

Assistência obstétrica no processo de parto e nascimento

Obstetric assistance in the process of labor and birth

Asistencia de parto en el proceso de parto y el nacimiento

Jean Carlos de Oliveira¹; Arielle Caroline da Silva Paula²; Estefânia Santos Gonçalves Félix Garcia³; Maria Betânia Tinti de Andrade⁴; Eliana Peres Rocha Carvalho Leite⁵

Elaborado a partir do trabalho de conclusão de curso, intitulado “Assistência obstétrica no processo de parto e nascimento”, 2016, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), Alfenas, Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Oliveira JC; Paula ACS; Garcia ESGF; et al. Assistência obstétrica no processo de parto e nascimento. Rev Fund Care Online. 2018 abr/jun; 10(2):450-457. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.450-457>

ABSTRACT

Objective: Characterize the obstetric care experienced by teachers of a Public University of Minas Gerais, during the last experience of parturition and birth process in a hospital environment. **Methods:** Quantitative cross-sectional study. Data collection occurred in the months of December/2015 to February/2016, with 40 teachers, using a self-administered questionnaire. For data analysis was used the test Mann-Whitney, defined with 5% of significance. **Results:** The most frequent type of birth was the caesarean with 95% (38). The choice of accompanying person was possible to 92.5% (37). The association between the variables choice of accompanying person with the age at last birth, showed statistically significant result. **Conclusion:** can emphasize the need to reflect on the assistance provided to women during the process of parturition and birth is one of the ways to ensure safe motherhood and humanized.

Descriptors: Nursing, Obstetric Nursing, Delivery

¹ Discente do curso de graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG). E-mail: jean_carlos.oliv@hotmail.com

² Discente do curso de graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

³ Docente do curso de graduação em Enfermagem. Grupo Educacional Unis - UNIS - Campus Varginha.

⁴ Docente do curso de graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem - Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG.

⁵ Docente do curso de graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem - Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG.

RESUMO

Objetivo: caracterizar a assistência obstétrica vivenciada por docentes de uma Universidade Pública de Minas Gerais, durante a última experiência do processo de parto e nascimento em ambiente hospitalar. **Métodos:** estudo descritivo transversal quantitativo. A coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro/2015 a fevereiro/2016, com 40 docentes, usando um questionário de autopreenchimento. Para a análise dos dados utilizou-se o teste Mann-Whitney, definido com 5% de significância. **Resultados:** a via de parto de maior frequência foi a cesariana com 95% (38). A escolha do acompanhante foi possível para 92,5% (37). Na associação entre as variáveis escolha do acompanhante com a idade por ocasião do último parto, apresentou resultado estatisticamente significativo. **Conclusão:** pode-se ressaltar a necessidade de refletir quanto à assistência prestada à mulher durante o processo de parto e nascimento sendo uma das formas de garantir a maternidade segura e humanizada.

Descritores: Enfermagem, Enfermagem Obstétrica, Parto

RESUMEN

Objetivo: caracterizar la asistencia obstétrica experimentada por los profesores de una universidad pública de Minas Gerais durante la última experiencia del proceso de parto y nacimiento en el hospital. **Métodos:** cuantitativa estudio transversal. La recolección de datos se desarrolló entre diciembre/2015 a febrero/2016 con 40 profesores, mediante un cuestionario autoadministrado. Para el análisis de datos se utilizó la prueba de Mann-Whitney fijado en el 5% de significación. **Resultados:** El modo más frecuente de entrega fue cesárea con 95% (38). La elección de escolta era posible para 92,5% (37). La asociación entre las variables que acompaña a la elección con la edad al último nacimiento, mostró un resultado estadísticamente significativa. **Conclusión:** Puede ser hecho hincapié en la necesidad de reflexionar sobre la atención que se brinda a las mujeres durante el proceso de parto y el nacimiento es una de las formas de garantizar la maternidad segura y humanizada.

