



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM**

KARINA DE MELO RODRIGUES

**A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO PROCESSO DE
REVALORIZAÇÃO DO PARTO NORMAL**

CAMPINA GRANDE – PB

2017

KARINA DE MELO RODRIGUES

**A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO PROCESSO DE
REVALORIZAÇÃO DO PARTO NORMAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), como pré-requisito para a obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Elisabete Oliveira Colaço

CAMPINA GRANDE – PB

2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do CCBS - UFCG

R685a

Rodrigues, Karina de Melo.

A atuação da enfermeira obstétrica no processo de revalorização do parto normal / Karina de Melo Rodrigues. – Campina Grande, PB: O autor, 2017.

63 f. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Elisabete Oliveira Colaço, Esp.

Monografia de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) –
Universidade Federal de Campina Grande, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Saúde da Mulher. 2. Enfermeiro Obstetra. 3. Parto Obstétrico. I. Colaço, Elizabeth Oliveira (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 616-083:618.4 (813.3)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UACS
CURSO DE ENFERMAGEM

ATA DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC DO CURSO DE
ENFERMAGEM, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CAMPUS DE
CAMPINA GRANDE - PB.

Aos 05 dias do mês de Abril do ano 2017 às 10:05 horas, na sala 05, com a presença dos professores participantes da banca examinadora abaixo discriminada, realizou-se a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado

A atuação da (o) enfermeira (o) obstetra no processo de revalorização do posto renal

pelo aluno (a) Krêmia de Melo Portuquês, desenvolvido regularmente matriculado no componente curricular TCC II, no semestre 2016.2, orientado pelo professor (a) Edisvaldi Oliveira Colares.

O período da defesa transcorreu em conformidade com as normas estabelecidas pelo regimento do TCC. O aluno utilizou 19 minutos para a apresentação do seu TCC. Ao término da defesa o (a) aluno (a) juntamente com o público retirou-se da sala e a banca a portas fechadas emitiu o parecer, atribuindo a nota ao aluno. Em seguida o aluno foi reconduzido à sala e o resultado da sua avaliação foi divulgado pelo orientador. Obtendo nota 9,3 (nove três) pelos examinadores. O orientador agradeceu a presença de todos. Assim, dou fé.

Campina Grande, 05/04/17.

ORIENTADOR (A): Edisvaldi Oliveira Colares

TITULAÇÃO: Especialista

BANCA EXAMINADORA:

1º Membro: João Manoel P. Soares Titulação: Mestre

2º Membro: Yvoneia Brito Neves Zboralinski Kormanik Titulação: Mestre

Curso de Bacharelado em Enfermagem

Coordenação do TCC II

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a Deus por ter me permitido chegar até aqui, em sua infinita bondade, sabedoria e misericórdia, fazendo com que tudo acontecesse no tempo certo, de acordo com a Sua vontade. Por não me desamparar e me deixar fraquejar nos momentos difíceis. Por Seu Amor que me acolhe. À minha virgem Santíssima Maria, que me guia nos caminhos de Seu filho, cuida de mim e da minha família com o seu manto sagrado.

Ao meu pai, Sérgio, que me ama incondicionalmente, sempre sendo o melhor pai que pode ser em momento algum deixou de acreditar em mim, de confiar em mim. Nunca mediu esforços para me proporcionar uma boa educação, acesso à saúde, cultura e moradia digna. Acima de tudo, entre erros e acertos, me mostrou e mostra até hoje, quão importante é a figura paterna e que o amor é capaz de superar a distância, pois mesmo estando fisicamente longe um do outro, continuou sendo o melhor pai do mundo. Se pudesse ter escolhido ou escolher novamente, o escolheria infinitas vezes e a cada vez mais meu amor seria maior assim como a minha gratidão.

À minha mãe, Salete, que é a pessoa mais forte, amorosa e generosa que conheço, que durante todas as nossas vidas, me colocou em primeiro lugar, abrindo mão de muitas coisas para que eu pudesse vivenciar momentos, ter pessoas por perto, para ver a minha felicidade e assim, se sentia feliz também. Quero agradecer também por nunca me deixar desistir, por ser a pessoa que faz com que eu siga em frente. Por ser meu exemplo, e me ensinar que devemos enfrentar as situações difíceis mesmo que pareçam impossíveis, mas que com fé, determinação e paciência podemos superar as adversidades que vez ou outra surgem em nossas vidas.

Agradecer também a todas as pessoas que já ajudaram independentemente se foi com uma palavra amiga, uma risada em um momento triste, ou qualquer outro jeito, até esse momento. Meus avós, que se sentem orgulhosos por mim, dizer que eu que me orgulho em ter pessoas como eles na minha vida. Meus tios e tias, que sempre se preocuparam e se sentiram felizes por essa conquista, a eles, o meu muito obrigado e meu amor.

Quero deixar registrado também minha gratidão as minhas amigas, principalmente as mais próximas, Gabrielle, Amanda, Beatriz, Maria Luiza, Ana Carolina, Maria Eduarda, Ada Clara, Cecília, que sempre se fizeram presentes mesmo que não todos os dias, mas nunca deixaram de apoiar, de oferecerem a amizade sincera e amor, sempre estando dispostas a me escutar, aconselhar, vivenciar momentos que ficarão eternizados em minha memória e meu coração.

Agradeço a todos os professores que fazem parte dessa trajetória, que contribuíram com conhecimento, ética, sendo exemplos de profissionais a serem seguidos. Agradecer especialmente à minha orientadora Elisabete, por toda a disponibilidade, toda a paciência, por compartilhar comigo seus conhecimentos, me ajudando a desenvolver este trabalho da forma possível, contribuindo ainda mais para o meu aprendizado e formação.

Agradeço a banca examinadora, por terem aceitado tão prontamente a fazerem parte dessa etapa, contribuindo para o aprimoramento do meu trabalho de conclusão de curso.

RODRIGUES, Karina de Melo
COLAÇO, Elisabete Oliveira

RESUMO

O parto é um momento visto como um divisor de águas na vida da mulher, que traz consigo significados construídos e reconstruídos, a partir da singularidade e cultura da parturiente que transforma o cotidiano da mulher. Atualmente no Brasil, 84% dos partos que ocorrem na rede privada de saúde são cesáreas. No Sistema Único de Saúde este número diminuiu para 40%, porém a recomendação da Organização Mundial de Saúde é de apenas 15% tanto na rede privada como pública. Como forma de incentivar o parto normal é preconizado a realização do parto normal por enfermeira obstétrica. A pesquisa teve por objetivo analisar a importância da enfermeira obstétrica no processo de revalorização do parto normal, que teve como questão norteadora: Como as enfermeiras estão atuando diante do cenário da revalorização do parto normal? Trata-se de um estudo do tipo Revisão Integrativa de Literatura (RIL). Os descritores que foram utilizados são “Saúde da Mulher” and “Enfermeiro Obstetra” and “Parto Obstétrico” e seus respectivos descritores em inglês (“Women’s Health” and “Nurse Midwife” and “Obstetrical Birth”) e espanhol (“Salud de la Mujer” and “Enfermero Obstétrico” and “Parto Obstétrico”). Após análise completa dos trabalhos selecionados, foram identificadas 3 categorias, sendo elas: I- A assistência da Enfermeira Obstétrica ao parto normal. II - A Enfermeira Obstétrica e seu papel durante o parto sob o ponto de vista da mulher. III- Casa de parto, Maternidade e parto domiciliar e a inserção da Enfermeira Obstétrica nesses ambientes. Verificou-se que as enfermeiras envolvidas no processo de revalorização do parto normal passam por diversas fases, desde a educação em saúde para as mulheres, a luta por seu espaço nesse ambiente, assistência humana e que respeita a dignidade da mulher, o processo fisiológico do parto, o não uso de intervenções desnecessárias. Assim, ainda, percebe-se a necessidade de realização de mais estudos como esse para promover e fortalecer o movimento e cada vez mais, tornar a enfermeira obstetra atuante e sendo um dos principais agentes nesse processo.

Palavras-Chave: Saúde da Mulher; Enfermeiro Obstetra; Parto Obstétrico.

RODRIGUES, Karina de Melo
COLAÇO, Elisabete Oliveira

ABSTRACT

Childbirth is a moment seen as a watershed in a woman's life, which brings with it constructed and reconstructed meanings, based on the singularity and culture of the parturient that transforms the daily life of the woman. Currently in Brazil, 84% of births occurring in the private health network are cesarean sections. In the Unified Health System this number decreases to 40%, but the World Health Organization recommendation is only 15% in both the private and public network. As a way to encourage normal delivery, it is recommended to perform normal delivery by obstetric nurse. The objective of the study was to analyze the importance of the obstetric nurse in the process of reevaluation of normal birth, which had as a guiding question: How are nurses acting in the scenario of revalorization of normal delivery? This is an Integrative Review of Literature (RIL) study. The descriptors that were used are "Women's Health" and "Obstetrical Nurses" and "Obstetrical Parturition" and their respective descriptors in Portuguese ("Saúde da Mulher" and "Enfermeiro Obstetra" and "Parto Obstétrico") and Spanish ("Salud de la Mujer" and "Enfermero Obstétrico" and "Parto Obstétrico"). After a complete analysis of the selected papers, 3 categories were identified: I- Obstetric Nurse's assistance to normal delivery. II - The Obstetric Nurse and her role during childbirth from the point of view of the woman. III- House of delivery, Maternity and home delivery and the insertion of the Obstetrician in these environments. It was verified that the nurses involved in the process of reevaluation of normal birth go through several phases, from health education to women, the struggle for their space in this environment, human assistance and respect for the dignity of the child. Woman, the physiological process of childbirth, the non-use of unnecessary interventions. Thus, it is still necessary to carry out more studies like this to promote and strengthen the movement and, more and more, to make the obstetrician nurse active and being one of the main agents in this process.

Keywords: Women's Health; Nursing Obstetrician; Obstetric delivery.

RODRIGUES, Karina de Melo
COLAÇO, Elisabete Oliveira

RESUMEN

El parto es un momento considerado como un hito en la vida de las mujeres, lo que trae significados construidos y reconstruidos, desde la singularidad y la cultura de la madre que convierte a la mujer todos los días. Actualmente en Brasil, el 84% de los nacimientos tienen lugar en el sistema privado de salud son las cesáreas. En el Sistema de Salud este número disminuye a 40%, pero la recomendación de la Organización Mundial de la Salud es sólo el 15% tanto en la red privada como pública. Con el fin de fomentar el parto normal se recomienda el parto vaginal por comadrona. La investigación tuvo como objetivo analizar la importancia de la partera en el proceso de revalorización parto normal, que tenía como pregunta orientadora: ¿Cómo las enfermeras están trabajando frente a la revalorización de la escena de parto normal? Es un estudio de tipo integrador revisión de la literatura (NIR). Los descriptores que se utilizaron son "Salud de la Mujer" y "partera" y "Parto Obstétrico" y sus respectivos descriptores en Inglés ("Women's Health" and "Obstetrical Nurses" and "Obstetrical Parturition") y Portugués ("Saúde da Mulher" and "Enfermeiro Obstetra" and "Parto Obstétrico"). Después de un análisis completo de las obras seleccionadas, se identificaron tres categorías, como sigue: I. Asistencia partera de la enfermera de la entrega normal. II - La enfermera partera y su papel en el parto desde el punto de vista de las mujeres. centro de Nacimiento III, maternidad y entrega a domicilio y enfermera partera inserción en estos ambientes. Se encontró que las enfermeras (los) involucrados (ellos) en el proceso de reevaluación parto normal pasan por varias etapas, desde la educación para la salud para las mujeres, la lucha por su espacio en este ambiente, la asistencia humana y el respeto de la dignidad mujer, el proceso fisiológico del parto, no usar intervenciones innecesarias. Así también se da cuenta de la necesidad de más estudios como éste para promover y fortalecer el movimiento y cada vez más convertido en la partera actuación y uno de los actores clave en este proceso.

Palabras-clave: Salud de la Mujer; Partera; Entrega obstétrica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos artigos segundo título, autores, ano e periódicos ..	31
Tabela 2 - Distribuição da produção científica por origem.....	33
Tabela 3 - Distribuição da produção científica por ano de publicação.....	34
Tabela 4 - Distribuição da produção científica por metodologia de estudo.....	35
Tabela 5 - Distribuição da produção científica por cenário.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPN	Centros de Parto Normal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
O	Obstetriz
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa Nacional de Humanização ao Pré-natal e o Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIL	Revisão Integrativa de Literatura
RN	Recém-nascidos
SIH	Sistema de Informação Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVO	15
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
4.1 Políticas Públicas e a Saúde da Mulher	16
4.2 O Parto	18
4.3 A Enfermeira Obstétrica e o Parto	22
5 METODOLOGIA	26
5.1 Tipo de Estudo	26
5.2 Etapas do Estudo	26
5.3 Identificação do tema e questão norteadora	26
5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	27
5.5 Coleta e Organização dos Dados	27
5.6 Análise dos Dados	28
5.6.1 Categorização dos Dados	28
5.7 Aspectos Éticos	28
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
Categoria I – A assistência da Enfermeira Obstétrica ao parto normal.	37
Categoria II- A Enfermeira Obstétrica e seu papel durante o parto sob o ponto de vista da mulher.	44
Categoria III- Casa de parto, Maternidade e parto domiciliar e a inserção da Enfermeira Obstétrica nesses ambientes.	47
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
8 REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	60
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	61

1 INTRODUÇÃO

Segundo Dias (2006), o parto é um momento visto como um divisor de águas na vida da mulher, que traz consigo significados construídos e reconstruídos, a partir da singularidade e cultura da parturiente que transforma o cotidiano da mulher.

No Brasil, as primeiras preocupações com a saúde materno-infantil deram-se durante a transição do Estado Novo até o Regime Militar. Em 1940, foi implantado o Departamento Nacional da Criança, cujo objetivo era a normatização do atendimento a criança e o combate à mortalidade infantil (BRASIL, 2000).

Em 1975 foi estabelecido o Programa de Saúde Materno-infantil, que amplia o olhar para a saúde da mulher ainda sob a ótica da reprodução e tem como meta reduzir a morbidade e mortalidade da mulher e da criança. Nesse período foram visualizadas as primeiras mudanças em relação às políticas do parto (BRASIL, 1983).

