

Vivências de mulheres: uma análise da assistência ao parto vaginal

Experiences of women: an analysis of the assistance to vaginal birth

Experiencias de las mujeres: un análisis de la asistencia al parto vaginal

Recebido: 20/07/2022 | Revisado: 05/08/2022 | Aceito: 08/08/2022 | Publicado: 17/08/2022

Renata Reis Loureiro e Sá

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2404-0950>

Universidade Veiga de Almeida, Brasil

E-mail: renatareisssa@gmail.com

Abilene do Nascimento Gouvêa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3033-5069>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Universidade Veiga de Almeida, Brasil

E-mail: abilenegouvea@gmail.com

Resumo

Introdução: Apesar da publicação das boas práticas baseadas em evidências recomendadas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde, o processo do parto ainda tem sido assistido com base em hábitos hospitalares focados no processo racional de trabalho. **Objetivo geral:** Identificar as práticas de atenção ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, praticadas em instituições no estado do Rio de Janeiro. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo quantitativa, com mulheres que pariram no estado do Rio de Janeiro, de janeiro de 2018 a março de 2022, em instituições de saúde. A coleta de dados foi via *Microsoft Forms*, distribuído pelo aplicativo *WhatsApp*. **Resultados:** 47 mulheres participaram da pesquisa. 72,3% pariram no SUS. 51,06% são pardas e pretas. 59,6% não receberam informações no pré-natal sobre técnicas não farmacológicas de alívio da dor de parto, porém 55,3% tiveram acesso a métodos não-tradicionais de alívio da dor. 70,2% não receberam alimento no trabalho de parto e 61,7% pariram em posição de litotomia. 48,1% se sentiram acolhidas pela enfermagem. 59,6% foram informadas quanto às vantagens do contato pele-a-pele e aleitamento na sala de parto no pré-natal, 51,1% tiveram contato pele-a-pele por até 30 minutos e 21,3% por até 1 hora. **Conclusão:** A assistência obstétrica na amostra representada pelo estudo atende parcialmente às recomendações baseadas em evidências. E a enfermagem tem importante papel na construção da autonomia da mulher em todo o período perinatal.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; Parto humanizado; Dor do parto; Período pós-parto.

Abstract

Introduction: Despite the publication of evidence-based good practices recommended by the Ministry of Health and the World Health Organization, the process of childbirth has still been assisted based on hospital habits focused on the rational labor process. **General Objective:** To identify the practices of labor, delivery and immediate postpartum care, practiced in institutions in the state of Rio de Janeiro. **Methodology:** This is a quantitative field research, with women who gave birth in the state of Rio de Janeiro, from January 2018 to March 2022, in health institutions. Data collection was via *Microsoft Forms*, distributed by the *WhatsApp* application. **Results:** 47 women participated in the research. 72.3% gave birth in the SUS. 51.06% are brown and black. 59.6% did not receive information in prenatal care about non-pharmacological labor pain relief techniques, but 55.3% had access to non-traditional pain relief methods. 70.2% were not fed during labor, and 61.7% delivered in the lithotomy position. 48.1% felt welcomed by the nursing staff. 59.6% were informed about the advantages of skin-to-skin contact and breastfeeding in the delivery room during prenatal care, 51.1% had skin-to-skin contact for up to 30 minutes, and 21.3% for up to 1 hour. **Conclusion:** Obstetric care in the sample represented by the study partially meets evidence-based recommendations. And nursing plays an important role in building women's autonomy throughout the perinatal period.

Keywords: Prenatal care; Humanized childbirth; Labor pain; Postpartum period.

Resumen

Introducción: A pesar de la publicación de buenas prácticas basadas en la evidencia recomendadas por el Ministerio de Sanidad y la Organización Mundial de la Salud, el proceso de parto sigue siendo asistido en base a hábitos hospitalarios centrados en el proceso racional del parto. **Objetivo general:** Identificar las prácticas de atención al trabajo de parto, parto y póstparto inmediato, practicadas en instituciones del estado de Río de Janeiro. **Metodología:** Se trata de una investigación cuantitativa de campo, con mujeres que dieron a luz en el estado de Río de Janeiro, de enero de 2018 a marzo de 2022, en instituciones de salud. La recogida de datos se realizó a través de *Microsoft Forms*, distribuidos por la aplicación *WhatsApp*. **Resultados:** 47 mujeres participaron en la investigación. El 72,3% dio a luz en el SUS. El 51,06% son marrones y negros. El 59,6% no recibió información en la atención prenatal sobre técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor del parto, sin embargo el 55,3% tuvo acceso a métodos no

tradicionales de alivio del dolor. El 70,2% no recibió alimentos durante el parto y el 61,7% dio a luz en posición de litotomía. El 48,1% se sintió acogido por el personal de enfermería. El 59,6% recibió información sobre las ventajas del contacto piel con piel y la lactancia materna en la sala de partos durante el periodo prenatal, el 51,1% tuvo contacto piel con piel hasta 30 minutos y el 21,3% hasta 1 hora. Conclusión: La atención obstétrica en la muestra representada por el estudio cumple parcialmente las recomendaciones basadas en la evidencia. Y la enfermería tiene un papel importante en la construcción de la autonomía de la mujer en todo el período perinatal.

Palabras clave: Atención prenatal; Parto humanizado; Dolor de parto; Periodo posparto.

1. Introdução

A assistência ao parto no mundo inteiro vem sendo discutida por cientistas, profissionais da saúde e ativistas de proteção ao direito das mulheres resultando em recomendações de técnicas e processos adequados que visem ao bem-estar materno fetal durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato. Ao mesmo tempo vem sendo analisadas práticas e hábitos sem evidências científicas de que possam beneficiar o processo de parto, ou até prejudicar um evento que é fisiológico (BRASIL, 2013a).

No final do século XX, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), em sinergia com profissionais do mundo todo e também da sociedade civil organizada, publicaram o primeiro guia mundial de recomendações para um trabalho de parto seguro para mãe e bebê, e satisfatório para a mãe. O trabalho foi motivado por um grande questionamento nos países desenvolvidos sobre a legitimidade dos altos níveis de intervenção no trabalho de parto e parto.

Hoje já temos uma atualização desse trabalho, publicada em 2018, a qual anuncia à comunidade científica internacional, aos profissionais responsáveis por políticas públicas de saúde e aos que trabalham diretamente com o parto, o que são práticas que evidentemente trazem benefícios ao binômio mãe-bebê e quais são aquelas que deveriam ser proscritas (WHO, 2018).

A despeito da existência das boas práticas recomendadas, baseadas em estudos científicos, Lansky et al (2014) expôs na pesquisa intitulada “Nascer no Brasil”, que as mulheres brasileiras e seus recém-nascidos ainda são tratados com base em hábitos hospitalares focados no processo racional de trabalho, na figura do médico, e não no bem-estar do binômio mãe-bebê. Elaborado por várias instituições científicas brasileiras sob a coordenação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz), o estudo entrevistou 23.894 puérperas, em todos os estados brasileiros, no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012.

Como exposto na pesquisa “Nascer no Brasil”, a abordagem tecnocrática da assistência à saúde dificulta a substituição de técnicas obsoletas, proscritas e prejudiciais como a Manobra de *Kristeller*, onde o profissional médico empurra a criança dentro do útero em direção ao colo, trazendo consequências perigosas para mãe e bebê e a Manobra de Valsalva, que direciona os puxos no segundo estágio de trabalho de parto, muitas vezes antecipando-os, prejudicando o desfecho neonatal e a integridade física da mulher.

