecnologias duras de cuidado obstétrico em maternidade de alto risco, Maceió-AL, Brasil, 2024.

| TECNOLOGIAS DURAS | N | % |
|------------------------------|-----|------|
| Ausculta intermitente | | |
| Sim | 125 | 86,2 |
| Não | 6 | 4,1 |
| Não se aplica | 11 | 7,58 |
| Não desejo responder | 3 | 2,12 |

| | | |
|--|-----|-------|
| Monitorização eletrônica fetal contínua | | |
| Sim | 53 | 36,55 |
| Não | 77 | 53,1 |
| Não se aplica | 11 | 7,6 |
| Não desejo responder | 4 | 2,75 |
| Fórceps | | |
| Sim | 0 | 0 |
| Não | 95 | 65,52 |
| Não se aplica | 48 | 33,2 |
| Não desejo responder | 2 | 1,37 |
| Episiotomia | | |
| Sim | 2 | 1,37 |
| Não | 94 | 64,74 |
| Não se aplica | 48 | 33,2 |
| Não desejo responder | 1 | 0,69 |
| Cesárea | | |
| Sim | 122 | 84,14 |
| Não | 0 | 0 |
| Não se aplica* | 23 | 15,86 |
| Não desejo responder | 0 | 0 |
| Ocitocina | | |
| Sim | 19 | 13,1 |
| Não | 102 | 70,34 |
| Não se aplica | 23 | 15,87 |
| Não desejo responder | 1 | 0,69 |

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Legenda: Não se aplica*: parto por via vaginal.

DISCUSSION

Apesar da maioria das participantes serem jovens adultas, houve um percentual significativo de gestações acima de 30 e dos 40 anos, o que indica uma tendência de adiamento da maternidade.¹¹

A respeito da composição étnico-racial das participantes, verificou-se que a maioria era parda, seguida por mulheres pretas e brancas. Estudos têm evidenciado que, apesar de todas as mulheres terem risco de sofrer complicações relacionadas à gravidez, existe uma clara relação entre a situação socioeconômica e o aumento do risco de morbimortalidade materna. Tais complicações continuam sendo a expressão das desigualdades de gênero, etnia e escolaridade, sendo as mulheres negras e as que vivem nas zonas rurais as mais propensas a desfechos desagradáveis.¹²

Assim, identificar essas condições e seus possíveis impactos no curso e desfecho da gestação garante a proposição de protocolos adequados e intervenções oportunas objetivando o bem-estar do binômio materno-fetal.^{11,12}

Em relação ao estado civil das participantes, a maioria são

solteiras, o que pode indicar a falta de uma rede de apoio familiar e/ou social durante a gestação e pós-parto. Estudos demonstram que a presença de um parceiro pode contribuir significativamente na gestação, exercendo influência na adesão ao pré-natal, e influenciando positivamente na duração do aleitamento.¹³

A respeito do perfil clínico, a maioria das mulheres realizou mais de seis consultas de pré-natal, corroborando com a recomendação do Ministério da Saúde quanto à realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal intercaladas entre médico e enfermeira.¹⁴

Entretanto, um número considerável de mulheres da amostra não realizou nenhuma consulta de pré-natal, ou realizou menos de seis consultas. Sabe-se que os fatores de morbimortalidade da mãe, do feto e do recém-nascido podem ser reduzidos através do pré-natal, identificando precocemente as complicações ou evitando que estas evoluam para situações graves, com risco de vida ou morte.¹⁵

Desse modo, pode-se considerar a relação entre o quantitativo de gestantes que realizou seis ou mais consultas de pré-natal com o perfil das participantes, levando em consideração o cenário de realização do estudo, em que o cuidado pré-natal é compartilhado entre a Atenção Primária em Saúde (APS) e os serviços hospitalares de referência para o alto risco.¹¹

Quanto à idade gestacional (IG), a maioria das participantes teve seus partos entre 37 e 42 semanas, consideradas gestações a termo, que reduz fatores de risco neonatais decorrentes da prematuridade. Assim, o desfecho neonatal majoritário, de ida para o alojamento conjunto, pode ter relação com a IG ao nascer.¹⁶

No que concerne aos dias de internação hospitalar, a média de dias de internação foi de 5,64, que pode ser consequência das comorbidades maternas apresentadas pelas puérperas.