Existem dois modelos de assistência ao parto que prevalecem, o modelo tecnocrata e o humanista. O objetivo do modelo tecnocrata é priorizar as necessidades dos profissionais de saúde, sendo centrado em procedimentos cirúrgicos, medicalização e grande número de intervenções (RATTNER, 2009).

O modelo humanista visa à assistência e o acompanhamento da parturiente e de sua família durante o ciclo gravídico-puerperal, com o objetivo de um menor número de intervenções e oferecendo ambiente tranquilo e saudável para a vivência da experiência do nascimento. Nesse modelo, é indispensável e de fundamental importância que os profissionais proporcionem um cuidado integral à mulher, esclarecendo suas dúvidas e fortalecendo o vínculo com a parturiente (RATTNER, 2009).

Em junho de 2011, foi instituída a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Entre os objetivos da Rede Cegonha está o de “fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses” (BRASIL, 2016).

No componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha figura como ação a adoção de práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao

nascimento”, que trazia informações quanto às condutas que devem ou não ser praticadas durante o trabalho de parto e parto (BRASIL, 2016).

Atualmente no Brasil, 84% dos partos que ocorrem na rede privada de saúde são cesáreas, e no SUS este número diminui para 40%. Em média 55% dos partos, contrapondo-se a recomendação da OMS são cesarianas (BRASIL, 2015).

A cesariana, quando realizada sem indicação médica real, traz riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê: triplica o risco de morte da mãe e aumentando em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido. Cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados a prematuridade, sendo a cesariana a principal causa desses nascimentos pré-termos (BRASIL, 2014).

O parto normal oferece inúmeros benefícios para a mulher e para o bebê. Para a mulher, tem menor custo, recuperação em aproximadamente sete dias após o parto, fazendo com que ela fique mais disposta para cuidar do seu bebê, a amamentação se dá com mais facilidade, pois logo após o parto, esse vínculo entre mãe e bebe já é estimulado, há menor risco de hemorragia e de infecção, além de não existir riscos associados à cesárea e à anestesia e a necessidade de uso de medicamentos é mínima (BRASIL, 2015).

Para o bebê, o parto normal diminui as chances do nascimento pré-termo, pois o trabalho de parto é o principal sinal e sintoma que o bebê está pronto para nascer. Assim como também o prepara para a vida extrauterina, pois após a passagem pelo canal de parto seus pulmões expõem líquidos e respiram com mais facilidade, além de que o contato com os microrganismos vaginais estimulam seu sistema imunológico, o que pode evitar doenças futuras (BRASIL, 2015).

Segundo Davis (2012), questiona-se o predomínio do profissional médico na assistência, refletindo o processo de medicalização e intervencionista no qual vem se tornando o parto. O fortalecimento das Enfermeiras obstétricas e Obstetizas (O) como atores importantes no processo assistencial traz a prática um modelo de parto humanizado, respeitando todo o processo fisiológico do parto e do corpo da mulher.

A realização do trabalho de parto e parto pela enfermeira obstétrica foi regulamentada através da Lei 7.498/86 e o Decreto-Lei 94.406/87. Cabe à enfermeira como membro da equipe de saúde de acordo com o artigo 8º, inciso II, alíneas “h”: prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; “j”: acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; “l”: execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócia (COFEN, 1987).

O artigo 9º discorre sobre as profissionais de enfermagem com diploma de obstetrix ou enfermeira obstétrica, no Inciso I: prestação de assistência à parturiente e ao parto normal; Inciso II: identificação das distorcias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; Inciso III: realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessário (COFEN, 1987).

Assim, primariamente podemos concluir que os avanços de políticas públicas de saúde contribuem para o avanço com o cuidado da saúde da mulher, visando a promoção da saúde de forma integral. A realidade da forma como ainda é vista o momento do parto, está um pouco distante da ideal, como podemos perceber através da quantidade de partos cesáreos e parto normal. E para a mudança desse cenário, a enfermeira obstétrica é indispensável.

2 JUSTIFICATIVA

O interesse na abordagem desse tema surgiu durante a experiência em aulas práticas do componente curricular Saúde da Mulher do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, no período de 2014.1. Nos momentos vivenciados, não era frequente observar as enfermeiras dos serviços de saúde informar, esclarecer e incentivar as usuárias (gestantes ou parturientes) sobre o parto normal/vaginal, as vantagens para a mãe e para o recém-nascido, informações que pudessem desmistificar a imagem negativa que ele ganhou ao decorrer dos anos, locais onde a usuária pudesse ler ou até mesmo assistir documentários e filmes sobre o assunto.

Até mesmo esclarecer sobre o parto cesáreo, as suas desvantagens para a parturiente e o recém-nascido, as reais indicações de quando precisa ser realizado e as falsas indicações. E assim, tornar as mulheres conscientes e “empoderadas” sobre seu corpo e seu filho, fazendo com que ela possa exercer o seu direito de tomar suas escolhas de acordo com o que julga ser melhor para a sua vida, visto que esse é um momento que ficará para sempre na sua memória.

Portanto, assim começou a curiosidade de pesquisar e descobrir se há trabalhos que demonstram como a enfermeira pode e deve acrescentar incentivando a mulher em um momento tão bonito e impar da sua vida, e que por vezes, acaba por diversos fatores, tornando-se sofrido e traumático.

3 OBJETIVO

Compreender a atuação da enfermeira obstétrica no processo de revalorização do parto normal de acordo com a produção científica.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 Políticas Públicas e a Saúde da Mulher

No Brasil houve uma sequência de lançamentos de políticas públicas que visavam aprimorar a atenção à saúde da mulher. Na década 1970, foi lançado o Programa de Saúde Materno-Infantil, porém esse ainda não abordava toda a amplitude referente à saúde da mulher, mas a atenção ao parto já começava a ser percebida de modo diferente.

Percebendo que ainda restavam muitas falhas no atendimento à mulher, o Ministério da Saúde (MS) divulgou oficialmente o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, através de um documento feito pela comissão denominada de “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”. Para consolidar sua estratégia, o MS partia da constatação de que a atenção à saúde da mulher pelo sistema de saúde, até então era parcial, limitando-se ao ciclo gravídico puerperal. E, mesmo assim, era deficiente (BRASIL, 1984).

As diretrizes do programa objetivavam acolher e suprir as demandas das mulheres através da melhoria do sistema de saúde, sendo que o foco maior seriam as patologias que mais acometiam essa população. A visão de atender a essa demanda por parte dos profissionais de saúde, através de uma forma integral, considerando a mulher com todas as suas particularidades e ao mesmo tempo, tornando o cuidado generalizado dentro dessa individualidade. Também já se começava a perceber a educação em saúde como forma de cuidado, pois assim, as pacientes se tornariam corresponsáveis pelo cuidado com a própria saúde (BRASIL, 1984).

Segundo Tornquist (2002), com o crescimento do movimento pela humanização do parto e nascimento no fim dos anos 80, o aumento da discussão relativa às mudanças no modo como é prestada a assistência ao parto e o incentivo para a criação de Políticas Públicas que fortaleçam o empoderamento feminino estão cada vez mais fortes e presentes na nossa sociedade. Este cenário se deu a partir de uma publicação da OMS em 1985, que passou a orientar o início da aplicação de tecnologias na assistência ao parto e nascimento com métodos baseados em evidências científicas, mudanças no modelo de assistência hospitalar, desorientando as práticas com foco intervencionistas obstétricas e mostrando um novo caminho a ser seguido com a inserção de enfermeiras durante a assistência de trabalho de parto e parto.

O foco na saúde da mulher deveria envolver todos os aspectos desde o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva da puberdade até a menopausa e a terceira idade, prevenção dos cânceres de mama e colo do útero e melhorando a assistência a elas no período do pré-natal, parto e puerpério. O MS preocupou-se em orientar desde a prática de procedimentos que já seriam desenvolvidos no programa, até a implantação que seria facilitada através da distribuição de responsabilidades da união para os estados e municípios, na forma de regionalização e hierarquização da rede (BRASIL, 1984).

Em 2000, ainda visando à melhoria de atenção à saúde da mulher, no que se refere à assistência obstétrica e ao parto, foi lançado o Programa Nacional de Humanização ao Pré-natal e o Nascimento (PHPN), segundo diretrizes estabelecidas no programa:

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas (BRASIL, 2000, p. 569).

Bem como, ainda são definidas algumas responsabilidades em todas as unidades integrantes do SUS, que devem possuir para prestar assistência adequada à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, como: a realização de partos normais e cirúrgicos e atendimentos de intercorrências obstétricas; recepcionar e examinar as parturientes; assistir as parturientes em trabalho de parto; assistir a partos normais; elaborar relatórios médicos e de enfermagem (BRASIL, 2000).

Em 2004, o PAISM, inspirou a criação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), que tinha como uma de suas diretrizes:

As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares (BRASIL, 2004, p.82).

O modelo atual de institucionalização do parto, que vem desde o começo do século XX, propicia atitudes e violências na prática obstétrica. A enfermeira obstétrica, segundo a OMS e o MS, é a profissional de saúde mais indicada para a mudança definitiva desse cenário

de assistência ao parto e nascimento no Brasil, utilizando como ferramenta para tal mudança, o programa Rede Cegonha (SILVA et al, 2014).

A Estratégia Rede Cegonha, criada através da portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011, tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil, sendo um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha tem como princípios: a humanização do parto e do nascimento, com ampliação das boas práticas baseadas em evidência; organização dos serviços de saúde enquanto uma Rede de Atenção à Saúde (RAS); acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção; vinculação da gestante à maternidade; gestante não peregrina; realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2013).

A organização em RAS da Rede Cegonha tem o objetivo de fazer com que a mulher tenha acesso ao pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde, com assistência de qualidade, acesso a realização de exames, devendo também ter o seu direito de acesso a maternidade, centro de parto normal ou hospital para o momento do trabalho de parto e parto e também no puerpério voltar a ser atendida na Unidade Básica de Saúde em que realizou seu pré-natal, juntamente com o recém-nascido que tem seu direito de assistência em saúde garantido até os 2 anos de idade (BRASIL, 2013).

4.2 O Parto

O parto pode ser classificado em tecnocrático (o predominante no Brasil hoje), humanista e holístico. A antropóloga americana Davis-Floyd (2001) classificou-os assim e os conceituou.

O modelo Tecnocrático é o que define o corpo humano como uma máquina tornando o paciente um objeto, incluindo a mente e corpo como partes distintas do mesmo corpo, pensamento tal que é baseado na ótica cartesiana, que considera o corpo humano uma máquina que pode ser cuidada e estudada separadamente, e enxerga a doença como um mau funcionamento de uma das partes específica pela qual é separada.

Levando em conta essa visão, a mulher passa a ser uma máquina defeituosa, fora dos padrões de “funcionamento normal”. Desse modo, sendo influenciada por opiniões alheias e informações, a mulher se deixa convencer de que realmente está em um processo de doença, não toma para si o processo de cura, conseqüentemente as intervenções desnecessárias,

invasivas e demasiadamente tecnológicas começam a agir no seu corpo, e ela se torna apenas uma barriga, contudo é um “problema resolvível”.

Já o modelo Humanista compreende o corpo humano como um todo, um organismo (palavra que vem do grego organismos = “conjunto”), contrariando a visão anterior. A palavra conjunto, por si só, já demonstra que é a interação e a integração de funções biológicas, juntamente com as funções anímicas que vêm da linguagem e da razão. Porém, o corpo humano não é só a interação dessas funções, isso é o complemento do ser humano, que é o que possibilita a vida, através de relações interpessoais, valores, momentos vivenciados.

Humanistas do nascimento compreendem o parto como fenômeno integrativo que engloba aspectos emocionais, psicológicos, fisiológicos, sociais e espirituais, extrapolando a visão limitante do biologicismo. O resultado expressa-se na ênfase oferecida aos aspectos relacionais, no resgate do afeto como ferramenta de trabalho e na valorização da conexão com as pacientes como fundamentais para a obtenção de resultados adequados para mãe e para o bebê. Por outro lado, entendem a tecnologia como ferramenta essencial para resgate de casos patológicos que se afastam perigosamente da rota da fisiologia (BRASIL, 2014, p. 465).

Segundo Jones (2012), a humanização do nascimento é a soma dos saberes que a ciência conquistou durante o tempo com as adaptações e evoluções que acontecem desde o começo dos tempos. Essa readaptação e redescoberta do nascimento é precisa para conseguir alocar sem danos para as mulheres e seus filhos com as suas demandas de vida como experiências afetivas, psicológicas e espirituais, as conquistas tecnológicas da vida atual. Esse modelo pretende oferecer interlocução criativa entre paradigmas conflitantes.

Por um lado, o “naturalismo” nos prende a visão de que ignorar recursos novos podem ajudar e que devemos apenas seguir o fluxo da natureza, e por outro lado, existe uma ditadura da tecnologia que nos torna seres literalmente únicos, desconsiderando as singularidades de cada um, como se fossemos protótipos de um único modelo ideal, “despersonalizados, coisificados e objetualizados”. Assim, o movimento de humanizar o nascimento tem base em três conceitos:

1. Protagonismo restituído à mulher, como premissa fundamental, sem o qual se estaria apenas “sofisticando a tutela” milenarmente imposta pelo patriarcado;
2. Visão integrativa e interdisciplinar do parto, retirando deste o caráter de “processo biológico” e alçando-o ao patamar de “evento humano”, onde aspectos emocionais, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais são igualmente valorizados, e suas específicas necessidades atendidas;
3. Vinculação visceral com a Medicina Baseada em Evidências, deixando claro que o movimento de “Humanização do Nascimento” é fundamentado na razão e na pesquisa científica, e não em crenças religiosas, ideias místicas ou pressupostos fantasiosos (DAVIS-FLOYD, 2001, p.18).

E o terceiro, o modelo holístico citado por Davis-Floyd (2001), que entende que o corpo humano é constituído de um campo energético que interage com outros campos de energia. Há uma troca constante, troca de energias nas relações entre pessoas. E para “holistas”, aí está de onde surgem as doenças do corpo ou da mente, um desequilíbrio sutil entre o que rege essas energias, que se desarmonizando, para resgatar o equilíbrio necessário, adoecem o corpo ou a mente. Assim, a forma e o lugar onde se deveria intervir é no campo “energético” e emocional, deixando-se de se intervir no corpo propriamente dito, diminuindo o número de intervenções invasivas e uso de drogas no organismo.