Menezes, Reis, Sales, Jardim e Lopes (2020) explicam que a problemática não se restringe ao aspecto físico da cliente. Apesar da integralidade da assistência ser um princípio do Sistema Único de Saúde, SUS, os aspectos emocionais e culturais da parturiente muitas vezes não são levados em consideração, e em algumas ocasiões são também desrespeitados, como quando a assistência faz uso de palavras inadequadas, muitas vezes agressivas, quando há falta de privacidade e de apoio emocional, por exemplo. Tudo isso reflete em uma violência subjetiva, extremamente danosa ao psicológico das mulheres, marcando-as para o resto de suas vidas.

Segundo Rattner (2009, como citado em Menezes et al, 2020) a prática inadequada na assistência ao parto, e que acaba por demandar mais intervenções têm nome, e se chama violência obstétrica. Segundo ele, ela ocorre quando a mulher é tratada física, psicológica ou verbalmente, ou tem seu processo fisiológico alterado por intervenções desnecessárias que prejudicam a sua integridade e a de seu bebê.

Como explica Odent (2013), esse tipo de assistência interfere fortemente na liberação de ocitocina endógena, visto que ela só ocorre de forma uniforme e suficiente se a mulher não se sente ameaçada, mas sim, segura e relaxada.

A OMS indica que a inadequação dos cuidados recebidos pelas mulheres no trabalho de parto impele para uma fase de dilatação (primeiro período) e período expulsivo mais prolongados porque interferem na fisiologia do parto (WHO, 2018). E em seguida, como explica Ricci (2019) a consequência de um trabalho de parto arrastado são mais intervenções, as quais vão se tornando mais e mais necessárias com o objetivo de regularizar o ritmo das contrações e voltar a uma normalidade de progressão da descida da apresentação fetal (a posição do feto em relação à pelve materna).

Segundo Rodrigues et al (2022) a potencialização do diálogo com a gestante favorece um parto fisiológico, porque abre portas para um cuidado compartilhado, corresponsável. Esse modo de cuidar restaura a autoestima da mulher, e promove a sua autonomia. Isso se reflete na livre escolha de posições, no respeito ao tempo do corpo da mulher e no apoio emocional que deve ser prestado durante todo o processo, porque é reconhecido que as mulheres têm conhecimento sobre seu próprio corpo.

Diante do exposto, as pesquisadoras levantaram a seguinte questão: Quais são as práticas obstétricas atualmente prevalentes na assistência ao parto normal no estado do Rio de Janeiro? Tendo os seguintes objetivos:

Objetivo geral: identificar as práticas de atenção ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, praticadas no SUS e no sistema de saúde suplementar, no estado do Rio de Janeiro. Objetivos específicos: Comparar as práticas com as recomendações do Ministério da Saúde, MS, e da OMS. Identificar as características sociodemográficas das mulheres atendidas no SUS e no sistema de saúde suplementar, no estado do Rio de Janeiro.

A relevância da pesquisa situa-se na importância de trazer ao conhecimento a situação da assistência obstétrica no estado do Rio de Janeiro, podendo classificá-la como adequada ou deficitária em relação a cada recomendação baseada nas evidências. Dessa forma, se torna possível a correção, a melhora, ou a abolição de abordagens e técnicas segundo a sua adequação às recomendações. Tal análise fornece subsídios para a construção de uma Atenção Perinatal de qualidade desde a Atenção básica até as maternidades e hospitais, proporcionando uma assistência pré-natal de qualidade, uma assistência ao parto segura e uma experiência satisfatória para a mulher. Além disso, os gestores das instituições de saúde do estado do Rio de Janeiro podem embasar suas decisões com o foco no aprimoramento da organização dos serviços e processos, de forma que lá na ponta, na assistência, a ambiência e as ações dos profissionais foquem no bem-estar do binômio mãe-bebê, demonstrando um canal de comunicação eficaz entre a gestão e a clínica.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, com caráter quantitativo. Segundo Gil (2008), as pesquisas são exploratórias quando objetivam desenvolver um ponto de vista sobre determinado fato. A pesquisa também tem caráter explicativo, pois, segundo Gil (2008), pesquisas desse tipo se preocupam em identificar fatores que concorrem para a materialização de determinados fenômenos.

A população do estudo foi constituída por 47 mulheres que tiveram seus partos por via vaginal, no estado do Rio de Janeiro, dentro do período de janeiro de 2018 a março de 2022, em instituições de saúde, públicas ou privadas, que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento de coleta de dados foi composto por um questionário com perguntas fechadas, e algumas de múltipla escolha. Tal estrutura foi escolhida porque permite respostas mais uniformes, cuja padronização facilita o processamento e análise dos dados.

A coleta se deu nos meses de fevereiro e março de 2022, em formato virtual, por meio de *Forms*, distribuído no aplicativo de troca mensagens instantâneas, *WhatsApp*. Tal meio de comunicação foi escolhido por ser uma Rede Social de grande capilaridade, capaz de atingir diferentes grupos sociais e um grande número de pessoas em pouco tempo, garantindo

uma maior abrangência e representatividade da amostra. O *Forms* foi encaminhado aleatoriamente para qualquer pessoa que conhecesse alguma mulher com as características do estudo, e dessa para outras mulheres sucessivamente.

A estruturação deste instrumento foi feita em 6 seções, cada uma com variáveis pertinentes ao seu tema. Seção 1: Dados sociodemográficos (idade, escolaridade, situação conjugal, raça/cor, instituição em que pariu); Seção 2: Pré-natal (pré-natal, rede de apoio, informações sobre o parto); Seção 3: Trabalho de parto (Direito ao Acompanhante; Direito à Doula, movimentação, posições, métodos não tradicionais de alívio da dor, ocitocina, líquidos e alimentação); Seção 4: Parto (posição, manobra de Kristeller, sutura perineal, laceração, episiotomia, amniotomia, contrações de expulsão, analgesia); Seção 5: Pós-parto imediato (contato pele-a-pele, amamentação, “hora de ouro”, clampeamento do cordão umbilical); Seção 6: Acolhimento (acolhimento, ambiência, sentimento pelo atendimento recebido).

Como critérios de inclusão, adotaram-se os nascimentos ocorridos nos últimos 5 anos, mulheres que tiveram seus partos por via vaginal e em ambiente institucional, do Sistema Único de Saúde (SUS) ou da rede suplementar. Excluíram-se as mulheres que tiveram partos cirúrgicos e domiciliares, aqueles que ocorreram há mais que 5 anos, e em outro estado que não seja o do Rio de Janeiro.

Os dados quantitativos foram reunidos e sistematizados para análise através do software *Excell*, o que permitiu que fossem descritas as ocorrências de respostas em tabelas de frequências.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto-Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE/UERJ), sob o parecer CAAE: 51462121.0.0000.5259.

3. Resultados e Discussão

De acordo com a metodologia desenvolvida para o estudo, a amostra resultou em um total de 47 mulheres que responderam questões referentes aos dados sociodemográficos, Pré-natal, Trabalho de parto, parto, pós-parto imediato e acolhimento, apresentados a seguir.

Dados sociodemográficos

Em relação aos intervalos de idades, 48,94 % (n=23) das mulheres estão na faixa de idade de 30 a 39 anos, em seguida, com 40,43% estão as mulheres na faixa dos 19 aos 29 anos, e 6,3% têm entre 41 e 43 anos, enquanto 4,26% não indicou sua idade. Embora a amostra seja de 47 mulheres, seu perfil conversa com o da população do estado do Rio de Janeiro pois, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, as Estatísticas do Registro Civil, publicadas em 2019, mostram um aumento de 13% nos nascimentos em mulheres de 30 anos pra cima, e uma queda de 1 a 2% nos nascimentos em mulheres de 20 a 29 anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2019).