Descriptor: Enfermería, Enfermería Obstétrica, Parto

INTRODUÇÃO

A assistência ao parto e nascimento por muito tempo foi focada no bebê, atentando-se apenas para as suas condições de saúde e de certa forma esquecendo-se da parturiente. Com a evolução da assistência obstétrica, nas últimas décadas, as condutas frente ao processo de parto e nascimento foram sendo reformuladas, priorizando uma assistência humanizada ao binômio mãe/filho.¹

A humanização do atendimento ao parto e nascimento privilegia a utilização de todas as tecnologias e técnicas obstétricas disponíveis, tornando os benefícios a serem obtidos maiores que os riscos a serem corridos.²

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) conduzir/induzir o parto por meio de medicações e manobras técnicas ou cirúrgicas amenizando o sofrimento da mulher é considerado uma tarefa nobre por parte dos profissionais da saúde, e assim vem sendo cumprida. Entretanto, existem contradições com relação às intervenções técnicas ou cirúrgicas e suas reais consequências no processo fisiológico do parto e na saúde física e emocional da mãe e do bebê. Para interferir

no processo do parto normal faz-se necessário uma razão válida que justifique tais intervenções.²

A humanização da assistência propõe, especialmente, que os profissionais de saúde respeitem os aspectos fisiológicos do processo de parto e nascimento, intervenham de forma criteriosa e reconheçam os aspectos sociais e culturais da mulher, oferecendo-lhe uma assistência acolhedora baseada no respeito à sua dignidade e autonomia.³

Há evidências científicas de que várias práticas na assistência à gestação e ao parto são promotoras de melhores resultados obstétricos e são efetivas na redução de desfechos perinatais negativos. Por outro lado, o uso inadequado de tecnologias ou a realização de intervenções desnecessárias tem apresentado resultados maternos e perinatais desfavoráveis e a assistência intervencionista tem sido fonte de insatisfação para as mulheres.³

Neste contexto, vale ressaltar que, uma das tecnologias utilizadas indiscriminadamente no Brasil é a cesariana, com índices considerados absurdos, colocando o País líder no ranking mundial. A taxa de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde deve estar entre 10 e 15%. No Brasil essa taxa chega a 54%, sendo que esse número cresce para 84% dos partos realizados por Planos de Saúde, já na Rede Pública o número é menor, cerca de 40%.^{4,5}

Para que haja redução dos elevados índices de cesariana no Brasil e a mulher receba um atendimento qualificado, os profissionais responsáveis pela assistência ao parto e nascimento devem adotar práticas obstétricas que garantam um atendimento seguro e humanizado ao binômio mãe/filho. Nessa perspectiva, a OMS iniciou discussões sobre práticas obstétricas baseadas em evidências científicas e em 1996 publicou o Manual Assistência ao Parto Normal: um guia prático o qual contém recomendações considerando a utilidade, a eficácia e substancialmente a ausência de efeitos prejudiciais com relação às condutas e práticas de assistência ao parto.⁶

O interesse em desenvolver este estudo veio da inquietação vivenciada pelos autores com relação à qualificação da assistência obstétrica na área de enfermagem. Sabendo-se da importância da atuação de enfermeiros qualificados na atenção ao binômio mãe/filho e para garantir uma assistência transformadora no processo do parto e nascimento, Órgãos Governamentais têm se empenhado para qualificar a assistência obstétrica, com práticas seguras e humanizadas, preservando o protagonismo da mulher em um momento tão especial de sua vida e da família.

Este estudo tem por objetivo caracterizar a assistência obstétrica vivenciada por docentes de uma Universidade Pública de Minas Gerais, durante a última experiência do processo de parto e nascimento em ambiente hospitalar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo transversal, com abordagem metodológica quantitativa, realizado em uma Universidade Pública de Minas Gerais, sobre a assistência obstétrica no processo de parto e nascimento vivenciadas por docentes.

A amostra do presente estudo foi composta por 40 mulheres pertencentes ao corpo docente de todos os cursos presenciais das Unidades Acadêmicas do campus I e II de uma Universidade Pública de Minas Gerais.

Foram adotados os seguintes critérios de elegibilidade: docentes com experiência de pelo menos um processo de parto e nascimento normal ou cesáreo em âmbito hospitalar, a partir de 2005, acreditando-se ser um tempo suficiente para implementação na assistência obstétrica das Práticas Baseadas em Evidências Científicas publicadas em 2001 pelo MS. A coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro de 2015, janeiro e fevereiro de 2016.

Os dados foram obtidos por meio de um questionário elaborado pelos pesquisadores, tendo como Referencial Teórico o Manual: Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher, do MS.⁷ Sendo utilizado para elaboração do instrumento, a categoria A que aborda, práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas. O questionário utilizado, foi composto por 27 questões discursivas e objetivas, contendo as seguintes variáveis: sociodemográficas; relacionadas ao último processo de parto e nascimento; relacionadas à assistência obstétrica durante o último processo de parto e nascimento sendo ele normal ou cesáreo.