O atual modelo tecnocrático e hegemônico de atenção obstétrica e neonatal, no qual o processo do parto e do nascimento frequentemente é percebido como um processo patológico.

Segundo Pasche, Vilela e Martins (2010), este processo é abordado a partir de um rol de práticas médicas calcadas na concepção biomédica, cujo foco é a incorporação de tecnologias, tanto na forma de insumos, como na organização taylorista do ambiente e dos processos de trabalho.

Apesar das diretrizes da OMS, que enfatizam boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas e afirmam que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, o modelo de atenção ao parto “normal”, mais comum no Brasil, inclusive em hospitais de ensino, é tecnocrático, centrado no profissional médico em instituição de saúde hospitalar, razão pela qual é também chamado de parto normal hospitalar (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

Nesse contexto, ainda que boa parte dos avanços científico e tecnológico adotados pelo hospital apresente condições reais de prevenir morbidade e mortalidade na assistência aos partos de risco, segundo Sodré e Lacerda (2007), a contradição que se evidencia é que as complicações não vêm diminuindo e, muitas vezes, são causadas justamente por esse avanço, por meio da generalização de sua necessidade e uso abusivo de técnicas e procedimentos.

Segundo Pasche, Vilela e Martins (2010), essa prática submete a mulher a normas e rotinas rígidas, que não respeitam o seu corpo e o seu ritmo natural, e a impede de exercer seu protagonismo, movimento que pode ser anunciado como iatrogenia cultural. A retirada do papel de protagonista torna a mulher frágil e submissa a uma situação que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e violenta.

Nessa condição de fragilidade, o momento do parto e do nascimento passa a ser encarado com medo devido à ameaça de riscos de dor, de sofrimento e de morte, e a cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga e de proteção da dignidade, uma vez que o modelo de parto “normal” é considerado degradante (PASCHE et al., 2010).

No Brasil, a atenção hospitalar ao parto é superior a 95% desde 1994, atingindo 97,9% em 2006, com menor valor (85%) na Região Norte. Os partos são, na sua grande maioria, atendidos por profissionais habilitados (médicos e enfermeiras em 95,9% dos partos) e 88% são realizados por médicos, com menor proporção nas regiões Nordeste e Norte (BRASIL, 2014).

A assistência ao parto no Brasil é em sua maioria hospitalocêntrica, porém, ainda em várias regiões, principalmente nas zonas rurais, uma grande parte das mulheres só têm acesso ao parto domiciliar, em condições insatisfatórias de higiene e segurança. E ainda, há o fato de que a assistência ao parto e nascimento está intensamente medicalizada, sofrendo com intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas além da prática abusiva da cesariana. Piorando as condições dessa assistência, a gestante têm seus direitos desrespeitados como a retirada da sua autonomia, perda de privacidade e isolamento dos familiares. Todos esses fatos agravam o crescimento de riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2004).

A última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, mostra a variação de partos hospitalares nas diversas regiões do País. Encontrou-se um percentual de 81,9% na Região Norte e 97,4% na Região Sul, respectivamente, a menor e a maior proporção de partos hospitalares em relação aos partos domiciliares. Essa pesquisa revelou também uma incidência de 20% de partos domiciliares nas áreas rurais (BRASIL, 2008).

As parteiras tradicionais enfrentam inúmeras dificuldades na realização do seu trabalho. Em geral, atuam de forma isolada, sem contar com o apoio dos serviços de saúde. A maioria não recebeu nenhuma capacitação, tendo aprendido a fazer partos com outras parteiras ou sozinhas, levadas pela necessidade de ajudar as mulheres de sua comunidade. Elas não dispõem de materiais básicos para assistência ao parto e ganham pouco ou quase nada pelo seu trabalho (BRASIL, 2008).

Como consequência desse isolamento, a maioria dos partos domiciliares ocorre em condições insatisfatórias de higiene e segurança e não são notificados aos sistemas de informação em saúde. Tampouco se tem um registro preciso do número de parteiras atuantes no País. Deve-se destacar que na zona rural as mulheres têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Segundo a PNDS de 2006, no meio rural: – 32% das gestantes não tiveram nenhum atendimento pré-natal; – o acesso ao parto hospitalar foi menor na área rural, sobretudo entre as mulheres com nenhum ou poucos anos de estudo e entre aquelas que não tiveram assistência pré-natal; – a taxa de mortalidade infantil entre os filhos das mulheres que não

tiveram nenhuma assistência ao pré-natal e ao parto nas áreas urbanas foi de 42 por mil nascidos vivos e na rural chegou a 65 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2008).

Entende-se por parto normal ou espontâneo aquele que não foi assistido por fórceps, vácuo extrator ou cesariana, podendo ocorrer intervenções baseadas em evidências, em circunstâncias apropriadas, para facilitar o progresso do parto e um parto vaginal normal (BRASIL, 2016).

4.3 A Enfermeira Obstétrica e o Parto

As enfermeiras obstétricas têm formação necessária que as tornam capaz de prestar assistência durante o processo fisiológico do trabalho de parto e parto, acompanhando e ajudando para a sua evolução natural, sabendo identificar e reconhecer as possíveis anormalidades que podem surgir, para poder encaminhar as parturientes que necessitem de cuidados específicos.

Por ser capacitada em acompanhamento de partos de baixo risco, a enfermeira tem a função de tornar a mulher protagonista do seu parto, de acordo com o que se preconiza na humanização, respeitando o próximo, empatia, levando a intersubjetividade em consideração, além de se mostrar envolvido, o desenvolvimento do vínculo e dando a parturiente e sua família a possibilidade de escolha de acordo com sua formação cultural (MERIGHI; GUALDA, 2009).

Segundo Rattner (2009), países que priorizam o parto normal, respeitando o processo natural do corpo e o direito de escolha da mulher e da sua família juntamente com a atuação principal sendo da enfermeira, como profissional que acompanha esse momento, como Inglaterra, Holanda, França e outros mantem seus números que apontam o índice de morbimortalidade materna e neonatal, intervenções como episiotomias e cesáreas, baixos.

Onde enfermeiras obstétricas auxiliam as mulheres a suportar a dor, tolerar as contrações em todo o período de trabalho de parto, por meio de massagens em pontos de acupuntura, com gelo, com compressas quentes, no períneo, com óleos aromáticos. Estímulo à deambulação e as orientações sobre a importância de posturas verticais que aumentam o diâmetro pélvico, orientando sobre a utilização da bola suíça e o cavalinho, por conta de favorecer a essa postura e proporcionar o alívio da tensão muscular. A Enfermagem encaminha a mulher ao banho morno por saber que ocorre, por meio desta iniciativa, redução da liberação de catecolaminas e elevação das endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente. Orienta e estimula também o acompanhante a realizar massagens, auxiliar no banho de aspersão e na deambulação, onde o mesmo participa desde a admissão até a enfermagem de alojamento conjunto (RATTNER, 2009, p.762).

Assim, para buscar uma assistência que respeite os direitos da parturiente, o processo fisiológico do parto, existem formas de ajudar sem intervenções desnecessárias, uma dessas formas, são os métodos de alívio da dor não farmacológicos, como exemplifica Fróis (2004) e Brasil (2012), através do uso de aparelhos como a bola suíça, o apoio em barras, deambulação, banho quente e massagem lombar, são técnicas que promovem o relaxamento e alívio das dores e trazem um conforto físico para essa mulher.

A bola suíça quando utilizada durante o trabalho, proporciona vários benefícios para a parturiente, como a correção da postura, o relaxamento e alongamento e o fortalecimento da musculatura. Além disso, os exercícios na bola com a paciente sentada trabalha a musculatura do assoalho pélvico, principalmente os músculos levantadores do ânus e pubococcígeo além da fâscia da pele, o que causa ampliação da pelve auxiliando na descida da apresentação fetal no canal de parto além de trazer benefícios psicológicos e ter baixo custo financeiro (SILVA, 2011).

O banho morno de aspersão que é realizado através da água aquecida, que induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular. O mecanismo de alívio da dor por este método age pela redução da liberação de catecolaminas e elevação das endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente. A prática varia muito e inclui o uso de duchas, banheiras, hidromassagem e “piscinas de parto” especiais (DAVIM, 2008).

No trabalho de parto, a massagem tem o potencial de promover alívio da dor, além de proporcionar contato físico com a parturiente, potencializando o efeito de relaxamento, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (GALLO, 2014).

O papel que a enfermeira desenvolve durante o trabalho de parto, diz respeito à avaliação da dinâmica uterina da mulher, dilatação do colo do útero detectado através do toque e os batimentos cardíofetais para manter a frequência de verificação do bem-estar fetal, e o líquido amniótico.

Por integrar a equipe multiprofissional de saúde que é responsável pelo cuidado a parturiente, todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem, tem a obrigação ética e legal de prestar uma assistência de qualidade baseada nos seus conhecimentos técnico-científicos (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

A enfermeira obstétrica, em todos os momentos desde a chegada da mulher no hospital ou qualquer que seja o local que ela possa ter escolhido para parir, é a profissional que mais se faz presente, por prestar cuidados que exijam conhecimentos técnicos e científicos e acima de

tudo o cuidado de ser humano para ser humano, deve saber que sua presença é fundamental e exige muita responsabilidade (BRANDÃO, 2008).

De acordo com Castro (2003), cada vez mais as políticas públicas para a saúde vêm valorizando e incentivando a volta da enfermeira obstétrica na assistência ao parto, por várias evidências de que assim a assistência prestada se torna completa e humanizada. Contudo, por poder atuar com mais autonomia apenas em gestações de baixo risco e na identificação precoce de situações de risco, a profissional da enfermagem ainda continua muito submisso aos profissionais médicos, conforme referem Tuesta et al (2003).

Desde 1998, através de cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica e criação de Portarias Ministeriais que colocam o parto normal realizado por enfermeira obstétrica, o MS vem formando enfermeiras obstétricas, para alcançar a meta de diminuir a grande quantidade de intervenções desnecessárias e reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, e objetivando a humanização da assistência a saúde das mulheres em trabalho de parto e parto, conforme refere Moura et al (2007).

Além disso, tem o papel de facilitar a participação da mulher no processo do nascimento, caminhando para o modelo fundamentado nos princípios da humanização que se baseia no respeito ao ser humano, empatia, intersubjetividade, envolvimento, vínculo, oferecendo à mulher e à família a possibilidade de escolha de acordo com suas crenças e valores culturais (MERIGHI; GUALDA, 2009, p.268).

Se levar em consideração a formação acadêmica de enfermagem, que muitos denominam como a ciência do cuidar, pode-se tirar por conclusões óbvias que na assistência à mulher que está parindo, cuidar nesse momento envolve tudo que diz respeito a zelar pelo seu bem-estar. E nesse sentido, Souza (2010) vem falando que humanizar a assistência a quem esta parindo, deve ser baseada em compreender as angústias, os medos, as necessidades que ela esta passando naquele momento.

Na relação empática, a profissional tem a percepção das necessidades da mulher: pelo olhar, pela pele, pelo não dito, pelo silêncio, pelo gesto. É nessa atitude/cuidado que a enfermeira obstétrica responde ao chamado da mulher, esclarecendo suas dúvidas, reanimando sua energia, renovando sua confiança para seguir adiante (CAUS et al, 2012, p.37).

Segundo Jones (2008), humanizar o nascimento percorre um caminho com vários pontos: o entendimento dos valores pessoais de cada um, e não apenas com políticas públicas. Antes de tudo, precisa-se fazer um resgate profundo de todo o contexto que envolve a vida como os valores, cultura, trajetória de vida, um entendimento maior e sempre mais de como

funciona a fisiologia do corpo humano e de como pretendemos realizar e levar nossas vidas, para conseguirmos equilibrar a vida moderna.

Durante o trabalho de parto, e todas as tensões que naturalmente estão envolvidas ali, fazem com que esse momento não se torna o melhor para que a enfermeira obstétrica fale com a parturiente sobre as informações necessárias para aquele momento, porém, não pode deixar de ser feito e com a sua preparação técnica e humana, saberá como e quando será o momento ideal para passar essas informações, tendo em vista a singularidade desses instantes para mulher (WOLF, 2004).

Assim como os profissionais, estão preocupados em cada vez mais respeitar o processo fisiológico do parto, buscando diminuir ao máximo o número de intervenções desnecessárias, como o uso de amniotomia, episiotomia, toques vaginais, tricotomia. Buscam cada vez mais, rever os seus conceitos pessoais do que seria natural e humano, de como seus valores podem interferir nas práticas de cuidados prestadas às mulheres (MARQUE, 2006).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo do tipo Revisão Integrativa de Literatura (RIL), que teve por objetivo conhecer resultados das análises de uma amostra composta por vários artigos, sobre um mesmo tema. Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) são através do resultado dessas análises que se pode retirar a contribuição para o desenvolvimento de mais estudos, segundo a percepção do que ainda é necessidade e precisa ser pesquisado.

5.2 Etapas do Estudo

De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), a RIL tem por definição, que cumprir seis etapas para ser executada. A primeira etapa é a elaboração da pergunta norteadora da pesquisa e o tema. A segunda etapa se refere aos critérios de inclusão e exclusão da amostragem que fará parte do estudo. A terceira etapa se refere à coleta de dados que serão retiradas da amostra, através de um instrumento que padroniza as informações que serão coletadas. A quarta etapa é para avaliar as informações extraídas na etapa anterior. Na quinta etapa, essas informações são interpretadas. Já a sexta etapa consiste na divulgação dos resultados à população científica e à sociedade como um todo.

5.3 Identificação do tema e questão norteadora

Essa primeira etapa de elaboração da pergunta norteadora para a revisão é o passo principal, pois identifica quais serão os estudos selecionados, os métodos utilizados na identificação e as informações que serão coletadas de cada estudo selecionado (SOUZA, 2010)

Esse trabalho abordou a atuação da enfermeira no processo de revalorização do parto normal. A questão norteadora foi: **Como as enfermeiras estão atuando diante do cenário da revalorização do parto normal?**

5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Para Souza (2010), os critérios que definirão a população da amostra que será utilizada têm que demonstrar a confiabilidade desta, para gerar resultados fiéis ao objetivo da pesquisa. Os critérios precisam ser escolhidos tendo como princípio a questão norteadora e levando em consideração quem serão os participantes, a intervenção e os quais os resultados que se deseja alcançar.