As síndromes hipertensivas e hemorrágicas da gravidez, são as principais causas de mortalidade materna no Brasil e no mundo. Nesse sentido, a estratificação de risco realizada no pré-natal é a responsável por identificar as mulheres que possuem mais riscos de apresentar algum efeito adverso à saúde que culmine no aumento de internações hospitalares.^{11,17}

Acerca das tecnologias, é possível identificar que houve uma prevalência do uso das tecnologias leves em detrimento dos outros tipos de tecnologia de cuidado obstétrico. Nessa perspectiva, a utilização de tecnologias leves reforça uma preocupação no que tange à humanização e o acolhimento das pacientes. Além disso, está associada ao resgate da dignidade da pessoa humana, com enfoque nos direitos reprodutivos.¹⁸⁻¹⁹

A utilização de tecnologias não-invasivas, relacionadas às tecnologias leve-duras, ressignificam a necessidade de intervenções e de seu adequado uso, aumentando o grau de satisfação das mulheres através da adoção de métodos não farmacológicos para alívio da dor (MNFAD). Nesse sentido, os MNFAD devem ser incentivados, pois apresentam-se como uma opção à analgesia, auxiliando as mulheres quanto às queixas algícas e favorecendo a capacidade da parturiente de fazer força no pe-

ríodo expulsivo.²⁰⁻²¹

Técnicas como banho morno, que auxiliam na redução da dor no trabalho de parto, promovendo relaxamento do corpo; e massagem, que promove o aumento da liberação de endorfinas e ocitocina, apesar de possuírem alto grau de recomendação, obtiveram um baixo índice de utilização.²²

Tecnologias leve-duras como massagem perineal e compressa para proteção do períneo são utilizadas com a finalidade de relaxar os músculos e aumentar a vasodilatação no local, tornando a musculatura mais flexível, prevenindo traumas e a realização de episiotomias. Entretanto, a OMS classifica tais práticas com grau de recomendação B, como procedimentos que devem ser desestimulados por serem práticas prejudiciais ou ineficazes.^{10,23}

No tocante às tecnologias leve-duras como monitorização fetal com ausculta intermitente e uso de partograma, entre outras, possuem grau A de recomendação pela OMS, devendo ser seu uso encorajado durante a assistência ao trabalho de parto e parto.²⁴

O uso do partograma é uma estratégia efetiva para melhorar a qualidade da assistência obstétrica, sendo a representação gráfica do trabalho de parto. Sua utilização permite que as condutas adequadas sejam tomadas para que os desvios ocorridos durante o trabalho de parto sejam corrigidos, evitando a adoção de medidas desnecessárias, além de possibilitar a troca efetiva de informações entre os profissionais e garantindo uma assistência mais coordenada.^{10,24-25}

Apesar dos benefícios, o uso do partograma ainda é bastante limitado nas maternidades e, quando utilizado, acaba não sendo preenchido em sua totalidade, sendo um indicativo da necessidade de medidas para capacitação dos profissionais envolvidos na prestação da assistência ao trabalho de parto e parto acerca da importância desse instrumento.²⁶⁻²⁷

Este estudo obteve um percentual de utilização do partograma de 58,9%, porém, destes poucos estavam preenchidos em sua totalidade. Desse modo, a utilização do partograma como uma prática obstétrica positiva, conforme recomendado pela OMS, deveria ser estimulada no contexto estudado.²⁶

Entre as tecnologias duras, pode-se destacar a técnica de monitorização fetal contínua que foi amplamente utilizada. Essa técnica é o método de escolha para o monitoramento fetal durante o trabalho de parto normal no risco habitual¹⁰ e, embora a população da pesquisa não se enquadre nessa classificação, observou-se um alto uso dessa tecnologia.