As docentes foram contatadas individualmente, em seus locais de trabalho, sem que houvesse interferência em suas rotinas didáticas. Foram abordadas aquelas que atenderam aos critérios de inclusão. Após aceitarem participar da pesquisa foi solicitado a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e iniciou-se a coleta de dados utilizando o questionário de autopreenchimento, agendando com as docentes a data para seu recolhimento.

Os dados coletados foram organizados e armazenados em um banco de dados estruturados no Microsoft Excel®. Posteriormente os mesmos foram importados pelo Software Statistical Package for Social Science, versão 17.0 para a análise estatística descritiva e inferencial. Para a análise das relações existentes entre as variáveis foram utilizados o teste de Qui-quadrado (χ^2), Mann-Whitney e o Teste Exato de Fisher. Todos os testes foram definidos com 5% ($p < 0,05$) de significância.

A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos e legais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, que se refere às pesquisas envolvendo seres humanos.⁸ E obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFAL-MG, parecer número 1.294.313.

RESULTADOS

Do total de 40 docentes que participaram do estudo, 77,5% (31) se auto declaram de cor branca e 22,5% (9) de cor parda. Todas receberam atendimento no último processo de parto e nascimento pelo sistema de saúde suplementar/particular. Pôde-se observar que 80% (32) das participantes tiveram a experiência do último processo de parto e nascimento na faixa etária acima de 30 anos. Sendo 35% (14) acima de 35 anos, idade considerada como maternidade tardia.

De acordo com a tabela 1, a cesariana foi a via de parto de maior frequência chegando a 95% (38). Vale ressaltar que 73,7% (28) das docentes entrevistadas que se submeteram ao parto operatório entraram em trabalho de parto e 26,3% (10) fizeram cesárea eletiva.

Tabela 1 - Distribuição das docentes segundo as variáveis, tipo de parto, data do último parto e o local onde recebeu o atendimento - Alfenas - MG, 2016. (n=40)

Variáveis	Nº de docentes	Porcentagem (%)
Tipo de parto		
Normal	2	5,0
Cesáreo	38	95,0
TOTAL	40	100,0
Data do último parto (anos)		
≤ 3	13	32,5
4 a 6	14	35,0
7 a 10	13	32,5
TOTAL	40	100,0
Local onde recebeu o atendimento (Estado)		
Minas Gerais	28	70,0
São Paulo	11	27,5
Não respondeu	1	2,5
TOTAL	40	100,0

Fonte: dos autores

Com relação à data do último parto, que ocorreram nos últimos 10 anos, observa-se uma distribuição homogênea entre os intervalos apresentados. Vale ressaltar que a data escolhida como critério de elegibilidade foi a partir de 2005, acreditando-se ser um tempo suficiente para implementação na assistência obstétrica das Práticas Baseadas em Evidências Científicas publicadas em 2001 pelo MS. A maioria dos partos foi assistida em maternidades do Estado de Minas Gerais, 70% (28) e destes, 85,7% (24) ocorreram em Alfenas.

Tabela 2 - Distribuição das docentes segundo as variáveis, escolha do tipo de parto, escolha da instituição onde foi realizado o parto e escolha do profissional que realizou o parto - Alfenas - MG, 2016. (n=40)

Variáveis	Nº de docentes	Porcentagem (%)
Escolha do tipo de parto		
Sim	16	40,0
Não	24	60,0
TOTAL	40	100,0
Escolha da instituição onde foi realizado o parto		
Sim	35	87,5
Não	5	12,5
TOTAL	40	100,0
Escolha do profissional que realizou o parto		
Sim	38	95,0
Não	2	5,0
TOTAL	40	100,0

Fonte: dos autores

A maioria das docentes, 60% (24) não puderam opinar em relação ao tipo de parto a que foram submetidas; 87,5% (35) e 95% (35) escolheram respectivamente a instituição e o profissional que as atenderam (Tabela 2). Entre elas 92,5% (37) tiveram a liberdade de escolha do acompanhante durante o processo de parto e nascimento, 5% (2) não tiveram seu direito respeitado e 2,5% (1) não respondeu.