Os critérios de inclusão que fizeram parte da amostra foram: artigos originais e completos, teses e dissertações, publicados de 2006 até 2016, língua portuguesa, inglesa ou espanhola e que condiziam com o tema e a questão norteadora.

Foram usados como critérios de exclusão artigos, teses e dissertações que não estavam de acordo com o que foi analisado; publicações anteriores ao ano de 2006.

5.5 Coleta e Organização dos Dados

Foram eleitas as seguintes bases de dados para pesquisa: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e, sendo utilizados os descritores “Saúde da Mulher” and “Enfermeiro Obstetra” and “Parto Obstétrico” e seus respectivos descritores em inglês (“Women’s Health” and “Nurse Midwife” and “Obstetrical Birth”) e espanhol (“Salud de la Mujer” and “Enfermero Obstétrico” and “Parto Obstétrico”), para a busca nos periódicos.

Para realizar a coleta dos dados da amostra de artigos selecionados, foi utilizado um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) já previamente construído que fez com que se tornasse sistemática e segura à coleta, sendo retirados os dados de forma total, com a mínima chance de erro, objetividade na transcrição e como forma de registro (SOUZA, 2010). Para a coleta e organização dos dados desse estudo foi utilizada uma tabela, como instrumento.

Foram encontrados 93 artigos na base de dados LILACS, dos quais apenas 13 foram selecionados por estarem dentro dos critérios de inclusão; 20 artigos foram encontrados na base de dados MEDLINE, dos quais apenas 2 foram selecionados e na base de dados BVS, foram encontrados 119 artigos, dos quais apenas 12 artigos foram selecionados para compor o total de 27 artigos que são a amostra deste trabalho.

5.6 Análise dos Dados

A análise dos dados foi feita através de frequência absoluta e percentual. Segundo Bardin (2009), a frequência absoluta é o número de observações que se encontra presente em uma classe ou intervalo específico. E frequência percentual é a representatividade de determinado valor na amostra.

5.6.1 Categorização dos Dados

A categorização de dados é um método de organização de elementos que fazem parte de um conjunto com elementos diferentes e, depois, reorganizados de acordo com o gênero (BARDIN, 2009).

No momento do agrupamento das unidades de análise que constituirão categorias, ou seja, fazê-lo por freqüenciamento ou quasiquantitativa (repetição de conteúdos comuns à maioria dos respondentes) ou por relevância implícita (tema importante que não se repete no relato de outros respondentes, mas que guarda em si, riqueza e relevância para o estudo) (FRANCO, 2008).

De acordo com o exposto acima, foram definidas 3 categorias para estudo e discussão:

- I- A assistência da Enfermeira Obstétrica ao parto normal.**
- II- A Enfermeira Obstétrica e seu papel durante o parto sob o ponto de vista da mulher.**
- III- Casa de parto, Maternidade e parto domiciliar e a inserção da Enfermeira Obstétrica nesses ambientes.**

5.7 Aspectos Éticos

Por se tratar de um estudo do tipo Revisão Integrativa de Literatura, onde será trabalhada a análise dos dados obtidos através dos artigos selecionados, dispensar-se-á a necessidade do trabalho ser aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, já que não serão utilizados dados diretamente relacionados a pessoas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após as informações colhidas, analisadas e discutidas, podemos constatar que, desde o início do século XX o parto sofre um processo de medicalização e institucionalização, tornando essa visão de assistência a melhor e mais segura. As enfermeiras obstétricas não eram agentes atuantes dentro desse modelo de assistência, eram apenas auxiliares da categoria médica que era a principal detentora da assistência referente ao parto e nascimento.

Em meados dos anos 80, vários grupos e fundações da sociedade começaram a notar quão prejudicial é para a saúde da mulher, a assistência ao parto focada na medicalização e institucionalização, começando a criar documentos que recomendavam a diminuição de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto, como amniotomia, episiotomia, uso de ocitocina, cesáreas eletivas/sem real indicação e também a inserção das enfermeiras obstétricas durante toda a assistência gravídica-puerperal.

No Brasil, no final dos anos 80, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que já estabelecia o cuidado a mulher além da maternidade, considerando-a integralmente, seus direitos sexuais, reprodutivos e como pessoa. Nessa política pública já se apontava a enfermeira obstétrica como o principal profissional para a mudança da realidade e humanização do atendimento ao parto normal.

A partir daí, várias políticas públicas foram sendo lançadas pelo Ministério da Saúde, que visavam a melhor assistência à saúde da mulher, incluindo a enfermeira obstétrica, porém, essas ações também estavam em consonância com o interesse do governo de diminuir sua intervenção estatal de gastos públicos, incluindo a área da saúde. Dentro dessa visão, a enfermeira obstétrica, se ajustava perfeitamente, pois sua assistência se dá por meio de tecnologias leves, de baixo custo e sua remuneração é menor se comparada a outras classes profissionais.

O Ministério da Saúde, tendo em vista regularizar legalmente, a assistência da enfermeira obstétrica ao parto, incluiu o parto normal sem distorção/risco baixo como podendo ser acompanhado por essa profissional. O COFEN também contribuiu regulamentando e estabelecendo as ações possíveis dentro dessa assistência.

O movimento da humanização da assistência veio a somar com a inclusão da enfermeira obstétrica no atendimento ao parto normal, com lançamentos de manuais de humanização feitos pelo Ministério da Saúde, fortificou o movimento pela revalorização do parto normal e sua assistência através de profissionais humanizados que utilizassem o menor número de intervenções, que respeitassem e valorizasse o processo fisiológico do parto, o

direito das mulheres, o protagonismo da mulher no seu parto, e mais uma vez a enfermeira obstétrica se encaixava perfeitamente como o profissional adequado.

A mais recente política pública lançada nesse sentido foi a Estratégia Rede Cegonha, que tem por objetivo garantir o acompanhamento adequado de todo o ciclo gravídico-puerperal.

Perfil dos Estudos

Tabela 1 – Distribuição dos artigos segundo título, autores, ano e periódicos. Brasil, 2017

Título	Autores	Ano	Local de Publicação
Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém diferentes.	ASAWA R.H., RIESCO M.L.G., TSUNECHIRO M.A.	2006	Revista Brasileira de Enfermagem.
A Transformação da Prática Obstétrica das Enfermeiras na Assistência ao Parto Humanizado.	CAMACHO K.G., PROGIANTI J.M.	2013	Revista Eletrônica de Enfermagem.
O Processo de Parir Assistido Pela Enfermeira Obstétrica no Contexto Hospitalar: Significados para as Parturientes.	CAUS E.C.M., SANTOS E.K.A., NASSIF A.A., MONTICELLI M.	2012	Escola Anna Nery.
Uso e Influência dos Planos de Parto e Nascimento no Processo de Parto Humanizado.	CORTES M.S., BARRANCO D.A., JORDANA M.C., ROCHE M.E.M.	2015	Revista Latino-americana de Enfermagem.
A Atuação dos Enfermeiros Egressos do Curso de Especialização em Obstetrícia no Nordeste do Brasil – da Proposta à Operacionalização.	COSTA A.A.N.M.C., SCHIRMER J.	2012	Escola Anna Nery.
Práticas na Assistência ao Parto em Maternidades com Inserção de Enfermeiras Obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais.	SOUSA A.M.M., SOUZA K.V., REZENDE E.M., MARTINS E.F., CAMPOS D., LANSKY S.	2016	Escola Anna Nery.
Publicações Científicas Brasileiras de Enfermeiras Obstétricas sobre Parto Domiciliar: Revisão Sistemática de Literatura.	FEYER I.S.S., MONTICELLI M., VOLKMER C., BURIGO A.	2013	Texto Contexto Enfermagem.
Assistência de Enfermagem e a Perspectiva da Mulher no Trabalho de Parto e Parto.	FRIGO J., FERREIRA D.G., ASCARI R.A., MARIN S.M., ADAMY E.K., BUSNELLO G.	2013	Cogitare Enfermagem.
Resultado de Partos Domiciliares Atendidos por Enfermeiras de 2005 a 2009.	KOETTKER J.C., BRUGGEMANN O.M., DUFLOTH R.Z., KNOBELL R., MONTICELLI M.	2012	Revista Saúde Pública.
A Percepção da Equipe de Enfermagem Sobre Humanização do Parto e Nascimento.	MARQUE F.C., DIAS I.M.V., AZEVEDO L.	2006	Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem.
O Enfermeiro Obstetra no Parto Domiciliar Planejado.	MATTOS D.V D.E., VANDENBERGHE L., MARTINS C.A.	2016	Revista de Enfermagem UFPE online.
Cuidados Humanizados: A Inserção de Enfermeiras Obstétricas em um Hospital de Ensino.	MEDEIROS R.M.K., TEIXEIRA R.C., NICOLINI A.B., ALVARES A.S., CORRÊA A.C.P., MARTINS D.P.	2016	Revista Brasileira de Enfermagem.
O Papel das Obstetizas e Enfermeiras Obstetras na Promoção da Maternidade Segura no Brasil.	NARCHI N.Z., CRUZ E.F., GONÇALVEZ R.	2013	Ciência & Saúde Coletiva.
Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: A percepção de mulheres.	NASCIMENTO N.M., PROGIANTI J.M., NOVOA R.I., OLIVEIRA T.R., VARGENS O.M.C.	2010	Escola Anna Nery.
A Influência das Práticas das Enfermeiras Obstétricas na	PRATA J.Á., PROGIANTI J.M.	2013	Revista de Enfermagem UERJ.

Construção de Uma Nova Demanda Social.			
Solicitude no cuidado de enfermeiras obstétricas à mulher-que-dá-à-luz-na-casa-de-parto.	ZVEITER M., SOUZA I.E.O.	2015	Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem.
A Negociação do Cuidado de Enfermagem Obstétrica Através das Práticas Educativas na Casa de Parto.	PROGIANTI J.M., COSTA R.F.	2008	Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem.
Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto.	PROGIANTI J.M., COSTA R.F.	2012	Revista Brasileira de Enfermagem.
A Enfermeira Obstétrica: Agente Estratégico na Implantação de Práticas do Modelo Humanizado em Maternidades.	PROGIANTI J.M., MOUTA R.J.O.	2009	Revista de Enfermagem UERJ.
Participação das Enfermeiras no Processo de Implantação de Práticas Obstétricas Humanizadas na Maternidade Alexander Fleming (1998-2004).	PROGIANTI J.M., PORFÍRIO A.B.	2012	Escola Anna Nery.
A Preservação Perineal como Prática das Enfermeiras Obstétricas.	PROGIANTI J.M., VARGENS O.M.C., PORFÍRIO A.B., LORENZONI D.P.	2006	Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem.
A Percepção de Enfermeiras Obstétricas Sobre Sua Competência na Atenção ao Parto Normal Hospitalar.	RABELO L.R., OLIVEIRA D.L.	2010	Revista Escola Enfermagem USP.
Enfermagem Obstétrica: Contribuições às Metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.	REIS T.R., ZAMBERLAN C., QUADROS J.S., GRASEL J.T., MORO A.S.S.	2015	Revista Gaúcha de Enfermagem
Doulas na Assistência ao Parto: Concepção de Profissionais de Enfermagem	SANTOS D.S., NUNES I.M.	2009	Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem.
Práticas de Enfermeiras para Promoção da Dignificação, Participação e Autonomia de Mulheres no Parto Normal.	SILVA A.L.S., NASCIMENTO E.R., COELHO E.A.C.	2015	Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem.
Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras.	SILVA M.G., MARCELINO M.C., RODRIGUES L.S.P., CARCAMAN T., SHIMO A.K.K.	2014	Revista Rene.
O Cuidado de Enfermagem Vivenciado por Mulheres Durante o Parto na Perspectiva da Humanização	SILVA Ú., FERNANDES B.M., PAES M.S.L. et al	2016	Revista de Enfermagem UFPE online.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A tabela 1, a seguir, demonstra o número total de artigos encontrados e o local de publicação dos mesmos, divididos entre as regiões do Brasil: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul e ainda 1 (um) publicado em outro país.

Tabela 2 – Distribuição da produção científica por região, Brasil 2017.

Regiões	nº	%
Norte	0	0
Nordeste	4	14,8
Centro-Oeste	2	7,4
Sudeste	14	51,8
Sul	6	22,2
Espanha	1	3,8
Total	27	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A qualidade da assistência prestada ao parto e nascimento, se revelou diretamente proporcional à quantidade de produção científica produzida em cada região. Estados como os da região Sul e Sudeste, são lugares onde as gestantes encontram maior diversidade de serviços de saúde que atendam às suas necessidades, como profissionais que a acompanham desde o pré-natal até o momento do parto, criando vínculos, estabelecendo relações de confiança e cuidado, respeitando-as em seus direitos básicos, preservando suas liberdades de escolhas, o direito de permanecerem acompanhadas por um familiar ou quem desejar (PRATA, 2012).

Diferentemente, os estados das regiões Norte e Nordeste demonstram poucos avanços, reproduzindo ainda o modelo médico-hospitalar, com intervenções desnecessárias, com um número alto de partos cesáreos eletivos, e mesmo em serviços onde há a inserção das enfermeiras obstétricas, ainda acontecem este tipo de condutas (COSTA, 2012).

Tabela 3 – Distribuição da produção científica por ano de publicação – Brasil 2017

Ano	n°	%
2006	03	11,1
2008	01	3,7
2009	02	7,4
2010	02	7,4
2012	05	18,5
2013	05	18,5
2014	01	3,7
2015	04	14,8
2016	04	14,8
Total	27	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

O crescente número de publicações reflete a intensificação de políticas públicas, desde meados dos anos 80, que passaram a recomendar práticas mais humanizadas e apontavam as enfermeiras obstétricas como as profissionais mais indicadas para o desenvolvimento dessa atuação mais humanizada, os investimentos em cursos de formações com especialidade em obstetria para enfermeiras.

Assim como as próprias enfermeiras obstétricas passaram a reconhecer o seu papel como ponto chave para a mudança de um cenário medicalizado e que considera o corpo da mulher como um campo médico e gestação como patologia para a desmedicalização do parto, recuperação da autonomia da mulher e a gestação como um evento biológico (SILVA, 2015).

Porém o número de enfermeiras obstétricas ainda é baixo, aquém da quantidade necessária para que a assistência ao parto e nascimento seja a ideal, como em países da Europa, que têm uma estrutura onde a enfermeira obstétrica é quem acompanha a mulher durante o trabalho de parto e parto e também onde já existe o ideal de que parir é o processo natural que faz parte da gestação (NARCHI, 2013).