Sobre a escolaridade, 40,43% das mulheres têm ensino médio completo (com 47,37% desse total cursando o ensino superior), 29,79% têm especialização, mestrado ou doutorado, 17,02% tem ensino fundamental completo, e 12,77% têm ensino superior completo. Corroborando esses dados, onde 42,66% das mulheres têm o ensino superior, e quase metade das que têm o ensino médio estão cursando o superior, o Instituto SEMESP (2021), em análise de dados relativos ao período de 2016 a 2021, divulgados pelo IBGE, informa que as mulheres têm alcançado mais anos de estudo que os homens, sendo atualmente o gênero que prenomina na educação superior. Além disso, o meio utilizado para a coleta de dados, a internet, explica o perfil da amostra, pois, segundo a pesquisa “O abismo digital no Brasil”, quanto maior a escolaridade, maior o acesso à internet e a qualidade da conectividade (PwC Brasil & Instituto Locomotiva, 2022).

Tratando-se de raça/cor, 40% da amostra declararam-se branca e 38%, parda. 13% declararam-se preta e 9% declararam-se amarela. A amostra estudada está proporcionalmente próxima à população do Rio de Janeiro, pois segundo o

IBGE, na região sudeste, 50,0% dos moradores se autodeclararam brancos, 39,0%, pardos e 9,9%, pretos (BRASIL, 2020).
Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres atendidas no SUS e no sistema de saúde complementar, no estado do Rio de Janeiro, de fevereiro - março/2022.

Variáveis	n	(%)
Idade materna*		
19-29	19	40,43
30-39	23	48,94
41-43	3	6,38
Não indicou	2	4,26
Escolaridade		
Pós-graduação, mestrado, doutorado	14	29,79
Superior completo	6	12,77
Superior incompleto	9	19,15
Ensino médio completo	10	21,28
Fundamental completo	8	17,02
Cor		
branca	19	40,43
parda	18	38,30
preta	6	12,77
amarela	4	8,51
Situação conjugal		
Unida	42	89,36
Não-unida	5	10,64

Fonte: Autoras (2022).

Pré-natal

Sobre a assistência pré-natal, 59,6% das mulheres tiveram acompanhamento pré-natal no SUS, enquanto 40,3% tiveram acompanhamento no sistema de saúde suplementar. E, todas as mulheres pariram em maternidades, sendo 72,34% em instituições públicas e 27,7 % em instituições particulares.

Embora 40,3% das mulheres tenham tido acompanhamento do pré-natal na rede particular, somente 27,7% pariram em instituições privadas. Isso informa que 13% das gestantes acompanhadas por profissionais de instituições privadas no pré-natal, optaram por parir em instituições públicas. O Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2021) afirma que as cirurgias cesarianas no serviço suplementar de saúde são em torno de 85% de todos os partos realizados. Embora a OMS (2015) informe que do total de partos em qualquer localidade no mundo, somente 10 a 15% poderiam ter indicação de cirurgia, de forma que mãe e bebê não incorram em riscos desnecessários.

Correlacionando a cobertura no pré-natal da amostra, que foi de 100%, com a escolaridade prevalente, ensino médio completo ou ensino superior, como afirmam Mallman, Boing, A. F., Tomasi, Dos Anjos e Boing, A. C. (2018), a realização de

um maior número de consultas de pré-natal está relacionada a maiores níveis de educação da gestante. Além da quantidade de consultas, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), no pré-natal devem ser abordadas informações sobre o Direito ao Acompanhante, sobre as evidências científicas acerca das técnicas não convencionais de alívio da dor de parto e relativas às intervenções clínicas de rotina, como são os estágios do parto e o tipo de assistência no local escolhido. Dessa forma a enfermagem é capaz de contribuir para um pré-natal de qualidade ao transmitir conhecimento sobre o processo de parto, interferindo na construção da autonomia da mulher sobre seu corpo.

Em relação ao cuidado pré-natal, 59,6% não receberam informação sobre as técnicas não-farmacológicas de alívio da dor. As técnicas de relaxamento e de alívio da dor são indicadas pela OMS como importantes coadjuvantes na diminuição da medicalização do parto e aumento das experiências positivas de parto (WHO, 2018). Mascarenhas et al (2019) realizaram um levantamento de estudos sobre o tema que corrobora as recomendações da OMS pois indicam que as técnicas não-farmacológicas de alívio da dor diminuem o tempo de trabalho de parto (TP) e a sensação da dor.

No pré-natal, 74,5% das participantes não receberam informação sobre o clampeamento tardio do cordão umbilical. Segundo a OMS (2013), a intervenção do clampeamento tardio aumenta os níveis de hemoglobina no nascimento e compete para a formação de um estoque de ferro para os primeiros meses de vida, o qual diminui as chances de se desenvolverem anemias no período de 6 meses a 2 anos de vida. Essa condição está relacionada a maior desenvolvimento emocional/ social, motor e/ou cognitivo. Por outro lado, segundo o MS (2013a), o clampeamento precoce do cordão tem relação com uma adaptação cardiorrespiratória do neonato mais lenta, devido ao baixo volume sanguíneo feto-placentário inicial. Ratificando as recomendações, Souza, Siqueira, Oliveira, Rocha e Silva (2021) dizem que com pinçamento tardio do cordão, os recém-nascidos adquirem mais de volume sanguíneo para irrigação dos órgãos vitais (30% a 60%), o que contribui na adaptação dos sistemas respiratório e cardiovascular.

Sobre os dois últimos dados, observa-se que existe uma lacuna no pré-natal, onde a mulher deveria receber todos os subsídios para pleitear uma assistência de maior qualidade no parto.

Ainda no pré-natal, mais da metade da amostra, 59,6% das mulheres, receberam informações sobre os benefícios do contato pele-a-pele com o bebê, e do aleitamento precoce. Sendo um dado positivo em comparação aos dois anteriores. É recomendado pelo MS (2017) que sejam postergados todos os procedimentos de rotina com o recém-nascido, para que ocorra o contato pele-a-pele na primeira hora de vida, quando o bebê está alerta e mantém ativo o reflexo instintivo de sucção. Para conseguir transmitir às gestantes a importância desse contato imediato, tanto para o estabelecimento da amamentação quanto para a regulação da temperatura do bebê, Hergessel e Lohmann (2017) salientam o papel da enfermagem ainda no pré-natal, quando através da educação em saúde, consegue fornecer um cuidado integral, considerando os aspectos emocionais, o meio social e a cultura em que esta mulher está inserida. Corroborando os entendimentos do MS e de Hergessel e Lohmann, Silva et al (2018) traz resultados de uma pesquisa realizada com 244 puérperas em um hospital no Recife, onde a taxa positiva de amamentação na primeira hora de vida estava associada ao contato pele-a-pele imediato, ao peso do recém-nascido e à presença do enfermeiro na sala de parto.

Sobre o apoio social, 98% das entrevistadas tiveram rede de apoio durante a gestação, sendo familiar, companheiro (a) ou amigo (a). O MS (2012) recomenda que na atenção pré-natal seja identificado se a mulher possui uma rede de apoio social capaz de sustentá-la em um momento de transformações físicas, hormonais e de relacionamento social, que abalam o seu emocional, acionando incertezas, ansiedades e medos. Sustentando essa recomendação, Maffei, Menezes e Crepaldi (2019) identificaram que existem evidências de que o apoio social e o apoio de um parceiro (a), são fatores protetivos contra distúrbios depressivos que podem se manifestar antes e depois do parto.