Um resultado satisfatório relacionado à tecnologia dura, diz respeito ao baixo percentual de episiotomias (1,37%), o que demonstra uma diminuição dessa prática antes tão comum¹⁸ e que evidencia uma relação de poder desigual entre profissional e paciente, estando essa mais a serviço de quem assiste o parto, do que da mulher e de seu bebê.²⁸

Quanto ao uso de ocitocina, os resultados do estudo demonstram uma prevalência de utilização de 13,1%, considerado um percentual baixo, não obstante não seja possível saber, pelo estudo, se essa utilização ocorreu de maneira adequada,

com colo uterino favorável à indução¹¹. Nesse sentido, é válido enfatizar que a administração de ocitocina exógena possui grau de recomendação B, considerada uma prática que deve ser desestimulada.¹⁰

Por fim, ressalta-se que embora a gestação de alto risco possa predispor diagnósticos negativos relacionados à assistência materno-fetal, não significa que a cirurgia cesariana seja o desfecho recomendado para todos os casos, pois altas taxas de cesáreas predispoem altas taxas de mortalidade materna e neonatal.¹¹

A prevalência de cirurgias cesarianas no contexto estudado foi de 84,14%, ultrapassando a taxa de 30% preconizada pela OMS, que destaca que, mesmo no alto risco, o parto cirúrgico deve ser adotado somente se indicado para o caso, pois pode acarretar complicações significativas e até permanentes para mãe e bebê.²⁹

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos nesse estudo, pode-se identificar que as tecnologias leves foram amplamente utilizadas na maioria das parturientes, o que denota uma preocupação no que diz respeito ao acolhimento e humanização da assistência em saúde. Do mesmo modo, as tecnologias duras também tiveram grande prevalência de utilização, principalmente no que se refere à cirurgia cesariana. Já as tecnologias leve-duras, essas não foram bem aproveitadas no local do estudo, uma vez que a maioria das mulheres relatam não terem passado pelas experiências descritas

Sendo assim, é importante que os gestores desse cenário habilitem seus profissionais para lidar com as tecnologias de cuidado em obstetrícia, principalmente nas bases leve-duras, respeitando sempre a fisiologia do parto e a singularidade de cada mulher e buscando-se sempre manter o olhar crítico do profissional acerca das alterações que podem se fazer presentes nesse cenário de assistência.

REFERENCES

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher; 2001 [cited 2024 mar 10]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf.
2. Prata JÁ, Ares LPM, Vargens OMC, Reis CSC, Pereira ALF, Progianti JM. Tecnologias não invasivas de cuidado: contribuições das enfermeiras para a desmedicalização do cuidado na maternidade de alto risco. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [Internet] 2019 [cited 2023 sep 20];23(2):e20180259 Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wzTQ57Qv9RRdcmBXXnWggyC/?format=pdf&lang=pt>.
3. World Health Organization (WHO). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. [Internet] 2007 [cited 2023 nov 28]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/everybody-s-business---strengthening-health-systems-to-improve-health-outcomes>.
4. Cananéa BA, Coutinho LC, Meirelles LX. A parturição na perspectiva das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem: narrativas de vida. Braziliam Journal of Development. [Internet] 2020 [cited 2023 aug 20];6(11). Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/19737>.
5. Souza FMLC, Santos WN, Santos RSC, Rodrigues OB, Santiago JCD, Silva RAR. Tecnologias apropriadas ao processo de trabalho de parto humanizado. Enferm. foco (Brasília). [Internet] 2019 [cited 2023 dec 18];10(2). Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.2180>.
6. Antoniazzi MP, Siqueira AC, Farias CP. Aspectos psicológicos de uma gestação de alto risco em primigestas antes e depois do parto. Pensando fam. [Internet] 2019 [cited 2024 jan 24];23(2). Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v23n2/v23n2a15.pdf>.
7. Feuerwerker LC, Bertussi DC, Merhy EE. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes [livro na internet] Hexis; 2016 [cited 2023 sep 20]. Available from: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Políticas-e-Cuidados-em-Saude-Livro-1-%E2%80%93-Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-Saude-Surpreendendo-o-Instituido-nas-Redes.pdf>.
8. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. Saúde debate. [Internet]. 2003 [cited 2023 jun 24];27(65). Available from: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf.
9. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet. [Internet]. 2011 [cited 2023 dec 16]; 377(9780). Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4).
10. World Health Organization (WHO). Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 [cited 2023 aug 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>.