Quanto à formação dos autores dos 27 artigos da amostra, de um total de 60 autores, 43,3% são enfermeiras; 38,3% são enfermeiras obstétricas; 11,6% são docentes de enfermagem; 3,3% dos autores, 1 é fisioterapeuta e o outro psicólogo; e 13,3% autores não tiveram sua formação acadêmica informadas nos artigos. Estes dados nos revelam que os sujeitos que têm o maior interesse em pesquisar e publicar sobre o tema são as enfermeiras e enfermeiras obstétricas, o que pode explicar o aumento de publicações com o passar dos anos e o envolvimento cada vez maior desses profissionais na assistência ao parto.

Contanto, as enfermeiras obstétricas ainda enfrentam barreiras para o desenvolvimento de suas atividades, pois do começo do século XX até os dias de hoje, a hospitalização do parto, a apropriação do corpo feminino pela figura do médico, o parto sendo visto como

patológico fez com que as enfermeiras obstétricas se tornassem apenas “auxiliares” do profissional médico ou apenas reproduzisse condutas médicas. E para retomar seu papel de agente principal que ajuda a mulher em seu trabalho de parto e parto, requer muita luta, para conquistar seu espaço nesse meio, conquistar autonomia e confiança (NARCHI, 2013).

Tabela 4 - Distribuição da produção científica por metodologia de estudo – Brasil 2017.

Tipo de Estudo	nº	%
Histórico Social	02	7,4
Transversal	05	18,5
Hermenêutico	01	3,7
Relato de Experiência	01	3,7
Descritivo Exploratório Qualitativo	15	55,5
Convergente Assistencial	01	3,7
Reflexão	02	7,4
Total	27	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A alta incidência de trabalhos qualitativos somado ao número de enfermeiros como autores confirmam que o foco na produção científica acerca desse tema é um fator de estimulação para que o espaço das enfermeiras e enfermeiras obstétricas seja mais valorizado, que essas próprias profissionais se encorajem a atuarem de forma autônoma, baseada em evidências científicas e com o propósito de promover uma atenção à saúde da mulher qualificada.

Tabela 5 – Distribuição da produção científica por cenário- Brasil 2017.

Distribuição dos Estudos	nº	%
Casa de Parto	05	18,5
Maternidade	09	33,3
Hospital	05	18,5
Não-Identificado	08	29,6
Total	27	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A hospitalização do parto, mais recentemente, começou a ser vista como conduta desnecessária, porém esse cenário ainda é o mais presente na realidade obstétrica brasileira. Com o surgimento das políticas públicas de incentivo ao parto normal, a necessidade de lugares que contribuíssem para tal mudança se fez necessária (RABELO, 2010). A partir daí, o investimento em casas de parto extra, intra ou peri-hospitalares, o investimento em mudanças em maternidades, capacitação de funcionários ajudam para que o parto normal

volte a ser a principal forma de assistência ao nascimento, de forma natural e humanizada (PROGIANTI, 2008).

O hospital serve de cenário para demonstrar a realidade de uma assistência que ainda está no início, com tentativas de introdução de um cuidado humanizado, e até mesmo para demonstrar que ainda é preciso muita luta, muito empoderamento por parte das mulheres. A violência obstétrica ainda é uma realidade muito presente, de várias formas, desde a forma como as mulheres são tratadas, com descaso, grosseria, sendo humilhadas, até a realização de episiotomia de rotina, manobras durante o parto, como a manobra de Kristeller (CAUS, 2012).

O parto domiciliar é a forma mais antiga de parir, porém com o passar dos anos e a criação de tecnologias e o parto sendo incluído como um meio para o uso dessas tecnologias, assim como a apropriação do saber popular que era passado de geração em geração e foi sendo utilizado pela medicina, fez com que o parto domiciliar fosse considerado insalubre e inseguro, e do ponto de vista capitalista, um acontecimento apenas para mulheres com poder aquisitivo baixo, tornando-se alvo de preconceito por parte da população e dos profissionais de saúde (FEYER, 2013).

Novamente, a humanização e a revalorização do parto normal, fazem com que algo que foi esquecido e visto como inadequado, se tornasse uma boa opção, para mulheres com gestação de baixo risco e que tem a consciência do quão prejudicial para ela e seu bebê são o excesso de intervenções que ocorrem na assistência que ainda predomina na obstetria brasileira. E mais uma vez, a enfermeira obstétrica é a profissional mais adequada nesse novo cenário, pois de acordo com as tecnologias que pode usar durante a assistência, métodos de alívio não farmacológico da dor, educação em saúde, apoio físico e emocional, pode ajudar a mulher a viver o momento do seu trabalho de parto e parto da forma mais natural.

Porém, ainda existem dificuldades também, pois não é um tipo de assistência muito barata, tornando-se inacessível para a maioria das mulheres, pois essa maioria necessita do SUS e esse não cobre esse tipo de assistência. Existe também a falta de apoio para momentos de emergência que podem ocorrer, necessitando de ajuda médica, e esses profissionais se recusarem a atender, para provar que enfermeiras obstétricas não são capazes de prestar assistência ao parto. Dificuldades também em conseguir algum tipo de material que apenas pode ser adquirido com prescrição médica.

Portanto, o cenário de assistência ao parto e nascimento que encontramos no Brasil, é duro, que necessita de mudanças de paradigmas, de valores, investimentos, apoio as enfermeiras obstétricas e persistência por parte dessas também.

Categoria I – A assistência da Enfermeira Obstétrica ao parto normal.

A inserção das enfermeiras obstétricas na atenção gravídico-puerperal idealizada pelos princípios da humanização a partir do final da década de 80 veio a calhar com os interesses político-econômicos que o Brasil e o mundo estavam almejando.

Como afirma Sodré (2007), com os investimentos para a realização da assistência ao parto pela enfermeira obstétrica, o governo neoliberal fortificava seu objetivo de diminuição da intervenção e, por conseguinte, gastos mínimos em todas as áreas, inclusive a saúde, uma vez que para desenvolver sua prática profissional, as enfermeiras obstétricas utilizam tecnologias leves e de custo baixo. Outra vantagem para o governo é o salário dessa classe profissional, a remuneração é menor em relação a outras categorias aliado ao fato de ser uma profissão majoritariamente feminina e ligada “somente” aos cuidados, todos esses fatores diminuíram a quantidade de custos do Estado, colaborando para os seus objetivos.

Assim, no Brasil, a primeira medida oficial de inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto, segundo Pereira et al (2010), foi a criação da portaria que incluiu o procedimento parto normal sem distorcia assistido por enfermeira obstétrica nas tabelas do Sistema de Informação Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS). A outra se refere às funções e competências da enfermeira obstétricas nesse procedimento e cria o laudo de internação de enfermagem que permiti a emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) das mulheres que vivenciaram o parto normal.

A enfermeira obstétrica inserida na assistência ao parto não cirúrgico de baixo risco é uma alternativa que leva a diminuição das intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto, gerando o tão indicado cuidado integral à mulher e sua família (Carvalho, 2011). A enfermeira obstétrica desenvolve suas funções com qualidade e comprometimento, permitindo que a mulher mantenha sua dignidade, segurança e autonomia e principalmente respeitando o parto fisiológico (Hollywood, 2011).

Moura, Lopes e Santos (2009) afirmam que, com a adição da visão humanizada na prática das enfermeiras obstetras, as intervenções passaram a ser entendidas como violação de gênero, dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Partindo disso, as enfermeiras obstétricas passaram a construir sua assistência respeitando o parto como um acontecimento fisiológico e sexual, e que a mulher deve ser a figura principal do evento. Para tanto, praticam desde então técnicas que promovam uma assistência não invasiva através de tecnologias leves de cuidado.

Quando se fala em cuidado, principalmente o prestado por enfermeira obstétrica, sabe-se que essas profissionais fazem uso de tecnologias leves, assim, de acordo com Progianti e Vargens (2004), existem três tipos de definições para o conceito de tecnologia: Leve; Leves-duras; Duras. Tecnologia leve se define através da elaboração de relação entre as pessoas, aqui aplicando-se entre profissional de saúde e cliente, que se consolida através do vínculo, do acolhimento e da comunicação. Tecnologias Leves-Duras definem-se por teorias e saberes construídos e estabelecidos. Tecnologias Duras são todos os equipamentos tecnológicos que utilizamos como rotinas, estruturas organizacionais como a hierarquia, por exemplo, máquinas.

A forma de cuidar da enfermeira obstétrica ganha importância quando se nota que está empenhada em aumentar o já grande potencial que envolve a construção de práticas de cuidado durante o processo de gestar e parir que respeitem a fisiologia psicofísica e os limites de privacidade do ser feminino. Essa característica não invasiva que o cuidado de enfermagem obstétrica possui está na utilização de tecnologias leves, como o vínculo e a empatia que se formam entre profissional-cliente, as escolhas passam a ser compartilhadas e não impostas. Então quando existe a necessidade de procedimentos invasivos, não se ultrapassa o limite do respeito, pois a mulher está envolvida no processo tanto quanto a enfermeira obstétrica (PRATA, PROGIANTI, 2013).

Portanto, as tecnologias de cuidado que são utilizadas pela enfermagem obstétrica, fazem parte de todo um universo de técnicas, procedimentos e conhecimentos que entende e permite o parto como parte de um processo fisiológico que integra a natureza física e mental da mulher.

Uma das práticas de cuidado da enfermeira é através da educação em saúde, segundo Boehs et al (2007), ela é uma ferramenta que age para aumentar o cuidado da enfermeira obstétrica, pois consegue promover mudanças, estabelecer a troca de saberes e a construção de saberes. A enfermeira obstétrica utilizando o cuidar/educar precisa valorizar o saber adquirido através do senso comum e usar como ponto de partida para o aprofundamento do conhecimento científico.

O empoderamento é um processo educativo destinado às usuárias e usuários dos serviços de saúde, com o objetivo de ajudá-las a desenvolver os conhecimentos, atitudes, habilidades e autoconhecimento necessário para que possam assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões a serem tomadas no tocante à sua saúde (PERDOMINI, BONILHA, 2011).

Para Costa (2008), o empoderamento necessário para a mulher, no cenário da obstetrícia, leva-a a adquirir novas concepções de responsabilidades coletivas e o poder de decisão, deixando de lado apenas a consciência individual, trazendo uma atitude com o objetivo maior de realizar transformações para todos.

Segundo Vargens, Progianti e Silveira (2008), o que, conseqüentemente, leva também a substituição do pensamento de que a intervenção médica é a única opção, colocando a enfermeira como um agente de cuidado com uma função de empoderar a mulher a ser protagonista do seu processo de parto e nascimento.

A enfermeira obstétrica ainda enfrenta diversos problemas em relação a sua formação e atuação, desde a falta a autonomia e reconhecimento até não conseguir desenvolver apenas atividades assistenciais, o fato determinante pra isso é devido a sua formação de enfermeira e de obstetriz, por isso algumas enfermeiras acabam sendo direcionadas a outras funções, mesmo que não queiram. Outro ponto, é que muitas enfermeiras não tem perspectiva de atuarem na assistência, pois acreditam que só o fato de serem especialistas em obstetrícia não são capazes de modificar e atingir os objetivos que o modelo de atenção humanizada ao parto e nascimento demanda (PRATA, PROGIANTE, PEREIRA, 2012).

As enfermeiras obstétricas, profissionais do gênero feminino, passam por situações que não passariam caso fossem homens, enfermeiros do gênero masculino, devido à discriminação ou iniquidade de gênero, e passam a ser ignoradas pelo sistema, pois são mulheres trabalhando para/com mulheres, valorizadas por mulheres (RABELO, OLIVEIRA, 2010).

Segundo Sousa et al (2016), o motivo pelo qual ainda existam práticas intervencionistas em serviços onde a enfermeira obstétrica já está atuando, provavelmente explica-se pela autonomia que os profissionais médicos possuem, podendo prescrever medicamentos, como a ocitocina.

Segundo Thiry-Cherques (2006), o habitus de uma pessoa é o que pode incentivar a mudança ou criação de novas práticas, o que vai definir isso é como essa pessoa está inserida e como se comporta dentro do seu meio social, se é por competição entre pessoas que convivem em um mesmo ambiente social ou se por práticas reflexivas das suas atitudes.

Portanto, a hierarquia de poder construído socialmente estabelece quem está no topo e os outros agentes sociais apenas se incluem dentro dessa posição hierárquica se possuem a quantidade suficiente de capital específico (THIRY-CHERQUES, 2006).

Para Prata, Progianti e Pereira (2012), a partir do capital que é adquirido através da formação profissional, anterior à visão da humanização, as enfermeiras somente copiavam a forma de assistência médica obstétrica, seguindo a forma de poder já instituída.

Progianti e Moura (2009) definem que, o capital do agente passa a ser maior quando é incorporado de novos conhecimentos e títulos, adquirindo maior poder simbólico. O capital no contexto institucionalizado, que nesse caso é o que a enfermeira com especialidade em obstetrícia possui, traz a ela uma garantia social e cultural, refletindo diretamente a posição social em que se localiza.

A implantação de uma política pública pode transformar práticas porque atualiza o *habitus* profissional dos profissionais envolvidos no jogo, com a aquisição de novos capitais que geram novas disposições dos sujeitos dentro do campo. A disposição incorporada leva o indivíduo a agir como um membro típico de um grupo, ocupante de uma posição dentro do campo, de tal forma que este agente sente-se ajustado a fazer com naturalidade suas ações (PIERRE, 2010, p. 34).

As disposições dos grupos sociais são definidas através das condições objetivas que apresentam. A escolha dos agentes que atuam na área da obstetrícia pode ter sido definida por gostos e desejos pessoais de cada um para estar ali (PIERRE, 2010).

Fatores relacionados à violência institucional e à violação dos direitos da mulher e da criança, ao abuso do poder nas relações e à discriminação de gênero provocam iatrogenias e negligência no cuidado. Espaços que deveriam ter como foco central o cuidado das mulheres configuram-se como cenários em que estas têm seus direitos à integridade física, psíquica e moral violado.

A violência obstétrica pode assumir várias formas desde um ato de negligência na assistência, situações que envolvam discriminação ou violência verbal, podendo ser interpretada por forma grosseira de falar, ameaças, repreensões, gritos ou humilhação intencional, foram descritos pelo MS pelo Humaniza SUS, como tal (SILVA, 2014).