Trabalho de Parto (TP)

Em relação ao Direito ao Acompanhante, 92% das mulheres tiveram o direito a acompanhante respeitado durante todo o TP. A Lei Federal n 11.108 (2005) institui que as parturientes têm direito à presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de internação: trabalho de parto, parto e pós-parto. Da mesma forma, a OMS, em seu guia para uma experiência positiva no parto, recomenda que a mulher tenha, como uma escolha, a companhia de uma pessoa de sua afinidade durante todo o TP e o parto, sendo obrigação da instituição fornecer suporte contínuo, caso ela não tenha ninguém (WHO, 2018). Segundo Almeida e Ramos (2020), a presença do acompanhante no TP além de ser um direito da mulher, está relacionada a menor incidência de violência obstétrica. Gomes et al (2019), além de concordar com a mudança no perfil do atendimento, indica que a presença do acompanhante fortalece as relações familiares e promove amparo emocional à parturiente.

Sobre a assistência da doula, 79% da amostra não teve doula, 19,1% teve a assistência dessa profissional. Segundo Keunecke et al (2021), doula é a profissional cuja principal função é estar ao lado e à disposição da mulher durante o TP, o parto e no pós-parto imediato, dando apoio informativo, físico, e emocional, não estando habilitada a condutas obstétricas. O MS (2017) recomenda o acompanhamento da doula pois estudos relacionam a presença dessa profissional a melhores indicadores perinatais, como os que Zhang, Bernasco, Leybovich, Fahs e Hatch (1996) identificam sendo o encurtamento do TP em até 2,8 horas, a diminuição em 50% da taxa de cesáreas, do uso de ocitocina e do uso de fórceps. E Bohren et al (2017) acrescentam a diminuição do uso de analgesia, o aumento nos escores de Apgar e o relato de melhora na experiência de parto. Apesar da existência da Lei da Doula no estado do Rio de Janeiro, a Lei n. 7.314 (2016), a qual obriga as instituições de saúde de assistência ao parto a aceitarem a entrada de doulas em companhia das parturientes, sem prejuízo ao direito ao acompanhante, 2% da amostra indicou que a instituição não liberou sua entrada, o que denota um desrespeito a um direito das mulheres. Além disso, a OMS informa que, como essa profissional tem um custo, pode ser que nem sempre as mulheres optem pela sua companhia (WHO, 2018). O que vai ao encontro do resultado da presente pesquisa, em que somente 21% das mulheres tiveram o acompanhamento dessa profissional.

Em relação à deambulação, 79% das mulheres participantes receberam incentivo à deambulação e movimentação durante o TP. A mulher em TP deve ser informada dos benefícios dessa intervenção, e ser encorajada a se movimentar (WHO, 2018). Mamede, F., Mamede, M. e Dotto (2007) mostram que existe um aumento na intensidade das contrações uterinas quando se deambula, assim como pode existir um alívio na sensação dolorosa e menor necessidade de analgesia.

Sobre a mudança de posições, 49% da amostra recebeu incentivo à adoção de posições de sua escolha. Segundo o MS (2017) é benéfico para as mulheres a não restrição ao leito, e a se posicionarem durante todo o processo como melhor considerarem. Tal qual o MS, a OMS, baseada em estudos científicos, também recomenda a liberdade de posições, e mostra que quando as mulheres se posicionam verticalmente, a existência de complicações é reduzida significativamente (WHO, 2018). Mamede, F. et al. (2007) corroboram as recomendações dizendo que posturas mais eretas promovem contrações mais efetivas, melhoram a circulação sanguínea para o feto, diminuem o tempo de TP e a sensação de dor. Constatando tal dado, Paiva, Sthal, Paulino e Leite (2018) identificaram em uma maternidade de Goiás que, ao assumirem posições verticalizadas durante o primeiro estágio, as mulheres sentiam alívio da dor. Importante dado em que se verifica o uso de uma intervenção barata e eficaz, embora menos da metade da amostra tenha recebido esse incentivo.

Em relação às técnicas alternativas de alívio da dor, 55% das mulheres tiveram à disposição métodos não-tradicionais de alívio da dor, com banho morno, massagens, etc. A OMS recomenda que técnicas de relaxamento como musicoterapia, respiração, *mindfulness*, massagens e outras práticas não-farmacológicas sejam aplicadas de acordo com as preferências de cada mulher (WHO, 2018). Igualmente, o MS (2017) sugere tais técnicas, acrescentando a aromaterapia e a imersão em água, e recomenda o apoio à mulher em sua escolha por aquela que mais lhe agrada. Relacionando os dados com a raça/cor

predominante (51,6% pardas e pretas), quase metade das mulheres não teve acesso à tal tecnologia, esse dado pode ser explicado pela fala de Zorzam e Cavalcanti (2017), a qual identifica que quanto mais preta for a mulher, e quanto menos estudo ela tiver, menos atenção será dispensada a ela na sala de parto.

Dos recursos não-farmacológicos para o alívio da dor, os mais utilizados foram, em ordem decrescente: chuveiro morno (30%), massagem e bola de pilates (17%), musicoterapia (11%), piscina (8,3%), aromaterapia, rebozo e outros (5,6%). Lehugeur, Strapasson e Fronza (2017) em uma pesquisa quantitativa que levantaram 232 prontuários de mulheres que pariram assistidas por enfermeiras obstétricas, constatou que o banho, a massagem e a bola de pilates estão entre os recursos não tradicionais mais utilizados para alívio da dor do parto. Esse estudo corrobora os resultados da presente pesquisa e acrescenta o importante papel da enfermagem na qualidade do cuidado à parturiente.

Sobre o uso de ocitocina, 51% das mulheres recebeu infusão de ocitocina. O MS (2017) menciona que intervenções como a infusão de ocitocina, podem ser utilizadas como facilitadoras do TP no primeiro e segundo estágios, mas a mulher deve ser informada previamente sobre os benefícios e consequências, como o fato do bebê ter de ser monitorado com mais frequência. Com mais critério, a OMS não recomenda o seu uso para redução do tempo de TP durante o primeiro estágio, se mãe e bebê estiverem em condições tranquilizadoras. Também não recomenda quando a mulher recebe a epidural, situação em que a equipe de assistência costuma optar pela ocitocina para retomar o padrão anterior das contrações (WHO, 2018). Mas as duas instituições acordam que a ocitocina é droga de escolha para ser administrada no terceiro estágio de TP (expulsão da placenta), de forma a prevenir hemorragias de pós-parto (BRASIL & WHO, 2017, 2018). O Núcleo de Divulgação Científica da USP (2017) acrescenta às recomendações da OMS, informando que o uso da ocitocina exógena deve ser restrito porque inibe a produção da endógena, e não promove os mesmos benefícios dessa última como a ejeção de leite durante a amamentação, a formação de vínculo entre a mãe e o bebê, a diminuição do estresse e da ansiedade e a modulação da dor de parto. Hidalgo-Lopezosa, Hidalgo-Maestre, & Rodríguez-Borrego (2016) corroboram a necessidade de cautela no uso dessa intervenção pois há importantes desfechos negativos no uso rotineiro da ocitocina como maior incidência de anestesia peridural, de febre materna intraparto, maiores taxas de cesarianas e menores valores de pH no cordão umbilical.

Sobre o motivo da infusão de ocitocina, 54,2% das mulheres que foram submetidas a essa intervenção tiveram a justificativa de que era necessária para acelerar as contrações. Esse dado informa que a assistência não seguiu a recomendação da OMS, a qual pede que haja situação emergencial para que haja necessidade de acelerar o parto, o que aconteceu com somente 8,3% da amostra, para as quais foi informado que o bebê estava em sofrimento, por exemplo. Algumas mulheres, 16,7%, não se lembram da justificativa, e 12,5% não receberam justificativa. A falta de justificativa reflete o desrespeito à mulher, que precisa saber sobre qualquer intervenção, e acordar com a prática previamente (BRASIL, 2017). 8,3% das que receberam ocitocina não souberam responder.