No que se refere à presença do acompanhante durante o processo de parto e nascimento, 52,5% (21) estiveram presentes durante o trabalho de parto, 25% (10) não entraram em trabalho de parto, 62,5% (25) permaneceram durante o parto e 90% (36) se mantiveram após o parto (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das docentes segundo as variáveis, presença do acompanhante durante o trabalho de parto, durante o parto e após o parto - Alfenas - MG, 2016. (n=40)

Variáveis	Nº de docentes	Porcentagem (%)
Presença do acompanhante durante o trabalho de parto		
Sim	21	52,5
Não	9	22,5
Não se aplica	10	25,0
TOTAL	40	100,0
Presença do acompanhante durante o parto		
Sim	25	62,5
Não	15	37,5
TOTAL	40	100,0
Presença do acompanhante após o parto		
Sim	36	90,0
Não	4	10,0
TOTAL	40	100,0

Fonte: dos autores

A equipe se mostrou prestativa frente às dúvidas e questionamento a 85% (34) das entrevistas e 95,0% (38) foram informadas sobre a necessidade dos exames normalmente realizados tais como toque, dinâmica uterina, ausculta de BCF (Batimentos Cardíofetais) e sorologia de HIV (Human Immunodeficiency Virus) e VDRL (Venereal Disease Research Laboratory).

Constatou-se por meio dos resultados da pesquisa, que a maioria das participantes 87,5% (35) foram informadas quanto à necessidade da indicação do parto cesáreo. As indicações médicas para realizar a cesárea foram, o trabalho de parto estacionário, cesárea anterior, oligoidramnia, idade materna avançada, circular de cordão, gestação gemelar, gestação gemelar com apresentação pélvica, idade gestacional limítrofe, bebê não estava encaixado e alteração anatômica no colo uterino. Houve casos de parto cesáreo emergencial, cuja a justificativa foi sofrimento fetal com 29 semanas de gestação, e uma amniorrexe com 36 semanas de gestação.

Quanto às informações recebidas sobre os riscos a que mãe e filho estavam expostos diante o procedimento cirúrgico dentre as 38 participantes submetidas a ele, 60,5% (23) receberam tais informações, 29% (11) não foram informadas e 10,5% (4) não responderam à questão.

Durante o trabalho de parto, para 83,3% (25) das docentes não foi permitida a liberdade de posição e 93,3% (28) não receberam líquido. A maioria das docentes, 90% (27), não receberam medidas não farmacológicas para alívio da dor, porém para três delas foi oferecido: acupuntura, bola suíça e técnica de relaxamento (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das docentes segundo as variáveis, equipe prestativa frente às dúvidas e questionamentos, e informações quanto à realização de exames - Alfenas - MG, 2016. (n=40)

Variáveis	Nº de docentes	Porcentagem (%)
Equipe prestativa frente a dúvidas e questionamentos		
Sim	34	85,0
Não	6	15,0
TOTAL	40	100,0
Informações quanto a realização de exames		
Sim	38	95,0
Não	2	5,0
TOTAL	40	100,0

Fonte: dos autores

Na primeira hora após o nascimento, a amamentação foi estimulada à 50% (20) das participantes, à 60% (24) foi proporcionado contato cutâneo, pele a pele e 70% (28) dos recém nascidos ficaram em alojamento conjunto (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das docentes que entraram em trabalho de parto segundo as variáveis, liberdade de posição, ingestão de líquidos e utilização de medidas não farmacológicas para alívio de dor - Alfenas - MG, 2016. (n=30)

Variáveis	Nº de docentes	Porcentagem (%)
Liberdade de posição durante o trabalho de parto		
Sim	5	16,7
Não	25	83,3
TOTAL	30	100
Ingestão de líquidos durante o trabalho de parto		
Sim	2	6,7
Não	28	93,3
TOTAL	30	100
Utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor		
Sim	3	10
Não	27	90
TOTAL	30	100

Fonte: dos autores

Os resultados de associações estatísticas entre as variáveis apresentou resultado estatisticamente significativo apenas na associação entre as variáveis escolha do acompanhante com a idade por ocasião do último parto, evidenciando que 92,5% (37) foram respeitadas com uma média de idade de 34,92 anos, de acordo com o teste Mann-Whitney, com $p=0,016$.