Esta violência está presente na realidade institucional há muito tempo, porém se mantinha invisível perante a sociedade. Tanto que pesquisas demonstram que 25% das mulheres relatam já terem sido vítima dessa violência, seja na rede pública ou privada. Para acabar com o ciclo vicioso da desumanização e opressão feminina que o sistema de saúde exerce sobre as mulheres, combater a violência obstétrica é o principal caminho a ser seguido para a mudança no processo de cuidar (SOUZA, 2014).

Segundo Amorim (2010) e Silva (2015), durante o trabalho de parto, estando a mulher em situação emocional vulnerável, ela acaba sofrendo violência por parte de quem deveria cuidar e isso ocorre devido a falta de conhecimento sobre seus direitos de escolha, sobre como

é fisiológico e a forma com que acontece, por medo em relação à vida do seu bebê e até por achar a situação normal.

Segundo Boaretto (2014), a realização de intervenções desnecessárias e perigosas são violações ao direito da mulher, contra a sua integridade corporal e esses procedimentos feitos de forma arbitrária, não havendo a comunicação/consenso da mulher, configura atentado contra o direito à condição de pessoa.

Para a Organización de los Estados Americanos (OEA) (2006), a mortalidade materna é um índice que aponta para desigualdade entre homens e mulheres, levando em conta a elevada taxa desse índice, demonstra como sendo discriminação contra a mulher por encontrar mais obstáculos ao buscar um serviço de saúde ou espaço no mercado de trabalho, chega-se a essa conclusão porque não existem registros de morbimortalidades masculinas que se igualem aos casos de morbimortalidade materna.

A morbimortalidade materna e perinatal estão diretamente ligadas, segundo evidências científicas, à assistência de intervenção ao parto que ainda domina os sistemas público e privado de saúde (ALMEIDA, 2012).

Nessa perspectiva, observa-se que muitas mulheres não conhecem ou fazem valer seus direitos, submetendo-se ao sistema e a profissional de saúde, especialmente em momentos cercados de temores e fragilidades, como são a gravidez, o parto e o pós-parto. O fraco controle social, as concepções biomédicas, a cultura da gestação como doença e do parto como evento perigoso, a falta de autonomia e a descrença na fisiologia e no poder do corpo feminino, provocam nas mulheres restrição de sua cidadania, o que dificulta o necessário processo de evolução e mudança social (NARCHI, 2009).

Ainda de acordo com o documento da OEA (2006), se não houver investimentos do governo para formação de mais enfermeiras obstétricas, continuará havendo mortes desnecessárias de mulheres e dos seus bebês, seus direitos não serão respeitadas e o ciclo gravídico-puerperal continuará a ser dominado por atos medicalizados.

A assistência hospitalar ao parto, especialmente nos serviços públicos, continua ocorrendo em ambientes desfavoráveis, sem privacidade, suporte e apoio de familiares, com uso de procedimentos rotineiros e sem base em evidências científicas. Durante a evolução do parto não se observa a sua fisiologia, buscando-se, constantemente, correções do processo por meio da medicalização e do uso de intervenções que provocam consequências negativas sobre a saúde de mães e bebês (NARCHI, 2011).

Em detrimento as práticas intervencionistas e o desrespeito à mulher, algumas orientações foram estabelecidas como o desuso total de episiotomia de rotina, amniotomia,

enema e tricotomia; Diminuição urgente dos partos cirúrgicos e uso de fórceps; Maior encorajamento ao parto vaginal, presença de acompanhante durante trabalho de parto e parto, aleitamento materno no pós-parto imediato, alojamento conjunto e realização e acompanhamento ao parto normal por enfermeira obstétrica (MERIGHI E GUALDA, 2009).

Dentro desse aspecto, nos dias de hoje, mesmo com várias evidências científicas do quão prejudicial são essas práticas para as mulheres e seus bebês, os números que quantificam a qualidade da saúde obstétrica no Brasil, demonstram um cenário de elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, altíssimos números de cesáreas eletivas, que nada mais são do que o espelho da péssima e desastrosa assistência obstétrica (MERIGHI, GUALDA, 2009).

O principal objetivo de humanizar a assistência é garantir a necessária promoção dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos, atendimento que prime à qualidade, e também profissionais que estejam capacitados para desenvolver práticas baseadas em evidências científicas em serviços que propiciem lugares e recursos físicos, tecnológicos adequados.

O processo de humanização do parto passa necessariamente, pelo caminho no qual a mulher tem de se tornar a protagonista do parto, primeiramente porque é direito dela participar de todas as escolhas que esse evento envolve. Contudo, devido à cultura da medicalização a que essas mulheres são submetidas inconscientemente desde sempre, existe uma grande barreira nessa posse de protagonista do trabalho de parto e parto. Logo, para se alcançar a humanização, é preciso envolver e incitar a mulher a descobrir quais são as suas necessidades, adquirindo condições de buscar e cobrar o cuidado que é preciso (RATTNER; TRENCH, 2005).

Apesar de fisiológico, o trabalho de parto pode sofrer interferências do estado emocional, da cultura, dos valores, da história da parturiente e de fatores ambientais (GALLO et al, 2010, p.44).

A assistência minimamente intervencionista, que garante e protege os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e um atendimento pautado pela emoção e cuidado são os princípios da humanização na obstetrícia (SEIBERT et al, 2003; OMS, 1996).

Existem vários recursos que podem ser promovidos pela enfermagem obstétrica e ser utilizados para ajudar a mulher durante o parto como alívio da dor através de técnicas não farmacológicas, movimentação, oferta de líquidos durante o trabalho de parto, se assim a parturiente preferir, acompanhante e ambiente agradável.

De acordo com Santos et al (2014), as ações de incentivar o contato pele a pele e aleitamento imediato após o parto, mesmo sendo fundamentais para o binômio mãe-bebê, não deve se tornar uma prática automática, sem emoção, fazendo com que a puérpera amamente seu bebê sem que ela realmente queira, tendo em vista que a vontade da mulher e o respeito por isso, é um dos alicerces fundamentais da humanização.

No pré-natal, é preciso planejar onde e como o nascimento será assistido; o risco de intercorrências deve ser avaliado durante a gestação; deve-se respeitar a escolha da gestante sobre o local do nascimento. É essencial fornecer informações às mulheres e seus familiares sempre que necessário. Na admissão, devem-se respeitar a privacidade da mulher e a escolha do seu acompanhante. Durante o trabalho de parto, devem se oferecer líquidos via oral, dar suporte emocional, oferecer informações sobre os procedimentos realizados e encorajar à posição não deitada; oferecendo a liberdade de posição e movimento à parturiente. O controle da dor deve ser feito por meios não invasivos e não farmacológicos, tais como técnicas de relaxamento, massagens, entre outros (JAKOI, 2004, p. 23).

Um dos meios de se criar uma relação entre enfermeira obstétrica e a paciente, é a comunicação terapêutica, pois dinamiza a assistência e permite que aconteça uma assistência integral durante o parto e ajuda a estimular a liberdade desse momento (CAIRES, SANTOS, 2014).

Quando o termo paciência é discutido no cenário do trabalho de parto, sua análise não deve se restringir ao seu significado de senso comum que a associa à personalidade de determinadas pessoas. No parto, a paciência está atrelada à qualidade da espera, principalmente em deixar o processo acontecer naturalmente, para que ocorra no tempo certo, ou seja, em esperar o tempo fisiológico do nascimento que deve ser determinado pela ação conjunta do feto e parturiente (FEYER et al, 2013, p.252).

Valores pessoais, autoconhecimento dos seus limites e respeito às diferenças são fatores que guiam a profissional no caminho de práticas, inclusive, quando associado ao modo em que acontece o acolhimento da parturiente nos serviços de saúde.

Ao direcionarmos nossos cuidados obstétricos antes, durante e após o parto, devemos conhecer que toda mulher tem o direito legal a: receber tratamento livre de danos e maus-tratos, obter informação, consentimento esclarecido com possibilidade de recusa e garantia de respeito às suas escolhas e preferências, incluindo acompanhante durante toda a internação na unidade obstétrica, privacidade e sigilo, ser tratada com dignidade e respeito, receber tratamento igual, livre de discriminação e atenção equitativa, receber cuidados profissionais e ter acesso ao mais alto nível possível de saúde com liberdade, autonomia, autodeterminação e não-coerção (DAILYS; ZOE; MARLEN, 2012, p. 1898).

Mesmo com todas as dificuldades que ainda existem, é importante dizer que sem as enfermeiras obstétricas o movimento de mudança na atenção ao parto e ao nascimento não teria tido os avanços já obtidos. A situação só não é melhor ainda, pela baixa qualidade dos investimentos e reconhecimento que essas profissionais têm perante o sistema de saúde e pela quantidade insuficiente de profissionais que tenha a capacidade técnica e política de atuação nesse meio (NARCHI, 2013).

Segundo Frank e Pelloso (2013), todos os esforços de humanização ao parto serão em vão, até que a mulher não reassuma seu papel principal, de protagonismo, nesse momento e em todo o ciclo gravídico-puerperal. Assim, a equipe de enfermagem precisa perceber o direito que cabe a parturiente de se expressar livremente e participar ativamente em seu parto e também acolher e escutar as mulheres e sua família, absorvendo os que eles têm para falar e dar.

Categoria II- A Enfermeira Obstétrica e seu papel durante o parto sob o ponto de vista da mulher.

O Ministério da Saúde começou com os programas de humanização da assistência em toda a rede pública de saúde, dentre esses, em 2002, lançou o Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, fazendo com que os hospitais particulares também quisessem participar desse novo cenário que previa ações com o objetivo de contemplar as mulheres e a humanização no seu atendimento. Dentre as ações estavam a real participação das mulheres nas decisões, liberdade para escolher a posição que achasse melhor para parir, utilizar métodos de alívio da dor não farmacológicos, livre escolha quanto à movimentação no trabalho de parto, e ter o acompanhamento de uma profissional que fosse capaz de oferecer todas as informações necessárias durante esses momentos (MERIGHI E GUALDA, 2009).

Para Torres (2009), um serviço de saúde que conta com enfermeira obstétrica que faz uso de práticas obstétricas humanizadas de acordo com a OMS, torna possível para as usuárias seu conhecimento profissional específico, marcado por ser fundamentalmente relacional e que contém o saber da enfermeira, adicionando conhecimentos populares e múltiplas matérias envolvidas no desenvolvimento do cuidado. Como o corpo é principal meio do seu fazer e cuidar tem capacidade de envolver a mulher no desenvolvimento da sua autonomia.

De acordo com Progianti (2008), o respeito pelas crenças e valores desperta nas mulheres à vontade e a liberdade de se envolverem no seu processo de cuidado e confiança natural pela profissional que cuida dela.

Para Costa (2012), cada mulher vivencia o parto de maneira única, isso porque, cada uma carrega consigo bagagens emocionais particulares como cultura e religião, por exemplo.

A realidade da parturiente, ainda, é a de mulher que não é a protagonista do parto que está vivenciando. Sem compreender quão poderosas são as atitudes e palavras que a cercam no momento do parto, se sente insegura, submissa a toda e qualquer orientação e ordem que receba, mesmo sendo ela a única que esteja com dor naquela situação e quem vai parir (FRIGO et al., 2013).

As mulheres sentem necessidade de poder discutir os cuidados que receberão, mas sem se sentir intimidadas pela postura autoritária da profissional. Para que isso aconteça, deve ser estabelecidas relações sem autoritarismo nas quais a mulher possa decidir sem receio de qualquer coerção ou julgamento por parte da equipe (FEELEY, 2013).

Durante o parto, a mulher deve estar segura da sua autonomia, pra que tenha condições de exercer o papel de protagonista ativa durante todo o processo, tendo a garantia que seus direitos serão respeitados e sendo cuidada com assistências baseadas em evidências científicas. Essa situação propicia mais segurança à mulher de participar do seu momento de parir (GARTEN, 2013).

Apesar das evidências científicas apontarem na direção oposta, a posição horizontal ainda é culturalmente aceita, por profissionais e parturientes, tanto que mais de 90% das mulheres ainda parem nessa posição, aqui no Brasil (LEAL et al, 2014).

A dor do parto não é a única parte do parto que assustam as gestantes, o tipo de cuidado aos quais elas serão submetidas, como sofreram grosserias e atendimento disperso (LOPES et al, 2009).

Segundo Caus et al (2012), a enfermeira obstétrica proporciona às mulheres um cuidado que respeita o parto como acontecimento fisiológico do corpo feminino, permitindo que as mulheres se sintam seguras, se sentindo seguras dentro da sua capacidade biológica de parir.

As mulheres que foram assistidas por enfermeiras obstétricas durante seu trabalho de parto e parto, relatam que se sentiram mais seguras e confiantes, pois segundo elas, a profissional que estava ali naquele momento, prestava a assistência de forma tranquila, sem obriga-lá a nada, informando tudo o que estava acontecendo, oferecendo alternativas e perguntando qual era a forma que ela deseja fazer, sabendo que não seria afastada de seus familiares (NASCIMENTO, 2010).

Nos serviços de saúde onde a enfermeira obstétrica já está atuando, assistências de risco ou não, apresentam menores números de intervenções e mais satisfação na opinião das mulheres (Walsh, 2004; Overgaard, 2011).

Corroborando com essa afirmação, uma pesquisa realizada por Medeiros (2016), em um hospital de ensino de Mato Grosso, tal pesquisa apontou que 88,7% das parturientes atendidas, optaram pela presença de um acompanhante. A maioria das parturientes utilizou práticas que não interferem na fisiologia do parto (83%). As posições verticalizadas no período expulsivo foram frequentes (70,4%), predominando a posição semissentada (44,2%).

Os métodos mais recorrentes foram àqueles indicados para o alívio da dor e relaxamento, como o banho (58,2%), a deambulação (47,1%) e a massagem (19,5%), seguidas das práticas utilizadas para favorecer a progressão fetal, como os exercícios com a bola suíça (54,6%) e o agachamento (8,8%).

Após o nascimento, 76% dos clameamentos do cordão umbilical foram realizados oportunamente, 73,1% dos recém-nascidos (RN) foram mantidos em contato pele a pele precoce com suas mães e 80% deles foram amamentados na primeira hora de vida.