Em relação à restrição da ingestão de líquidos e alimentos, 70% da amostra indicou não ter sido oferecido nada para beber durante o TP, assim como 66% da amostra indicou não ter sido oferecido nada para comer. Para parturientes de baixo risco, a OMS recomenda que sejam ofertados líquidos e algo de comer, de acordo com o desejo materno, e acrescenta que, segundo os estudos, não foram encontrados prejuízos significativos para os desfechos materno e infantil, mesmo no caso de mulheres que acabaram por serem submetidas à cirurgia cesariana (WHO, 2018). Já o MS (2017) indica que para mulheres que não estão em iminência de anestesia geral pode ser oferecida uma dieta leve, e quanto aos líquidos, não há restrições. Corroborando tais recomendações, Shea-Lewis, Eckardt e Stapleton (2018) investigaram mulheres em TP e identificaram que quando a mulher tem restrição a se alimentar ou beber líquidos, há maior probabilidade de ocorrer parto cirúrgico, e que a alimentação e a hidratação livres não se relacionam ao aumento de morbidade e mortalidade das parturientes.

Parto

Sobre a posição de parir, 61,7% da amostra pariu em posição ginecológica, descrita na pergunta do questionário como sendo a mulher deitada e com as pernas dobradas. O MS (2017) recomenda desencorajar as mulheres a ficarem deitadas com a barriga para cima (supina) e deitadas com as pernas dobradas e barriga pra cima (semi-supina). Paiva et al. (2018), em pesquisa feita em uma maternidade de Goiás, identificaram que todas as participantes pariram em posição litotômica. Apesar de estar claro que é preciso melhorar a assistência, em comparação a Goiás, a amostra do presente estudo está menos distante de seguir as evidências em relação ao posicionamento no momento de parir.

Por outro lado, 38,3% indicaram que se posicionaram de outra forma: 77,8% em posição verticalizada, 16,7% em outras posições, e 5,6% de forma lateralizada. Segundo o MS (2017), as mulheres devem escolher a posição para parir, sendo mencionadas as de cócoras, lateral ou 4 apoios. A OMS concorda e estende a recomendação inclusive para mulheres com analgesia. Mas acrescenta que, no momento em que começa a expulsão do bebê, a mulher alterne para uma posição semi-reclinada ou de 4 apoios, porque a posição totalmente verticalizada, nesse momento, pode trazer maior incidência de lacerações de 2o grau e aumento do risco de hemorragia pós-parto (WHO, 2018). Paiva et al. (2018) discordam parcialmente dessa recomendação pois dizem que a posição semi-reclinada, traz menos conforto, maior sensação de dor e risco de edema vulvar.

Em relação às pressões do profissional sobre a barriga materna, 8,7% das mulheres foram submetidas à Manobra de Kristeller, uma intervenção proscrita pelos seus potenciais desfechos negativos, e descrita por Ferreira, Costa e Andrade (2018) como violência obstétrica. A prática consiste em pressões feitas por profissional da assistência sobre o fundo de útero no período expulsivo (BRASIL, 2018). Essa intervenção não é recomendada pela OMS e nem pelo MS (BRASIL & WHO, 2017, 2018). Apoiando essa não recomendação, Lima e Lopes (2019) informam que a manobra de Kristeller traz riscos como lesões cerebrais e nos ossos do neonato, rotura do útero materno e danos aos músculos do ânus da mulher, como também está dissociada de qualquer benefício.

Sobre os tipos de lacerações sofridas, 52% das mulheres tiveram lacerações de primeiro e segundo graus, somente 4% tiveram lacerações de 3 ou 4 graus, e 43% não souberam informar. As lacerações perineais podem ser de primeiro grau: atinge pele e mucosas, de segundo grau: atinge os músculos ao redor da vagina, de terceiro grau: pega também parte da musculatura do ânus (o esfíncter anal), e de quarto grau: quando envolve também a mucosa retal (BRASIL, 2017). 57,4% das mulheres precisaram de sutura perineal. Nery e Santos (2018) identificaram em um estudo observacional que do total de mulheres que tiveram lacerações, 74,5% adotou uma posição vertical no expulsivo, e as que tinham 35 anos ou mais, tiveram mais lacerações severas. Esse dado conversa com a recomendação da OMS sobre a alternância de posição pouco antes do nascimento, da mulher que estiver verticalizada, a fim de evitar lacerações de segundo grau (WHO, 2018). Mas isso não favorece a posição horizontal, pois segundo Torres, Vinagre, Godinho, Casal e Pereira (2018) a posição de litotomia ou semideitada está associada a maiores incidências de laceração, inclusive de terceiro grau. Resultado similar foi encontrado por Rocha, Zamberlan, Pivetta, Santos e Antunes (2020), que informam uma menor incidência de lacerações graves em partos verticalizados.

Embora 43% das mulheres disseram não saber sobre a gravidade da laceração, o MS (2017) recomenda que a mulher seja informada sobre a extensão do trauma perineal, para que haja maior adesão a medidas de higiene, dieta adequada, à prática de exercícios para o assoalho pélvico, e técnicas para alívio da dor.

Em relação ao corte no períneo, 75% das mulheres participantes da pesquisa não foram submetidas à episiotomia. Segundo a OMS não existe uma taxa aceitável de episiotomia, mas que, de forma rotineira ela não pode ser feita, somente em casos de emergência obstétrica, e mesmo assim ainda é questionável (WHO, 2018). O MS (2017) traz a mesma recomendação. Costa N. M., Oliveira, L. C., Solano, L. C., Martins, P. H. M. C. e Borges, I. F. (2011) acrescentam que ao se inserir a episiotomia na rotina da assistência ao parto, evidenciam-se mais complicações como hemorragias, edema vulvar, infecção,

endometriose na cicatriz, dispareunia, cicatrização mais demorada que nas lacerações naturais, dificuldade no retorno da função muscular, e trauma no momento do parto. Das mulheres que sofreram episiotomia, 42% não receberam justificativa para tal intervenção. Segundo a OMS, cabe ao profissional que assiste o parto, informar previamente à mulher sobre a necessidade do procedimento, como ele será feito, aguardar seu consentimento, e se for fazê-lo, utilizar anestesia (WHO, 2018). Portanto, na maior percentagem das mulheres que sofreram a episiotomia, a assistência minimizou a autonomia da mulher sobre o seu corpo. 25% receberam a justificativa de que não havia passagem, o que não é suficiente para justificar a intervenção, sendo necessária uma emergência obstétrica, como o sofrimento fetal, opção que teve 0% de respostas. 8,3% não lembram do que ouviram, e 25% receberam justificativa diversa das descritas.

Sobre a amniotomia, 31,9% relatam terem tido a bolsa das águas rompidas. O MS (2017) considera a possibilidade de amniotomia caso haja uma demora não esperada durante o primeiro estágio, justificando que adianta o processo todo em 1 hora. Diferentemente, segundo a OMS, não é recomendado que essa intervenção seja praticada durante o primeiro estágio (até a dilatação total), pois estudos indicam que não há real diminuição no tempo de TP, e também, em relação ao segundo período do parto, não deve ser realizada rotineiramente, porque costuma vir acompanhada de outras intervenções (WHO, 2018). Em sintonia com a OMS, Córtes et al (2018), em uma pesquisa em uma maternidade no Amapá identificou que não houve comprovação de que a amniotomia tenha diminuído o tempo total do TP no primeiro estágio, e que, além disso, após uma intervenção educativa com os profissionais para uma assistência baseada em evidências, houve uma diminuição significativa nas taxas de amniotomia. Assim, segundo os dados, mais da metade das mulheres tiveram o seu tempo de TP respeitado, pois não sofreram a rotura artificial de suas membranas.