No resultado referente à presença do acompanhante durante o parto, embora não tenha apresentado resultado estatisticamente significativo evidenciou um aumento crescente da presença do acompanhante junto das parturientes, com seguintes resultados: em período ≤ 3 anos 27,5% (11); de 4 a 6 anos 22,5% (9); de 7 a 10 anos 12,5% (5), podendo ser entendido que a legislação que garante esse direito à mulher vem sendo respeitada de maneira crescente ao longo dos anos.

DISCUSSÃO

Com as transformações na sociedade, e o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho e em todos os setores econômicos e políticos do país, a maternidade tardia, tem se tornado frequente entre as mulheres do mundo atual.⁹ Considera-se maternidade tardia quando a gestação ocorre após os 35 anos de idade, embora alguns estudos apontem que a faixa etária de 40 anos ou mais, define o termo de forma mais adequada.¹⁰

As mulheres que optam por engravidar já na quarta década de vida, fazem parte da população que possui maior escolaridade e carreira profissional estabilizada. Na maioria das vezes essas mulheres são aquelas que possuem melhores condições socioeconômicas, planejamento familiar, estão em bom estado de saúde e a gestação é acompanhada periodicamente por uma equipe de saúde.¹⁰⁻¹¹

As decisões obstétricas das mulheres são influenciadas por diversos fatores, entre eles a forma com que as infor-

mações são transmitidas pelos profissionais de saúde sobre as possíveis vias de parto, os riscos e benefícios de ambas, prováveis complicações e repercussões futuras e tem relação direta no posicionamento da mulher frente o tipo de parto.¹²

As mulheres que optam pela cesariana ou a aceitam por recomendação médica, imaginam que esse tipo de parto é indolor e preserva a anatomia da vagina para as relações sexuais.¹³

Mesmo com o desenvolvimento da tecnologia, as cesarianas não são isentas de risco, há uma maior chance de desenvolvimento de infecção puerperal, morbimortalidade materna e neonatal, um maior período de separação entre mãe e bebê devido à rotina cirúrgica, o que leva a um atraso e dificuldade de lactação, além de maior tempo de hospitalização e recuperação.¹⁴

A cesariana é uma tecnologia que salva vidas, sendo uma alternativa para complicações durante a gravidez ou parto natural. Médicos e mulheres vêm demonstrando um interesse crescente pela cesariana nessas últimas duas décadas, assim evidenciando que muitas cesarianas realizadas são medicamente desnecessárias.^{13,15}

Embora em índice muito baixo, evidenciado na presente pesquisa, sabe-se que o parto via vaginal proporciona maior facilidade no início da amamentação, menor risco de infecção e de hemorragia, recuperação e alta hospitalar precoce, além de menor sensibilidade no período pós-parto. A OMS recomenda portanto, que as cesarianas correspondam à no máximo, 15% do total de partos sendo indicadas somente diante de risco para a mãe ou bebê.¹³

Frequentemente é observado a preferência de muitas mulheres pelo parto natural. Isto dá-se ao fato de que o mesmo possibilita uma cicatrização, recuperação e retorno às atividades diárias mais rápidas. Entretanto muitas são as percepções negativas sobre essa via de parto, incluindo medo da dor durante o trabalho de parto e parto, desencadeamento de incontinência urinária e fecal, lacerações perineais importantes e violência obstétrica vivenciadas por pessoas conhecidas.¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷

A autonomia da gestante, quanto à escolha do tipo de parto deve ser respeitada e mantida sempre que possível, entretanto a decisão deve ser compartilhada com o profissional responsável pelo acompanhamento da gestante, garantindo assim que sua escolha não coloque em risco o desfecho do processo de parto e nascimento. Muitas vezes as opções de profissionais e instituições que os planos de saúde oferecem não atendem aos desejos das gestantes.

Com efeito, é fundamental estimular uma maior aproximação da gestante com o profissional que acompanha o pré-natal, garantindo assim uma atenção integral e de qualidade à mulher. Estimulando sua confiança e segurança tocante às duas vias de parto, já que a indicação segundo critérios médicos pode não contemplar a preferência da parturiente. Assim a gestante pode decidir com confiança a via de parto pela qual seu filho nascerá.¹²

Faz-se necessário lembrar que, o empoderamento da mulher durante a assistência no processo de parto e nascimento deve ser mantido e estimulado, de forma que a autonomia em tomar decisões referentes à sua própria vida e cuidados de saúde, influenciam positivamente a qualidade dos serviços oferecidos a ela.¹⁸