Foi constatado também na pesquisa que apesar da enfermeira obstétrica participar diretamente da assistência ao trabalho de parto de todas as gestantes internadas na Unidade, o desfecho do parto foi assistido por essas profissionais em 28,7% dos casos, pelos médicos em 71,3%, o que pode ser explicado por se tratar de um hospital de ensino.

Categoria III- Casa de parto, Maternidade e parto domiciliar e a inserção da Enfermeira Obstétrica nesses ambientes.

O MS através da Portaria nº 985, em 1999, cria os Centros de Parto Normal e em 2008 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 339 regulamenta o exercício e as responsabilidades da enfermeiro para atuarem em Centros de Parto Normal e Casas de Parto.

A discussão acerca da segurança da assistência a parturientes em modalidades não-hospitalares veio à tona, no Brasil, com a edição dessa portaria. Os CPN constituem uma estratégia para reduzir a mortalidade materna e perinatal, e, oferecendo uma assistência humanizada e de baixo intervencionismo, devem contribuir para uma melhoria da assistência ao parto normal (BRASIL, 1999).

Segundo a OMS, o parto de uma gestação de baixo risco pode ser assistido com segurança no domicílio, numa casa de parto ou na maternidade de um hospital, sendo a enfermeira-parteira o profissional mais adequado para essa função. Define a OMS o parto de baixo risco como aquele que tem início espontâneo entre 37 e 42 semanas completas, sem nenhum fator de risco identificado, mantendo-se esse quadro durante todo processo, que culmina com o nascimento de um recém-nascido em posição cefálica de vértice. Utilizando-se, para esses partos, tecnologia apropriada como a preconizada pela OMS, evitam-se as iatrogenias decorrentes de uma prática obstétrica atual, altamente intervencionista, que trata todas as gestações e partos como se fossem de risco (OMS, 1997).

Desde o primeiro CPN, fundado em 1975 pela Maternity Center Association em Nova York, Estados Unidos, observa-se um crescimento constante dessa modalidade assistencial no mundo inteiro. Difundiu-se o discurso acerca das vantagens de um local de parto, fora do hospital, acolhedor e similar ao domicílio, porém com equipamentos e infra-estrutura técnica e recursos humanos adequados para as mulheres com gestação de baixo risco.

As famílias que optam pelo parto domiciliar e a enfermeira obstétrica que deseja atuar nesse tipo assistência ainda passam por desafios que são causados pela existência de um preconceito cultural contra esse tipo de parto vindo da sociedade (MINAYO, 2008; RATTNER, 2009).

Apesar de ainda ser uma realidade distinta, já existem mulheres que estão percebendo os benefícios de um parto vaginal e a falta de estrutura dos serviços de saúde, fazendo com que o sua casa passe a ser o melhor lugar para isso. Corroborando com esse fato, Colacioppo et al (2010), traz que as mulheres estão notando o parto vaginal que é respeitado em sua

totalidade fisiológico como uma boa opção e para isso ocorrer estão optando/considerando suas casas como o local mais seguro para uma experiência parturitiva com liberdade e autonomia.

O parto domiciliar ainda enfrenta certo tipo de resistência e preconceito, pois o parto hospitalar ainda é visto como seguro devido as suas características de ser intervencionista e cirúrgico. Um conceito que foi se firmando ao longo dos anos no subconsciente comportamental das pessoas e da sociedade que foram influenciadas pela cultura imposta de que para serem realizadas, precisam manter um alto consumo de tecnologias, ignorando as funções biológicas do corpo humano (MATTOS, VANDENBERGHE e Martins, 2016).

Para Souza e Dias (2010), o hospital desperta em muitas gestantes sentimentos de frustração, angústia, risco eminente de violência obstétrica ou física, conseqüentemente colocando barreiras para que o parto se torne uma situação agradável, saudável.

Uma pesquisa da Universidade de Oxford diz que nenhum país diminuiu suas taxas de mortalidade materna sem investir na capacitação das enfermeiras obstétricas na assistência na atenção primária, acompanhando a gestante da gravidez até o parto, assim como a sua família e também sem incentivar o parto domiciliar ou em casas de parto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa nos mostrou que a Região Sudeste concentra a maioria dos estudos, revelando o maior interesse pelo tema e também onde há melhores condições para se efetivar as condutas necessárias. As pesquisas vêm aumentando com o passar dos anos e os sujeitos mais engajados na publicação de estudos referentes a essa temática são as enfermeiras e as enfermeiras obstétricas, os locais onde há a maior concentração de desenvolvimento dos estudos são as maternidades, casas de partos, depois hospitais, algumas revisões de estudos e também estudos em que o local não é identificado.

As práticas de cuidados nos mostram como as enfermeiras obstétricas desenvolvem suas atividades, com educação em saúde, estabelecendo o empoderamento das mulheres, se envolvendo desde o início do pré-natal, criando vínculos, envolvendo a família nesse processo de cuidado.

A enfermeira obstétrica ainda enfrenta desafios para desenvolver suas atividades, como a falta de autonomia, o conflito que às vezes existem com a classe médica, a falta de estrutura dos serviços públicos, também por enfrentar preconceito de gênero, por ser mulher, trabalhando com mulheres e para mulheres.

As mulheres reconhecem a enfermeira obstétrica como uma profissional que as atende com cuidado, carinho, paciência, dando a elas a oportunidade de assumir o controle do seu parto. Porém ainda existem situações que a enfermeira obstétrica, apesar da sua formação, não se sente segura para desenvolver atividades. Passando assim a apenas reproduzirem atitudes medicalizadas.

As maternidades, casas de parto e parto domiciliar voltaram a ser alternativas para as enfermeiras obstétricas de desenvolver suas atividades de forma humanizada, pois lá encontraram seus espaços, onde não precisam disputar espaço com outra classe profissional e também para as mulheres se tornou um lugar melhor e mais seguro, pois lá têm seus direitos respeitados.

Este estudo traz contribuições na área da enfermagem generalista tanto quanto para a enfermagem obstétrica, pois demonstra que ainda há muito que ser feito para que possamos prestar a assistência humanizada que é tão discutida e valorizada. Porém possui limitações quanto ao local onde foi realizada a busca para a seleção dos artigos que fizeram parte da amostra, pois alguns tiveram que ser descartados devido a não conseguir o acesso total, pois estes apenas tem acesso liberado em computadores de universidades ou através de aquisição financeira.

Conclui-se então que as enfermeiras envolvidas no processo de revalorização do parto normal passam por diversas fases, desde a educação em saúde para as mulheres, a luta por seu espaço nesse ambiente, assistência humana e que respeita a dignidade da mulher, o processo fisiológico do parto, o não uso de intervenções desnecessárias. Assim, ainda, percebe-se a necessidade de realização de mais estudos como esse para promover e fortalecer o movimento e cada vez mais, tornar a enfermeira obstetra atuante e sendo um dos principais agentes nesse processo.

8 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA N.A.M., MEDEIROS M., SOUZA M.R. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.4, p.819-27, 2012.
- AMORIM M.M.R., PORTA M.F., SOUZA A.S.R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina** [Internet]. 2010. Acesso em: 27. Fev. 2017. Disponível em: <
http://www.febrasgo.org.br/site/wpcontent/uploads/2013/05/Feminav38n11_583-591.pdf>.
- AMORIM T., GUALDA D.M.R. Coadjuvantes das mudanças no contexto do ensino e da prática da enfermagem obstétrica. **Rev Rene**, v. 12, n.4, p. 833-40, 2011.
- ASAWA R.H., RIESCO M.L.G., TSUNECHIRO M.A. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-partadeiras: a interface de profissões afins, porém diferentes. **Rev Bras Enferm**. v. 59, n. 5, p. 699-702, set-out, 2006. Acesso em 22. Fev. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BARROS L.M, SILVA R.M., Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição. **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n.3, p, 376-82, Julho-Setembro, 2004.
- BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS publica resolução para estimular parto normal na saúde suplementar**. 2015. Disponível em:
 <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar>>. Acesso em: 10 ago. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha**. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM, nº 985** de 5 de agosto de 1999. Dispõe sobre a criação e regulamentação dos Centros de Parto Normal; Acesso em 27. Fev. 2017. Disponível em:< <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/45.pdf>>.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM, nº 2.607**, de 10 dezembro de 2004. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2607_10_12_2004.html> Acesso em: 14. Mar. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 569**, de 1 de junho de 2000. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html> Acesso em: 12. Set. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios) Disponível em:
 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf> Acesso em 18.set.2016.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral á saúde da mulher: bases de ação programática I Ministério da Saúde**. - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6) Disponível em:<
http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf> Acesso em 13.set.2016.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4) Disponível em: <
http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf> Acesso em 12. Set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **PNDS 2006 – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 583 p, 2008. Acesso em: 15. Ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acesso em: 15 Ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde - SUS. **Parto Normal x Cesárea**. 2015. Disponível em:<<http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/assuntos/incentivo-ao-parto-normal/noticias/parto-normal-x-cesarea>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde (Brasil). **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. Acesso em 16. Ago. 2016.

BOEHS A.E., MONTICELLI M., WOSNY A.M., HEIDEMANN I.B.S., GRISOTTI M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto&Contexto Enferm**, v. 16, n.2, p. 307-14, abr-jun, 2007.

BRANDÃO S.M.O.C. Vivência do acolhimento da mulher encaminhada da Casa de Parto David Capistrano Filho à unidade de referência.[**dissertação de mestrado**]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2008.

CAIRES T.L.G., SANTOS R.S. O saber da enfermagem obstétrica e suas contribuições sociais para a autonomia da parturiente. **Revista enfermagem profissional** [Internet]2014. Acesso em 27. Fev. 2017. Disponível em:<
http://www.seer.unirio.br/index.php/enfermagemprofissional/article/view/3454/pdf_1406 >.

CAMACHO K.G., PROGIANTI J.M. A Transformação da Prática Obstétrica das Enfermeiras na Assistência ao Parto Humanizado. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 5, n.3, p.648-655, jul-set, 2013. Acesso em 12. Fev. 2017. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588>>.

CÂMARA M.F.B, MEDEIROS M., BARBOSA M.A. Fatores socioculturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios de assistência de enfermagem. [on line] 2004. Acesso em 27. Fev. 2017. Disponível em: < // C:\ Windows \ pemp \ cesariana.htm >.

CARVALHO F.A.M, PINHEIRO A.K.B., XIMENES L.B. Assistir à parturiente: uma visão dos acadêmicos de enfermagem. **Rev Rene.**, v. 11, n.1, p.86-93, 2010.

CASTRO, J. C. Parto humanizado na visão dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência à saúde da mulher. 2003. 130 f. Dissertação (Mestrado) – **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. Acesso em: 16. Ago. 2016.

CAUS E.C.M., SANTOS E.K.A., NASSIF A.A., MONTICELLI M. O Processo de Parir Assistido Pela Enfermeira Obstétrica no Contexto Hospitalar: Significados para as Parturientes. **Esc Anna Nery** (impr.). v. 16, n.1, p. 34-40, jan-mar, 2012. Acesso em 21. Fev. 2017.

COLACIOPPO P.M., KOIFFMAN M.D., RIESCO M.L.G., SCHNECK C.A., OSAVA R.H. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Rev Enf Referencia.**, v. III, n. 2, p. 81-90, Dezembro, 2010.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem – São Paulo. **Parto Natural**. 2010. Disponível em: <http://inter.coren.sp.gov.br/sites/default/files/parto_natural.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

CORTES M.S., BARRANCO D.A., JORDANA M.C., ROCHE M.E.M. Uso e Influência dos Planos de Parto e Nascimento no Processo de Parto Humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. maio-jun. 2015;v. 23, n. 3, p. 520-526, mai-jun, 2015. Acesso em 16. Fev. 2017. Acesso em 15. Fev. 2017.

COSTA A.A. Gênero, poder e empoderamento das mulheres. Acesso em 28. Fev. 2017. Disponível em: <http://www.agende.org.br/docs/File/dados_pesquisas/feminismo/Empoderamento%20-%20Ana%20Alice.pdf>.

COSTA A.A.N.M.C., SCHIRMER J.A. Atuação dos Enfermeiros Egressos do Curso de Especialização em Obstetrícia no Nordeste do Brasil – da Proposta à Operacionalização. **Esc Anna Nery** (impr.), v.16, n. 2, p.332- 339, abr-jun, 2012. Acesso em 12. Fev, 2017.

COSTA R., PACHECO A., FIGUEIREDO B. Antecipação e experiência emocional de parto. **Psicologia, Saúde & Doenças** [Internet]. 2012. Acesso em 28. Fev. 2017. Disponível em :< <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n1/v13n1a03.pdf>>.

DAILYS G.J, ZOE D.B, MARLEN A.A. Childbirth of medically supervised delivery from an anthropological perspective. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 17, n.7, p.1893-902, 2012.

DAVIM R.M.B., et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor em parturientes. **Rev Eletr Enferm**. v. 10, n. 3, p. 600-609, 2008.

DAVIS, D. et al. Risk of Severe Postpartum Hemorrhage in Low-risk Childbearing Women in New Zealand: Exploring the Effect of Place of birth and Comparing Third Stage Management of Labor, **Birth**, v. 39 p. 98-105, 2012. Acesso em: 15. Ago. 2016.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic models of birth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, [S.l.], v. 75, Supplement 1, p. S5-S23, 2001. Acesso em: 15. Ago. 2016.

- DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005. Acesso em: 15. Ago. 2016.
- FEELEY N., WAITZER E., SHERRARD K., BOISVERT L., ZELKOWITZ P. Fathers' perceptions of the barriers and facilitators to their involvement with their newborn hospitalized in the neonatal intensive care unit. **J Clin. Nurs.**, v. 22, n. 3-4, p. 521-30, Feb, 2013.
- FEYER I.S.S., MONTICELLI M., VOLKMER C., BURIGO R.A. Publicações científicas brasileiras de Enfermeiras Obstétricas sobre parto domiciliar: Revisão sistemática de literatura. **Texto Contexto Enferm** [Internet] v.22, n.1, p. 247-56, 2013. Acesso em 27. Fev. 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_30.pdf>.
- FRANCO, M. L.P.B. **Análise de Conteúdo**. Brasília: Liber Livros, 2008.
- FRANK T.C., PELLOSO S.M.A. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Rev Gaúcha Enferm** [Internet]. Acesso em 27. Fev. 2017. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/22441/24493>
- FRIGO J., FERREIRA D.G., ASCARI R.A., MARIN S.M., ADAMY E.K., BUSNELLO G. Assistência de Enfermagem e a Perspectiva da Mulher no Trabalho de Parto e Parto. **Cogitare Enferm.** v.18, n. 4, p.761-766, Out-Dez, 2013. Acesso em 15. Fev. 2017.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. São Paulo: **Fundação Perseu Abramo**; 2010. Acesso em 27. Fev. 2017. Disponível em:< <http://www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>.
- GALLO R.B.S., SANTANA L.S., MARCOLLIN A.C., FERREIRA C.H.J, DUARTE A., QUINTANA S.M. Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**, v. 39, n.1, p. 41-8, 2011. Acesso em 24. Mar. 2017. Disponível em:< www.febrasgo.org.br/arquivos/femina/.../Femina_v39n1_41-48.pdf>.
- GARTEN L., NAZARY L., METZE B., BUHRER C. Pilot study of experiences and needs of 111 fathers of very low birth weight infants in a neonatal intensive care unit. **J Perinatol.**,v. 33, n.1, p. 65-9, Jan, 2013. Acesso em: 18. Ago. 2016.
- HOLLYWOOD M., HOLLYWOOD E. The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. **Journal of Neonatal Nursing.** 2011 Feb;v. 17, n.1, p.32-40, Feb., 2011. Acesso em: 02. Fev. 2016.
- JONES, R. H. Humanização do Parto: qual o verdadeiro significado? In: **Amigas do parto**, 2012. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/ac015.html>>. Acesso em: 14 ago. 2016.
- KOETTKER J.C., BRUGGEMANN O.M., DUFLOTH R.Z., KNOBELL R., MONTICELLI M. Resultado de Partos Domiciliares Atendidos por Enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 747-750, 2012. Acesso em 17. Fev. 2017.

LEAL M.C., PEREIRA A.P.E., DOMINGUES R.M.S.M., THEME M.M., DIAS M.A.B., NAKAMURA-PEREIRA M., et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad Saúde Pública**, v. 30, (Supl.1), p.17-32, 2014.

LOPES C.V., MEINCKE S.M.K., CARRARO T.E., SOARES M.C., REIS S.P., HECK R.M. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. **Cogitare enferm**. [Internet] v. 4, n.3, 2009. Acesso em 28. Fev. 2017. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/16178/10697>>.

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Anna Nery de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 439-447, 2006. Acesso em: 16. Ago. 2016.

MATTOS D.V DE, VANDENBERGHE L., MARTINS C.A. O Enfermeiro Obstetra no Parto Domiciliar Planejado. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 2, p.568-575, fev., 2016. Acesso em 18. Fev. 2017.

MEDEIROS R.M.K., TEIXEIRA R.C., NICOLINI A.B., ALVARES A.S., CORRÊA A.C.P., MARTINS D.P. Cuidados Humanizados: A Inserção de Enfermeiras Obstétricas em um Hospital de Ensino. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016 nov-dez; v.69, n.6, p. 1091-1098, nov-dez, 2016. Acesso em 15. Fev. 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295>>.

MENDES, K.D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n. 4, p. 758-64, Out- Dez, 2008. Acesso em: 17. Ago. 2016.

MERIGHI, M. A. B.; GUALDA, D. M. R. O cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrias para assistência ao parto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 265-270, mar./abr. 2009. Acesso em: 17. Ago. 2016.

MINAYO M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª edição. São Paulo: **Hucitec**; 2008.

MOURA C.F.S., LOPES G.T., SANTOS T.C.F. Humanização e desmedicalização da assistência à mulher: do ensino à prática. **Rev. enferm. UERJ.**, v. 17, n.2, p. 182-187, 2009.

MOURA, F. M. de J. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 60, n. 4, p. 452-455, 2007. Acesso em: 17. Ago. 2016.

NARCHI N.Z., CRUZ E.F., GONÇALVES R. O Papel das Obstetrias e Enfermeiras Obstetrias na Promoção da Maternidade Segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.1059-1068, 2013. Acesso em 12. Fev. 2017.

NARCHI N.Z. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. **Rev Bras Enferm** , v. 62, n.4, p. 546-551, 2009.

NARCHI N.Z. Exercise of essential competencies for midwifery care by nurses in São Paulo, Brazil. **Midwifery**, v. 27, p.23-29, 2011.

NASCIMENTO N.M., PROGIANTI J.M., NOVOA R.I., OLIVEIRA T.R., VARGENS OMC. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: A percepção de mulheres. **Esc Anna Nery** (impr.). v. 14, n. 3, p. 456-461, jul-set, 2010. Acesso em 21. Fev. 2017.

ODENT M. O renascimento do parto. Florianópolis: **Saint Germain**; 2002.

ODENT M. The scientification of love. 2nd edition. London(UK): **Free Association Books**; 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra: **OMS/SRF/MSM**; 1996.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. Washington: OEA; 2006. Acesso em 27. Fev. 2017. Disponível em: <http://cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaluMaterna2010.pdf>.

OVERGAARD C., MOLLER A.M., FENGER-GRON M., KNUDSEN L.B., SANDALL J. Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. **BMJ Open**, v.1, n. 000262, 2011.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. de A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, 2010. Acesso em: 17. Ago. 2016.

PERDOMINI F.R.I., BONILHA A.L.L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 445-52, Setembro, 2011. Acesso em 15. Ago. 2016.

PEREIRA A.L.F., PROGIANTI J.M., ALVES V.H. Legislação profissional e marcos regulatórios da prática assistencial da enfermeira obstétrica no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: **ABENFO Nacional e Faculdade de Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro**; 2010.

PIERRE B. O poder simbólico. 13ª ed. Rio de Janeiro: **Bertrand Brasil**; 2010.

PRATA J.Á., PROGIANTI J.M. A Influência das Práticas das Enfermeiras Obstétricas na Construção de Uma Nova Demanda Social. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 23-28, jan-mar, 2013. Acesso em 21. Fev. 2017.

PRATA J.A., PROGIANTI J.M., PEREIRA A.L.F. O Contexto Brasileiro de Inserção das Enfermeiras na Assistência ao Parto Humanizado. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 105-110, jan-mar, 2012. Acesso em 21. Fev. 2017.

PROGIANTI J.M., COSTA R.F. A Negociação do Cuidado de Enfermagem Obstétrica Através das Práticas Educativas na Casa de Parto. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 4, p.789-792, dez, 2008. Acesso em 21. Fev. 2017.

PROGIANTI J.M., PENNA L.H.G., CHISTOFFEL M.M. Parto e nascimento: reflexões de enfermeiras obstétricas. **Rev Enf Atual**, v. 4, n.20, p. 23-26, Abril, 2004.

PROGIANTI J.M., PORFÍRIO A.B. Participação das Enfermeiras no Processo de Implantação de Práticas Obstétricas Humanizadas na Maternidade Alexander Fleming (1998-2004). **Esc Anna Nery** (impr.) v.16, n.3, p.443- 450, jul-set, 2012. Acesso em 12. Fev. 2017.

PROGIANTI J.M., VARGENS O.M.C., PORFÍRIO A.B., LORENZONI D.P. A Preservação Perineal como Prática das Enfermeiras Obstétricas. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 10, n. 2, p. 266-272, ago, 2006. Acesso em 17. Fev. 2017.

PROGIANTI J.M., VARGENS O.M.C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. **Esc Anna Nery Rev Enferm**,v. 8, n.2, p. 194-97, 2004.

PROGIANTI J.M., COSTA R.F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 257-263, mar-abr, 2012. Acesso em 18. Fev. 2017.

PROGIANTI J.M., MOUTA R.J.O. A Enfermeira Obstétrica: Agente Estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. **Rev. enferm. UERJ**. 2009; v.17, n. 2, p.165-9, 2009. Acesso em 20. Fev. 17.

RABELO, L. R.; OLIVEIRA, D. L. de. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 213-220, mar. 2010. Acesso em: 18. Ago. 2016.

RATTER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl. 1, p. 759-768, 2009. Acesso em: 18. Ago. 2016.

RATTNER, D., TRENCH B., Organizadores. Humanizando nascimentos e partos. São Paulo (SP): **Senac**; 2005. Acesso em 22. Ago. 2016.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface (Botucatu)** [Internet]. v. 13, n.1, p. 595-602, 2009. Acesso em 27. Fev. 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>>.

Rede de Humanização do Parto e Nascimento. Carta de Fortaleza. **Anais da Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento**. Fortaleza (CE); Nov, 2000. Acesso em 22. Fev. 2016.

REIS T.R., ZAMBERLAN C., QUADROS J.S., GRASEL J.T., MORO A.S.S. Enfermagem Obstétrica: Contribuições às Metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.36, n.esp, p.94-101, 2015. Acesso em 15. Fev. 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57393>>.

Resolução COFEN 339 de 23 de julho de 2008. **Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências**. Brasília (DF); Acesso em 27. Fev. 2017. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4364>>.

SANTOS D.S., NUNES I.M. Doulas na Assistência ao Parto: Concepção de Profissionais de Enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v. 13, n. 3, p. 582-588, jul-set, 2009. Acesso em 21. Fev. 2017.

SANTOS L.M., SILVA J.C.R, CARVALHO E.S.S, CARNEIRO A.J.S, SANTANA R.C.B, FONSECA M.C.C. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v. 67, n.2, p. 202-7, 2014. Acesso em 27. Fev. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0202.pdf>>.

SILVA A.L.S., NASCIMENTO E.R., COELHO E.A.C. Práticas de Enfermeiras para Promoção da Dignificação, Participação e Autonomia de Mulheres no Parto Normal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n.3, Jul-Set, 2015. Acesso em 15. Fev. 2017.

SILVA L.M., OLIVEIRA S.M.J.V., SILVA F.M.B., ALVARENGA M.B. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**. v. 24, n. 5, p. 656-62, 2011.

SILVA M.G., MARCELINO M.C., RODRIGUES L.S.P., TORO R.C., SHIMO A.K.K. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista Rene**. [Internet]. 2014. Acesso em 27. Fev. 2017. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1514/pdf>>.

SILVA Ú., FERNANDES B.M., PAES M.S.L. et al. O Cuidado de Enfermagem Vivenciado por Mulheres Durante o Parto na Perspectiva da Humanização. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.10, n. 4, p. 1273-1279, abr., 2016. Acesso em 17. Fev. 2017.

SODRÉ F. Políticas globais de saúde: a constituição de novas lutas sociais no campo da saúde coletiva [**tese de doutorado**]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007. Acesso em 17. Fev. 2017.

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, 2007. Acesso em: 18. Ago. 2016.

SOUSA A.M.M., SOUZA K.V., REZENDE E.M., MARTINS E.F., CAMPOS D., LANSKY S. Práticas na Assistência ao Parto em Maternidades com Inserção de Enfermeiras Obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, v. 20, n.2, Abr-Jun, 2016. Acesso em 16. Fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/en_1414-8145-ean-20-02-0324.pdf>.

SOUZA J.P., CASTRO C.P. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2014. Acesso em 27. Fev.2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0011.pdf>>.

SOUZA K.R.F., DIAS M.D. História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. **Acta Paul Enferm** [Internet]. v. 23, n.4, p. 493-9, 2010. Acesso em 27. Fev. 2017. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/08.pdf>>.

SOUZA, M.T. SILVA, M. D. CARVALHO, R. Revisão Integrativa: O que é e como fazer? **Eisten**, São Paulo, v. 8, n. 1. Jan/Mar 2010. Acesso em: 18. Ago. 2016.

THIRY-CHERQUES HR. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Rev. Adm. Pública.**, v. 40, n.1, p. 27-53, 2006.

TORNQUIST C.S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Rev Estud Fem.** 2002; v. 10, n.2, p. 483-92, 2002.

TORRES J.A., SANTOS I., VARGENS O.M.C. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. **Texto & Contexto Enferm**, v. 17, n.4, p.656-64, 2008.

TUESTA, A. A. et al. Saberes e prática de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1425-1436, 2003. Acesso em: 18. Ago. 2016.

VARGENS O.M.C., PROGIANTI J.M., SILVEIRA A.C.F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Rev Esc Enferm USP** 2008, v. 42, n. 2, p. 339-46, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). More midwives needed to improve maternal and newborn survival. **Bull World Health Organ.**, v. 91, p. 804-5, 2013.

ZVEITER M., SOUZA I.E.O. Solicitude no cuidado de enfermeiras obstétricas à mulher-que-dá-à-luz-na-casa-de-parto. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** v. 19, n.1, Jan-Mar, 2015. Acesso em 15. Fev. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

NÚMERO	
TÍTULO DO TRABALHO	
BASE DE DADOS	<input type="checkbox"/> LILACS <input type="checkbox"/> Medline <input type="checkbox"/> BVS
LINK	
ANO	
IDIOMA	<input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Outro idioma
ORIGEM	<input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Nordeste <input type="checkbox"/> Centro-oeste <input type="checkbox"/> Sudeste <input type="checkbox"/> Sul <input type="checkbox"/> Outro:
CATEGORIA OCUPACIONAL DOS AUTORES	<input type="checkbox"/> Enfermeira Obstetra <input type="checkbox"/> Parteira <input type="checkbox"/> Outros
TEMÁTICA	<input type="checkbox"/> Naturalização do parto <input type="checkbox"/> Humanização do parto <input type="checkbox"/> Enfermeiro humanizados
SUJEITOS	<input type="checkbox"/> Puérpera <input type="checkbox"/> Gestante
CENÁRIO	<input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de parto normal <input type="checkbox"/> Não identifica o local <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
TIPO DE TRABALHO	<input type="checkbox"/> Tese <input type="checkbox"/> Dissertação <input type="checkbox"/> Publicação periódica <input type="checkbox"/> Estudo multicêntrico <input type="checkbox"/> Artigo Original. <input type="checkbox"/> Relato de Experiência <input type="checkbox"/> Estudo de revisão. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Análise Reflexiva

	() Outro. Qual? _____
ABORDAGEM	() Abordagem Qualitativa () Abordagem Quantitativa () Abordagem Quali-quantitativa
TÉCNICA DE COLETA	() Entrevista individual () Grupo focal () Documental () Observação () Outro
RESULTADOS IMPORTANTES	
ARTIGO INCLUSO NA PESQUISA?	() Sim () Não
MOTIVO DA EXCLUSÃO	() Repetido () Outra língua () Revisão de literatura () Notas prévias () Texto Completo Indisponível