Em relação ao motivo da amniotomia, 41,2% responderam que foi para acelerar o nascimento, em desacordo com a recomendação da OMS, e 23,5 % responderam que não houve justificativa. Mais uma vez ignora-se a autonomia da mulher. Zanardo, Uribe, Nadal e Habigzang (2017) asseveram que as mulheres devem passar a retomar o protagonismo, exigirem as informações e não se submeterem às tecnologias que julgam inadequadas com o medo de que o TP sozinho não seja eficaz. Para 17,6% das mulheres, a justificativa foi pela diminuição dos batimentos cardíacos fetais, o que seria adequado pois, segundo a OMS, emergências obstétricas justificariam a intervenção (WHO, 2018).

Em relação aos puxos, 62,2% tiveram puxos involuntários. 38% das mulheres tiveram os puxos guiados, isto é, foram direcionadas a fazer força no período do expulsivo (Manobra de Valsalva). Um pequeno número, 4,4% das mulheres, se abstiveram de responder. Segundo Lara e Cesar (2017), os puxos são as contrações de expulsão, que ocorrem no segundo estágio, as quais culminam com a saída do bebê. Segundo a OMS, as mulheres devem seguir sua própria vontade de fazer força, pois não existe evidência de qualquer benefício em serem dirigidas durante os puxos (WHO, 2018). Alinhados com a OMS, Carneiro e Couto (2017) esclarecem que a Manobra de Valsalva está associada a partos mais longos e a menores índices de Apgar no 1º e 5º minutos. Dito isso, os dados mostram que próximo de 40% das mulheres foram submetidas a uma intervenção sem evidência científica de benefícios associados.

Sobre o pedido de analgesia, 68% das mulheres não solicitaram analgesia, enquanto 32% a solicitaram. Das mulheres que solicitaram analgesia, 44,4% não tiveram seu pedido atendido. Segundo o MS (2017), a analgesia regional está associada a segundos períodos mais longos, a maiores incidências de partos vaginais instrumentais, e à diminuição da mobilidade da mulher. Veiga et al (2021), concorda com o MS e acrescenta que a analgesia está associada à diminuição dos batimentos cardíacos fetais e ao atraso do início da lactação, embora alivie e conforte a mulher com dor de parto. Entretanto, o MS (2017) orienta que a analgesia deve ser realizada, caso a mulher solicite essa intervenção para aliviar a dor de parto. Segundo os dados, quase metade das mulheres que pediram analgesia, tiveram seu pedido negado pela assistência. Corroborando a pesquisa, Pina e Ribeiro (2020) explicam que, no SUS, menos de 10% das mulheres têm acesso à anestesia.

Pós-parto

Sobre o contato pele-a-pele, 87,2% tiveram contato pele-a-pele com o bebê imediatamente após o nascimento. Embora 59,6% das mulheres tenham recebido informação no pré-natal sobre a importância do contato pele-a-pele, 28% a mais teve acesso a essa boa prática, o que denota uma assistência mais proativa quando se trata de beneficiar também o recém-nascido.

Em relação ao tempo de contato pele-a-pele, 51,1% das mães ficaram em contato pele-a-pele com seus bebês por até no máximo 30 minutos. Somente 21,3% ficaram até 1 hora, enquanto 19,1% não se lembram. E ainda, 8,5% das mães não tiveram contato com o bebê logo após o nascimento. O contato precoce do recém-nascido com mãe desperta a produção de ocitocina, que é responsável também pela involução uterina, o que previne hemorragias, e também induz a produção de prolactina, que se responsabiliza pela produção do leite. A amamentação deve ser iniciada nos primeiros 30 minutos de vida, e o contato pele-a-pele deve continuar por até 1 hora, a chamada “hora dourada”, quando além de se estabelecer a amamentação, forja-se um vínculo afetivo que repercute no psicológico do bebê até o final de sua vida, em termos de saúde mental e relacionamentos sociais (Monteiro, 2019). Além desses benefícios, a *Golden Hour* contribui também para a termorregulação do bebê e uma menor produção de hormônios do estresse tanto na mãe quanto no recém-nascido, além do que oportuniza o clampeamento tardio do cordão umbilical (Neczypor e Holley, 2017).

Em relação ao pinçamento do cordão umbilical, 36,2% das mulheres não souberam informar se o clampeamento foi ou não precoce, 34% das mulheres indicaram que o clampeamento foi tardio e 29,8% indicou que o clampeamento foi precoce. A OMS recomenda o retardo no clampeamento do cordão para pelo menos 1 minuto após o nascimento, para melhores resultados materno-fetais (WHO, 2018). No mesmo caminho, Fernandes e Araújo (2020) indicam que o respeito à fisiologia durante o terceiro estágio do TP está relacionado ao clampeamento do cordão umbilical somente após o cessar das pulsações (clampeamento tardio), e não imediatamente à expulsão do feto.

Acolhimento

Sobre o acolhimento, 48,1% das mulheres se sentiram acolhidas pela equipe de enfermagem, 32,7% se sentiram acolhidas pela equipe médica e 19,2% não se sentiram acolhidas. O MS, em sua Política Nacional de Humanização (PNH) objetivou instituir a corresponsabilização do usuário nas terapias, processos e decisões, promovendo uma autonomia responsável, e um atendimento resolutivo (BRASIL, 2013b). Em 2014, com o lançamento do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, chamado de Rede Cegonha, o MS procurou articular a PNH com a assistência à gestante. Dessa forma objetivou-se qualificar o cuidado com a ampliação das relações entre os profissionais e as clientes, onde essas se tornam ativas no processo de produção de saúde, sendo ouvidas e atendidas em suas demandas particulares. A isso se denominou acolhimento (BRASIL, 2014). Em seguida, o MS (2017), em Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal instituiu os cuidados à mulher em TP sob essa perspectiva do acolhimento. Nessa publicação é recomendado que seja construído um canal de comunicação eficaz entre a mulher e o profissional de saúde através da forma como se fala com a mulher, cuidando do tom de voz, da atitude corporal e das palavras usadas. Os dados informam a responsabilidade da enfermagem em acolher a mulher em TP, e saber ouvi-la e atender suas demandas.

A respeito da ambiência, 70,2 % das mulheres se sentiram em um ambiente tranquilo. Segundo o MS (2017), dentre outros fatores, o ambiente em que se dá a assistência à mulher em TP tem a capacidade de influenciar na evolução de todo o processo. Corroborando a tese do MS, o Núcleo de Divulgação Científica da USP (2017) relata que situações e sensações agradáveis ajudam na liberação de ocitocina, pois quanto mais a mulher se sente relaxada, mais ela produz essa substância, a qual gera ainda mais relaxamento e sensação de bem estar, em um ciclo que culmina no progresso do TP, e expulsão do neonato.

Sobre o sentimento das parturientes, 76,6% das mulheres não se sentiram desrespeitadas, ofendidas ou humilhadas, enquanto 23,4% se sentiram dessa forma, em algum momento do TP e/ou parto. Segundo Zorzam e Cavalcanti (2017), o abuso físico, a prática sem consentimento, a violência verbal e emocional, as discriminações a atributos específicos, e a coerção à autodeterminação e autonomia das mulheres constituem infrações aos direitos humanos das mulheres. E por estarem no âmbito da assistência ao parto, instituem a violência obstétrica. Adicionalmente, Keunecke et al (2021) inclui que o uso indiscriminado de medicações, a patologização do que é fisiológico, a negligência, deixar a mulher desassistida e dar informação distorcida são categorias de violação dos direitos humanos. Dito isso, 23,4% das mulheres sofreram violações em seus direitos durante a assistência ao parto. Não foi perguntado às mulheres se estão cientes de que procedimentos não consentidos ou não justificados caracterizam uma forma de desrespeito e ofensa. O que demonstra um viés nessa questão, e uma limitação na pesquisa.