11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestão de alto risco [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas, 2022 [cited 2023 aug 23]. Available from: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestao_alto_risco.pdf
12. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Declaração Conjunta sobre a Redução da Morbidade e Mortalidade Materna [Internet], 2023 [cited 2023 dec 23]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/declaracao-conjunta-sobre-reducao-da-morbilidade-e-mortalidade-materna>.
13. Avanzi SA, Dias CA, Silva LOL, Brandão MFB, Rodrigues SM. Importância do apoio familiar no período gravídico-gestacional sob a perspectiva de gestantes inseridas no PHPN. *Rev. Saúde Colet. UEFS (Online)*. [Internet]. 2019 [cited 25 de janeiro 2024]; 25(2):e20200163. Available from: <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v9i0.3739>.
14. Ministério da Saúde (BR). Caderno de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. 1ª ed. Ministério da Saúde; 2012 [cited 2023 sep 24]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
15. Secretaria Estadual da Saúde (SP). Linha de cuidado gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, parto e puerpério. São Paulo: SES/SP. [Internet]. 2018 [cited 2023 sep 25]. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2018/ses-37505/ses-37505-6953.pdf>.
16. Amari MN, Carletto MR, Borges PKO; Amari VCS, Fontes ALG, Zielinski JN et al. Internações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a Estratificação de Risco Gestacional do Programa Rede Mãe Paranaense. *Brazilian Journal of Development*. [Internet] 2020 [cited 2023 aug 04];6 (7). Available from: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-012>.
17. Bourguignon AM, Grisotti MA humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos (Online)*, 1678-4758. [Internet]. 2020 [cited 2023 sep 19];27(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000200010>.
18. Santos GG, Rangel SD. Gerenciamento de tecnologias e procedimentos na assistência obstétrica. *Rev. Eletrônica Evidência e Enfermagem*. [Internet] 2020 [cited 07 de outubro 2023];6(1). Available from: [doi:C2%A0C2%A0https://dx.doi.org/10.26544/Reev6n12020-40-48](https://dx.doi.org/10.26544/Reev6n12020-40-48).
19. Pereira PSL, Gomes IS, Ribeiro IAP, Morais JC, MTO MVF, Nascimento MVE, et al. Tecnologias não invasivas de cuidado: percepção das puérperas. *Rev. enferm. UFPE on line*. [Internet]. 2018 [cited 2023 dec 11];12(8). Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a236584p2129-2136-2018>.
20. Camacho ENPR, Texeira WL, Gusmão AC, Carmo LF, Cavalcante RL, Silva EF. Conhecimento e aplicabilidade dos métodos não farmacológicos utilizados pelos enfermeiros obstetras para alívio da dor no trabalho de parto. *Nursing*. [Intenet] 2019 [cited 2023 sep 30];2(257). Available from: <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i257p3192-3197>.
21. Mielke KC, Gouveia HG, De Carvalho Gonçalves A. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. *Av. enferm*. [Internet] 2019 [cited 2024 jan 15];37(1). Available from: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>.
22. Aquino CI, Guida M, Saconne G, Cruz Y, Vitagliano A, Zullo F, et al. Massagem Perineal durante o trabalho de parto: revisão sistemática e metanálise de ensaios controlados randomizados. *J. matern. fetal neonatal med*. [Internet]. 2020 [cited 2023 sep 14];33(6). Available from: <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1512574>.
23. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, 2017 [cited 2023 aug 29]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
24. Sanches METL, Barros SMO, Santos AAP, Lucena TS. Atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao trabalho de parto e parto. *Rev. Enferm. UERJ (Online)*. [Internet] 2019 [cited 2024 jan 11];27:e4393. Available from: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.43933>.
25. Medeiros AB, De Freire ILS, Dos Santos FR, Silva BCO, Batista GFM, De Menezes MM. Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. *Ver. cuid*. [Internet] 2020 [cited 2024 jan 19];11(3). Available from: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1046>.
26. Lucena TS, Santos AAP, Morais RJL. Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*. [Internet] 2019 [cited 2024 jan 19];11(1). Available from: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.222-227>.

27. Matos MG, Magalhães AS, Féres-Carneiro T. Violência Obstétrica e Trauma no Parto: O Relato das Mães. *Psicol. ciênc. prof.* [Internet]. 2021 [cited 2024 may 14]; 41(e219616). Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003219616>.
28. Fernandes JÁ, Campos GWS, Francisco PMSB. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. *Saúde Debate.* [Internet]. 2019 [cited 2023 may 27];43(121). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912109>.
29. World Health Organization (WHO), Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience; 2016 [cited 2023 may 27]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>.