Para reforçar o direito da mulher em compartilhar com o médico as escolhas inerente ao processo de parto e nascimento, em 2005 foi aprovada, no Brasil, a Lei n. 11.108, que assegura à parturiente o direito de ter a presença de um acompanhante de sua livre escolha, durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo esse um dos princípios da assistência humanizada.¹⁹

O conjunto de dados sugere que, a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, uma pessoa de sua confiança, possibilita que ela se sinta amparada emocional e fisicamente, bem como encorajada e segura durante o processo de parto, favorecendo uma boa evolução do período gravídico-puerperal. Além de ajudar a mulher na comunicação com a equipe e minimizar os fatores estressantes.^{16,20}

As evidências de que uma companhia intensiva e participativa durante trabalho de parto, parto e pós-parto pode minimizar temores e acalmar mulheres que o vivenciam, levou à recomendação de que este apoio deve ser oferecido a todas as mulheres.²¹

Mesmo diante da importância do acompanhante durante o trabalho de parto, algumas instituições e profissionais negam à parturiente tal direito. As mulheres, por outro lado, tem conhecimento desta legislação, mas não confiam que os serviços vão respeitar o seu direito, ficam com medo de confronto e retaliação durante a internação, se insistirem em ter um acompanhante.²¹

Durante o trabalho de parto o respeito à intimidade e à privacidade da parturiente devem ser obedecidos com rigor. A equipe de saúde deve realizar procedimentos comprovadamente benéficos para o binômio mãe/filho, evitando intervenções desnecessárias, preservando assim sua privacidade e autonomia.⁷ Na presente pesquisa a maioria das docentes, 90% (36), relataram que foram respeitadas.

A mulher no seu direito de escolha, dentro dos princípios éticos precisa ser informada antecipadamente sobre as indicações do parto operatório antes mesmo à sua realização, e não durante ou após o procedimento. Isso permite à mulher expressar seus sentimentos e dúvidas.²²

A tarefa mais importante para um promotor de cuidado é garantir o conforto e a satisfação da mulher durante o parto. Com esse objetivo e abrangendo a valorização do parto fisiológico, o protagonismo da mulher e do uso adequado de tecnologias na assistência ao parto e nascimento, algumas práticas vem sendo incluídas na assistência à parturiente.²³⁻²⁴

As estratégias de conforto são o estímulo à movimentação corporal, liberdade de posição e às posturas ativas durante o trabalho de parto e parto, que estão associados à menor duração do trabalho de parto, diminuindo a dor materna, facilitando a circulação materno-fetal, a descida do

feto na pelve materna, além de melhorar as contrações uterinas e diminuir o trauma perineal. Essas estratégias são consideradas métodos de empoderamento da mulher trazendo uma nova concepção de poder, encorajando-as a serem protagonistas do processo de parto e nascimento.²³⁻²⁴

Muitas maternidades ainda restringem a alimentação e a ingestão de líquidos da parturiente o MS recomenda em condições de normalidade, parturientes de baixo risco e risco habitual, oferecer líquidos e uma dieta leve. O jejum pode provocar desidratação e acidose, que adicionados à fadiga da gestante em trabalho de parto aumentam a possibilidade de uma cesárea e maior perda de sangue após o parto. No entanto, se forem utilizados medicações para alívio da dor, a parturiente deve parar de comer e será oferecido apenas água em pequenas quantidades.²⁵

Entre as práticas não medicamentosas para alívio da dor, tem-se estudado o uso técnicas de relaxamento e respiração que além de reduzir a sensação dolorosa, melhoram os níveis de saturação sanguínea materna de O₂, proporcionam relaxamento e diminuem a ansiedade.²⁴

Outra alternativa é a utilização da bola suíça, onde a parturiente consegue ficar sentada com a coluna bem alinhada, sem desconforto, realizando exercícios que ajudam na descida e também aliviam a dor.²³

O conjunto de práticas, rotinas e a qualidade dos recursos humanos das maternidades podem interferir ou impossibilitar o contato pele a pele, amamentação na primeira hora de vida do RN, e o alojamento conjunto. Além de algumas situações e intercorrências com o RN e mãe, como por exemplo, internação de emergência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal), como citado por uma docente participante da presente pesquisa.