4. Conclusão

A pesquisa evidencia que na amostra representada pelo estudo as práticas obstétricas têm parcialmente atendido às recomendações do MS e da OMS. Positivamente, 79% das mulheres receberam incentivo à deambulação, o que é importante pelo baixo custo, e ótimos benefícios relacionados. E mais da metade das mulheres (55,3%) tiveram acesso a métodos não tradicionais de alívio da dor.

O que pode ter contribuído para uma assistência em parte adequada às recomendações é que pouco mais da metade (51,8%) tiveram alguma orientação no pré-natal para o momento do parto, o que capacita a mulher a participar das decisões quanto às práticas da assistência.

Por outro lado, muitos dados comprometem a qualidade dessa assistência: somente 49% receberam incentivo à mudança de posição, o que pode demonstrar uma assistência inconstante, nem sempre presente; não foi ofertado líquido a 70% das mulheres, e 66% não recebeu alimento; mais da metade recebeu infusão de ocitocina, o que caracteriza uma rotina assistencial inadequada, e um pequeno quantitativo (8,7%) sofreu a Manobra de Kristeller, uma intervenção proscrita. Além disso, a autonomia da mulher sobre seu corpo muitas vezes não foi respeitada, pois muitas não receberam informação sobre o motivo de intervenções, como episiotomia e amniotomia, e algumas justificativas não refletiram práticas adequadas às recomendações.

Esse trabalho é de relevância para a enfermagem porque expõe sua responsabilidade em proporcionar um cuidado integral à mulher. Desde o pré-natal, com a educação em saúde, deve informar à mulher sobre seus direitos e ensinar sobre as práticas assistenciais no parto, contribuindo para a construção de sua autonomia. Passando pelo partear, deve ser capaz de utilizar com apropriação, com conhecimento e oportunamente, a tecnologia não farmacológica, deve proporcionar uma ambiência favorável à produção ótima de hormônios, prezando pelo silêncio, tranquilidade e sensação de segurança, ser empática a sua dor, considerar seus aspectos emocionais, culturais e sociais como determinantes para a manutenção do parto fisiológico. Até a recepção ao recém-nascido, quando deve ser capaz de apoiar o contato pele-a-pele e a amamentação na primeira hora.

Referências

Almeida, N. M. O., & Ramos, E. M. B. (2020). O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. *Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário*, 9(4), Brasília, DF. Recuperado de <file:///C:/Users/Renata/Downloads/glauciacruz,+643-Edi%C3%A7%C3%A3o+final.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2001) Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de chrome-extension://efaidnbmninnipceajnpglcjlefindmkaj/https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf.

- BRASIL. Ministério da Saúde. (2012). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção pré-natal de baixo risco. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 32. Brasília- DF. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2013b). *Política Nacional de Humanização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2013a). *Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças*. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_praticas_integradas_atencao.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2014). *Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia*. Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2017). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, 51 pp.* Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2018). Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. Instituto Nacional Fernandes Figueiras. IFF. *Deixar de fazer Manobra de Kristeller: por que e como?* Recuperado de <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/deixar-de-fazer-manobra-de-kristeller-por-que-e-como/>
- Carneiro, M. & Couto, C.M.F. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. 2018. *Enfermería Global*, 16(3), 539–575. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>.
- Conselho Nacional de Saúde. (2021). *Recomendação nº 011, de 07 de maio de 2021*. Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Recomenda orientações ao Poder Executivo Federal sobre o programa Parto Adequado. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1731-recomendacao-n-011-de-07-de-maio-de-2021>
- Côrtes, C. T., Oliveira, S. M. J. V., Santos, R. C. S., Francisco, A. A., Riesco, M. L. G., & Shimoda, G. T. (2018). Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26:e2988. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/6wqzGK8b3B6MPTX4ZpZfZf/?format=pdf&lang=pt>.
- Costa, N. M., Oliveira, I. C., Solano, L. C., Martins, P. H. M. C., & Borges, I. V. (2011). Episiotomia nos partos normais: uma revisão da literatura. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*. 9(2). <https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/383>.
- Fernandes, B. B. & Araújo, C. L. F. (2020). *Clampeamento do cordão umbilical*. <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/02/clampeamento-cordao-umbilical.pdf>.
- Ferreira, J. B., Costa, A. P. V., & Andrade, U. V. (2018). Assistência de Enfermagem ao Parto: O uso da Manobra de Kristeller – Revisão integrativa. *Enfermagem Obstétrica*, v. 5. <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/94>.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. Atlas S.A.
- Gomes, I. E. M., Padoin, S. M. M., Langendorf, T. F., Paula, C. C., Gomes, C. A., & Ribeiro, A. C. (2019). Benefícios na presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. *Rev. Enferm. UFSM – REUFSM.*, 9(61), 1-18. Santa Maria, RS. <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34170/html#:~:text=A%20presen%C3%A7a%20do%20acompanhante%20de,que%20instituiu%20a%20Rede%20Cegonha>.
- Hergessel, N. M., & Lohmann, P. M. (2017). *Aleitamento materno na primeira hora após o parto*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/1785/1/2017NadirMariaHergessel.pdf>.
- Hidalgo-Lopezosa, P., Hidalgo-Maestre, M., & Rodríguez-Borrego, M. A. (2016). Estimulação do parto com oxitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/RVcQ6KdG65jfXSnmyfctRq/?format=pdf&lang=pt>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). *Estatísticas do Registro Civil, 45*, 1-8. Rio de Janeiro: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc_2018_v45_informativo.pdf.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. (2020). Características gerais dos domicílios e dos moradores 2019. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua*. Maio, 2020. Brasília: Autor. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf
- Instituto SEMESP. (2021). *Pesquisa de graduação e Pós-graduação (Lato Sensu): um diagnóstico sobre os números do ensino superior e a evolução das matrículas de especialização (Lato Sensu) nos últimos anos no Brasil*. <https://www.semesp.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Pesquisa-Graduacao-e-Pos-Graduacao-Instituto-Semesp-1.pdf>.
- Keuncke, A. N., Polido, C. A., Rabello, D. L., Neto, Rattner, D., Silva, J. A., Horta, J. C. A. ... Toma, T. S. (2021). *Assistência ao parto e nascimento: Uma agenda para o século 21*. Unicef – ReHuNa. 177 pp. Brasília, DF: Lumos Assessoria Editorial. <https://www.unicef.org/brazil/media/17491/file/assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf>.
- Lansky, S., Friche, A. A. L., Silva, A. A. M., Campos, D., Bittencourt, S. D. A., Carvalho, M. L. ... Cunha, A. (2014). Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública* 30 (Suppl. 1). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>.
- Lara, S R. G., & Cesar, M. B. N. (2017). *Enfermagem em Obstetrícia e Ginecologia*. Manuais de Especialização. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. (271 pp.). Editora Manole Ltda.
- Lehuteur, D., Strapasson, M. R., & Fronza, E. (2017). Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. *Revista de Enfermagem. UFPE on line*, 11(12):4929-37. Recife, PE.

[https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/22487/25309#:~:text=Dos%20232%20prontu%C3%A1rios%20de%20parturientes,p%C3%A9s%20\(2%2C4%25\)%20e.](https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/22487/25309#:~:text=Dos%20232%20prontu%C3%A1rios%20de%20parturientes,p%C3%A9s%20(2%2C4%25)%20e.)

Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. (2005). Institui o Direito ao Acompanhante. Brasília, DF. <https://prespublica.jusbrasil.com.br/legislacao/96776/lei-11108-05>.

Lei n. 7.314, de 15 de junho de 2016. (2016). Dispõe sobre a obrigatoriedade das maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada do Estado do Rio de Janeiro em permitir a presença de doulas durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente. Rio de Janeiro, RJ. Recuperado de <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=324914>

Lima, G. A. F., & Lopes, M. C. A. (2019). *Violência Obstétrica: Riscos do Uso da Manobra de Kristeller Durante o Parto*. (Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Enfermagem). Centro Universitário do Planalto Central, Gama, DF. https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/312/1/Geovana_0003971_Maria_Clara_0003676.

Maffei, B., Menezes, M., & Crepaldi, M. A. (2019). Rede Social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa. *Revista da SBPH*, 22(1). São Paulo, SP. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100012.

Mallman, M. B., Boing, A. F., Tomasi, Y. T., Dos Anjos, J. C., & Boing, A. C. (2018). Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 27(4). Brasília, DF. http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000400023.

Mamede, F. V., Mamede, M. V., & Dotto, L. M. G. (2007). Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc. Anna Nery*, 11, (2). <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000200023>.

Mascarenhas, V. H. A., Lima, T. R., Silva, F. M. D., Negreiros, F. S., Santos, J. D. M., Moura, M. A. P. ... Jorge, H. M. F. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto. *Acta Paulista de Enfermagem (Online)*, 32(3), 350-357. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1010804>.

Menezes, F. R., Reis, G. M., Sales, A. A. S., Jardim, D. M. B., & Lopes, T. C. (2020). O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. *Interface* (24:e180664). Botucatu, SP. [chrome-extension://efaidnbmnnpbpcjpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/icse/a/SNcjQGxYnDGybfXPCtvcsgq/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/icse/a/SNcjQGxYnDGybfXPCtvcsgq/?format=pdf&lang=pt).

Monteiro, B. R. (2019). *Fatores intervenientes no contato pele-a-pele entre mãe e bebê na hora dourada*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/28420/1/Fatoresintervenientescontato_Monteiro_2019.pdf.

Neczypor, J. L. & Holley, S. L. (2017). Providing evidence-Based Care During the Golden Hour. *Nursing for Women's Health*, 21(6), 462-472. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1751485117302817>

Nery, L. A. S. & Santos, P. S. O. (2018). *Fatores associados à laceração perineal durante o parto normal*. 15 pp. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina). Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, SC. [chrome-extension://efaidnbmnnpbpcjpcglclefindmkaj/https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/9334/1/TCC.PLATAFORMA.FINAL.pdf](https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/9334/1/TCC.PLATAFORMA.FINAL.pdf).

Núcleo de divulgação científica da USP. (2107). O que são ocitocinas? *Jornal da USP*. <https://jornal.usp.br/tag/ocitocina/>.

Odent, M. (2013). *Childbirth and the future of Homo sapiens* (160 pp.), Pinter & Martin Ltd.

Organização Mundial da Saúde (1996). Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. *Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico*. (53 pp.). Genebra, Suíça: Autor. <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-9570>.

Organização Mundial da Saúde (2015). Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. *Human Reproduction Programme*. Genebra: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3.

Paiva, E. F., Sthal, H. C., Paulino, V. C. P., & Leite, G. R. (2018). Posições assumidas durante o parto normal: percepção de puérperas atendidas em uma maternidade em Jataí-Goiás. *Revista eletrônica Graduação/Pós-Graduação em Educação UFG/REJ*, 14(4) file:///C:/Users/Renata/Downloads/admin,+54977-233154-4-ED+oit.pdf.

Pina, R. & Ribeiro, R. Agência Pública. (2020). Racismo na saúde: nas maternidades do Brasil, a dor também tem cor. *Carta Capital*. Recuperado de <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/racismo-na-saude-nas-maternidades-do-brasil-a-dor-tambem-tem-cor/>.

PwC Brasil & Instituto Locomotiva. (2022). *O abismo digital no Brasil: como a desigualdade de acesso à internet, a infraestrutura inadequada e a educação deficitária limitam nossas opções para o futuro*. [chrome-extension://efaidnbmnnpbpcjpcglclefindmkaj/https://www.pwc.com.br/pt/estudos/preocupacoes-ceos/mais-temas/2022/O_Abismo_Digital.pdf](https://www.pwc.com.br/pt/estudos/preocupacoes-ceos/mais-temas/2022/O_Abismo_Digital.pdf) locomotiva.pdf.

Ricci, S. S. (2019). *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher* (4ª ed., 964 pp.). Orlando, EUA: Guanabara Koogan.

Rocha, B. D., Zamberlan, C., Pivetta, H. M. F., Santos, B. Z., & Antunes, B. S. (2020). Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. *Rev. esc. enferm. USP* 54, <https://www.scielo.br/j/reusp/a/ftGqgMsj3xwJXG778pQDHZc/?lang=pt>.

Rodrigues, D. P., Alves, V. H., Paula, C. C., Vieira, B. D. G., Pereira, A. V., Reis, L. C. ... Branco, M. B. L. R. (2022). Parto humanizado: valores de profissionais de saúde no cotidiano obstétrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2): e20210052. <https://www.scielo.br/j/reben/a/TfJgKJt9CsHHJyJpmrn93PN/?lang=pt&format=pdf>.

Shea-Lewis, A., Eckardt, P., Stapleton, D. (2018). An investigation into the safety of oral intake during labour. *AJN, American Journal of Nursing* 18(3), 24-31. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000530913.80349.53>.

Silva, J.L.P., Linhares, F. M. P., Barros, A. A., Souza, A. G., Alves, D. S. & Andrade, P. O. N. (2018). Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança. *Texto contexto - enferm.*, 27 (4): e4190017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004190017>.

Souza, G. L. A., Siqueira, G. P., Oliviera, A. S., Rocha, M. F. N. & Silva, M. F. S. (2021). Os benefícios do clampeamento tardio do cordão umbilical. *Research, Society and Development*, 10(12), e366101220510. file:///C:/Users/Renata/Downloads/20510-Article-249618-1-10-20210924.pdf.

Torres, M., Vinagre, C., Godinho, A. B., Casal, E. & Pereira, A. (2018). Evidências sobre a posição da grávida no segundo estágio do trabalho de parto. *Acta Obstet Ginecol Port.* 12(4), Coimbra, Portugal. [https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302018000400005](https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302018000400005?script=sci_arttext&pid=S1646-58302018000400005).

Veiga, A.V.M., Dinato, A. O., Attem, M. S., Araujo, R. M. S., Silva, L. N. P., Techí, L. C. ... Santos, L. M. S. A. (2021). Relação entre analgesia do parto e seus desfechos obstétricos. *Research Society and Development.*, 10(3), e25410313307. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13307>.

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: Autor. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado de <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/who-recommendations-intrapartum-care-for-a-positive-childbirth-experience/>.

Zanardo, G. L. P., Uribe, M. C., Nadal, A. H. R., & Habigzang, L. F. (2017). Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol. Soc. Recife*, 29. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>.

Zhang, J., Bernasco, J. W., Leybovich, E., Fahs, M., & Hatch, M. C. (1996). Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.*, 4 Pt 2:739-44. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8841285/>.

Zorzam, B., & Cavalcanti, P. (2017). Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. *Direitos das Mulheres no Parto. Conversando com profissionais da saúde e do direito* (50 pp). São Paulo, SP: Câmara Brasileira do Livro. Recuperado de -extension://efaidnbmnnnibpajpcgiclfefindmkaj/<https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/02/direito-mulheres-parto.pdf>.