No período imediato após o nascimento, o contato mãe e filho deve ser estimulado, pois constitui um momento de maior sensibilidade da puérpera e um período de alerta do RN. Sendo assim, todas as vezes que as condições da mãe e do RN permitirem, o primeiro contato pele a pele e estimulação à amamentação, durante a primeira hora de vida, devem ser feitos ainda na sala de parto.²⁶⁻²⁷

O Aleitamento Materno imediatamente após o parto promove uma precoce interação mãe-bebê, aquece e acalma o RN, estimula uma proteção imunológica, reduz a mortalidade neonatal, auxilia nas contrações uterinas, diminuindo o risco de hemorragia, além de proporcionar um ambiente ideal para a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.²⁷

Após os procedimentos de atenção ao RN, estando o bebê em boas condições, deverá seguir para um local onde possa permanecer ao lado da mãe, durante toda internação hospitalar de ambos.²⁸ Essas medidas são a melhor maneira para o início da vida do RN, pois assegura e estimula a experiência da amamentação e o vínculo afetivo, além de incentivar a participação na assistência ao filho, por isso devem ser estimuladas pelos profissionais.²⁹

CONCLUSÃO

Pôde-se constatar a modificação sofrida na assistência prestada pela equipe de saúde ao longo dos anos, no sentido de garantir os direitos a um atendimento humanizado, seguro e de qualidade ao binômio mãe/filho. Contudo alguns profissionais e instituições ainda resistem em implementar práticas recomendadas pelo Ministério da Saúde.

A equipe de saúde devem conhecer as melhores evidências científicas disponíveis, juntamente com a classificação de risco, assim poderão determinar se há realmente a necessidade de intervenção. Além de estimular o sentimento de empoderamento da mulher durante o pré-natal, incentivando sua participação ativa na construção de suas escolhas.

O profissional enfermeiro tem papel fundamental na assistência qualificada e humanizada no processo de parto e nascimento, pois é ele que estará integralmente ao lado da parturiente, portanto sua assistência deve estar baseada em estratégias para a humanização do cuidado, respeitando a fisiologia, à autonomia da mulher e evitando intervenção desnecessária.

REFERÊNCIAS

1. Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev. Gaúcha Enfermagem* [periódico online] 2011[acesso em 02 jun. 2015] 32(3): 479-86p. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300007.
2. Brasil. Ministério da saúde. Caderno Humaniza SUS: Humanização do parto e nascimento. Brasília, DF, 2014.
3. Souza CM, Ferreira CB, Barbosa NR, Marques JF. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* [periódico online] 2013[acesso em 02 jun. 2016] 5(4): 743-54p. Disponível em: www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2380/pdf_960.
4. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): Indicadores e Dados Básicos [periódico online] 2011[acesso em 10 jul. 2015]. Disponível em: www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb2012/f08.def.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [periódico online] 2015[acesso em 10 jul. 2015] Disponível em: www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua.
6. Silva RC, Soares MC, Jardim VMR, Kerber NPC, Meincke SMK. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. *Rev. Texto e contexto - enfermagem*. [periódico online] 2013[acesso em 10 jul. 2015] 22(3): 629-36p. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000300008&script=sci_arttext.
7. Brasil. Ministério da saúde. Parto, aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, DF, 2001.
8. Brasil. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [periódico online] 2012[acesso em 10 jul. 2015]. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf.
9. Lopes MN, Dellazzana-Zanon LL, Boeckel MG. A Multiplicidade de Papéis da Mulher Contemporânea e a Maternidade Tardia. *Rev. Temas em Psicologia, Ribeirão Preto* [periódico online] 2014[acesso em 10 jul. 2015] 22(4): 917-28p. Disponível em: www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400018.
10. Silva JLCF, Surita FGC. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. *Rev. Brasileira de Ginecologia Obstetrícia*, [periódico online] 2009[acesso em 05 mar. 2016] 32(7):321-25p. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a01.pdf.
11. Oliveira RB, Galdino DP, Cunha CV, Paulino EFR. Gravidez após os 35: uma visão de mulheres que viveram essa experiência. *Rev. Eletrônica Corpus et Scientia* [periódico online] 2011[acesso em 05 mar. 2016] 7(2):99-112p. Disponível em: www.apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/134/103.
12. Silva SPC, Prates RCG, Campelo BQA. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Rev. Eletrônica Enfermagem da UFSM (Universidade Federal de Santa Maria)* [periódico online] 2014[acesso em 05 abr. 2016] 4(1):1- 9p. Disponível em: www.periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8861/pdf.
13. Junior TL, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev. Bioética* [periódico online] 2013[acesso em 05 maio 2016] 21(3):509-17p. Disponível em: www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/798/934.
14. Bittencourt F, Vieira JB, Almeida ACCH. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. *Rev. Eletrônica Cogitare Enfermagem* [periódico online] 2013[acesso em 05 mar. 2016] 13(3):515-20p. Disponível em: www.ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/33565/21063.
15. Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira M N, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública*, [periódico online] 2014[acesso em 28 mar. 2016] 30:101-16p. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017.
16. Qian X, Smith H, Zhou L, Liang J, Garner P. Evidence-based obstetrics in four hospitals in China: An observational study to explore clinical practice, women's preferences and provider's views. *BMC PregnancyandChildbirth*, [periódico online] 2001[acesso em 20 maio 2016] 1(1). Disponível em: www.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-1-1.
17. Oliveira SMJV, Riesco MLG, Miya CFR, Vidotto. Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Rev. Latino Americana de Enfermagem* [periódico online] 2002[acesso em 20 maio 2016] 10(5): 667-74p. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041692002000500007&lng=en&nrm=iso&tng=pt.
18. World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. *Strategiestowardendingpreventable maternal mortality (EPMM)*. 2015.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 11.108 de 7 de abril de 2005, Brasília- DF [periódico online] 2005[acesso em 30 mar. 2016] Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.
20. Teles LMR, Pitombeira HCS, Oliveira AS, Freitas LV4, Moura ERF, Damasceno AKC. Parto com acompanhante e sem acompanhante: A opinião das puérperas. *Rev. Eletrônica Cogitare Enfermagem* [periódico online] 2010[acesso em 05 abr. 2016]15(4) 688-94p. Disponível em: www.ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/20366/13527.
21. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMS, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [periódico online] 2014[acesso em 20 abr. 2016] 30:140-53p. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf.
22. Oliveira SMJV, Riesco MLG, Miya CFR, Vidotto P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Rev. Latino Americana de Enfermagem* [periódico online] 2002[acesso em 05 abr. 2016] 10(5):667- 74. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010-1692002000500007&lng=en&nrm=iso&tng=pt.
23. Silva LM, Oliveira SMJV, Silva FMB, Alvarenga MB. Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Rev. Acta Paulista de Enfermagem* [periódico online] 2011[acesso em 05 abr. 2016] 24(50):656-62. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500010.
24. Nascimento NM, Progianti JM, Novoa RI, Oliveira TR, Vargens OMC. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. *Rev. Escola Anna Nery de Enfermagem* [periódico online] 2010[acesso em 20 abr. 2016] 14(3):456-56p. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300004.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Campanha: Promoção da saúde - SUS. Incentivo ao parto normal. Recomendação para alimentação e ingestão de líquidos durante o trabalho de parto. Brasília- DF, 2015.

26. Mercer JS, Owens DAE, Graves B, Haley MM. Evidence-Based Practices for the Fetal to Newborn Transition. American College of Nurse-Midwives [periódico online] 2007 [Acesso em 20 maio 2016] 52(3). Disponível em: www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jmwh.2007.01.005/pdf.
27. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. Rev. Saúde Pública [periódico online] 2011 [Acesso em 15 abr. 2016] 45(1):69-78p. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
28. Silva BM, Farias MCAD, Sousa AKA, Abreu RMSX, Silva RA. Atuação da enfermagem em alojamento conjunto: percepção de puérperas. Rev. Brasileira de Educação e Saúde [periódico online] 2015 [Acesso em 05 abr. 2016] 5(3):35-44p. Disponível em: www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3664/3311.
29. Strapasson MR, Fischer ACS, Bonilha ALL. Amamentação na primeira hora de vida em um hospital privado de Porto Alegre/RS - Relato de experiência. Rev. Eletrônica Enfermagem da UFMS (Universidade Federal de Santa Maria) [periódico online] 2011 [Acesso em 27 abr. 2016] 1(3):489-96p. Disponível em: www.periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2824/241.

Recebido em: 02/11/2016
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 30/01/2017
Publicado em: 10/04/2018

Autor responsável pela correspondência:

Jean Carlos Oliveira
R. Líbano, 66 - Itapoã
Belo Horizonte/MG
CEP: 31710-030
E-mail: jean_carlos.oliv@hotmail.com