

**Mulher e a posição corporal no processo de parturição: realidade de um hospital
universitário**

**Women and the body position in the parturition process: the reality of a university
hospital**

**La mujer y la posición del cuerpo en el proceso de parto: la realidad de un hospital
universitario**

Recebido: 27/08/2020 | Revisado: 03/09/2020 | Aceito: 08/09/2020 | Publicado: 08/09/2020

Amanda Nunes Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6812-0813>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: mandyenfermeira@hotmail.com

Vanessa Curitiba Felix

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3746-1938>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: vanessafelix@hotmail.com

Fernanda Campos da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7943-1123>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: fernandacampos@cpdt.com.br

Cristiane Rodrigues da Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5658-0353>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: crlica.rocha@hotmail.com

Selma Villas Boas Teixeira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8799-0243>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: selma.villasboas@globo.com

Leila Rangel da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1831-0982>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: leila.cuidadocultural@gmail.com

Resumo

Objetivo: discutir a autonomia da mulher frente à posição corporal no processo de parturição assistido por médicos obstetras. Método: estudo descritivo, exploratório, qualitativo, realizado com 22 médicos obstetras do serviço de obstetrícia de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro, Brasil. Utilizaram-se entrevistas semiestruturadas, aplicadas entre os meses de junho a agosto de 2019. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade temático-categorial. Resultados: As mulheres tiveram a liberdade de adotar a posição da sua preferência no processo de parturição. No entanto, a maioria optou pela litotômica. Os profissionais justificaram preferir a posição supina no período expulsivo, por melhor manejo em situações de distócias, mas respeitaram o desejo da mulher. Conclusão: A escolha da posição supina pela mulher foi motivada por diversos fatores. A educação em saúde no pré-natal se mostrou como fator decisório para a autonomia das mulheres, vislumbrando um processo parturitivo exitoso.

Palavras-chave: Obstetrícia; Parto normal; Trabalho de parto; Parto humanizado; Comportamento.

Abstract

Objective: to discuss the autonomy of women in relation to body position in the birth process assisted by obstetricians. Method: a descriptive, exploratory, qualitative study conducted with 22 obstetricians from the obstetrics service of a University Hospital in Rio de Janeiro, Brazil. Semi-structured interviews were used, applied between the months of June to August 2019. The data collected were submitted to content analysis in the thematic-categorial modality. Results: Women were free to adopt the position of their preference in the parturition process. However, the majority opted for lithotomics. The professionals justified preferring the supine position in the expulsive period, for better choice of the supine position by the woman was motivated by several factors. Health education in prenatal care proved to be a decisive factor for the autonomy of women, envisioning a successful parturitive process.

Keywords: Obstetrics; Natural childbirth; Labor obstetric; Humanizing delivery; Behavior.

Resumen

Objetivo: discutir la autonomía de la mujer en relación a la posición en el proceso de parto asistido por obstetras. Método: estudio descriptivo, exploratorio, cualitativo, realizado con 22 obstetras del servicio de obstetricia de un Hospital Universitario de Río de Janeiro, Brasil. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas, aplicadas entre los meses de junio a agosto de 2019.

Los datos recolectados fueron sometidos a análisis de contenido en la modalidad temática-categoría. Resultados: Las mujeres tuvieron libertad para adoptar la posición de su preferencia en el proceso de parto. Sin embargo, la mayoría optó por la litotomía. Los profesionales justificaron preferir la posición supina en el período expulsivo, para un mejor manejo en situaciones de distocia, pero respetaron el deseo de la mujer. Conclusión: La elección de la posición supina por parte de la mujer estuvo motivada por varios factores. La educación sanitaria en la atención prenatal resultó ser un factor decisivo para la autonomía de la mujer, vislumbrando un proceso de parto exitoso.

Palabras clave: Obstetricia; Parto normal; Trabajo de parto; Parto humanizado; Conducta.

1. Introdução

Entre os séculos XVI e início do século XVIII, os partos eram assistidos no domicílio, com o auxílio de parteiras e médicos. As parturientes utilizavam posições verticais ou de cócoras, apoiadas em bancos, cadeiras e tamboretas. Em fins do século XVIII e início do século XIX, o discurso médico começou a modificar-se em relação ao parto e, dentre essas mudanças, tiveram início os partos hospitalares e a utilização da cama para favorecer a posição litotômica (Roy, Moreno & Jimeno, 2014).

Embora décadas tenham se passado a partir da inserção da cama como item fundamental para a realização do parto, um movimento a põe em pauta sem a mencionar diretamente, pela influência que esse objeto exerce na posição corporal da parturiente. Esse movimento, denominado humanização do parto, começou a ser discutido no Brasil no ano de 1970, ganhando maior evidência com o desenvolvimento da Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em 2000 (Doudou, Sousa, Barbosa & Rodrigues, 2017).

No contexto da humanização, são variadas as posições citadas para o nascimento: litotomia, posição ereta, posição de cócoras, decúbito lateral e quatro apoios (Souza, Aguiar & Silva, 2015). No entanto, a imobilização no leito e a posição litotômica no parto não são muito recomendadas, pois podem levar à compressão de grandes vasos e ao prolongamento do trabalho de parto, gerando impacto nos resultados materno-fetais (Lansky et al, 2014).

As posições verticalizadas, além de trazerem maior conforto à parturiente, proporcionam vários benefícios, como diminuição do período expulsivo, o efeito facilitador da força da gravidade, a diminuição do risco de compressão aorto-cava e consequente melhor oxigenação do feto, além de diminuição da taxa de episiotomia (Côrtes et al., 2015).

No entanto, o modelo de assistência obstétrica existente, muitas vezes, favorece a restrição da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento, que se reflete em relações assimétricas, evidenciando práticas intervencionistas e de controle sobre os seus corpos (Teixeira et al., 2018, Reis, Paidon, Toebe, Paula & Quadros, 2017).

Os profissionais de saúde que atuam no processo de parir, especialmente os médicos obstetras, como membro integrante e atuante em uma equipe de saúde, são capazes de interferir na escolha das parturientes, em virtude dos aspectos culturais e da situação de vulnerabilidade na qual a mulher se encontra (Reis et al., 2017, Sarris, Pucci Filho, Dobis, Galvão & Souza, 2017).

Faz-se necessário que os profissionais compreendam e reconheçam que a maneira como eles acolhem e assistem as parturientes, refletirá diretamente na forma como as mulheres vivenciam esse momento, considerado único na vida delas. Nessa perspectiva, para humanizar o parto hospitalar, é preciso romper com o paradigma biomédico, no sentido de que as situações obstétricas e o desejo da mulher, façam parte de uma rede de diálogo, cujo desfecho seja favorável ao bem-estar da mulher e do conceito (Doudou et al., 2017, Teixeira et al., 2018). Para tanto, considera-se a importância dos profissionais de saúde em reconhecer o direito de a mulher protagonizar o seu parto e ter a decisão respeitada quanto à posição para parir (Reis et al., 2017)

O presente estudo justifica-se pela constatação na literatura de que o cuidado oferecido à mulher na assistência pré-natal e parto, na perspectiva da humanização e de seus direitos como cidadã, tem influência direta em sua autonomia e na forma como vivencia o processo de parturição. Portanto, compreender as relações assimétricas entre os profissionais de saúde e a mulher, assim como as possibilidades e limites das posições no trabalho de parto e parto, é relevante para a área da saúde da mulher.

Desse modo, o estudo objetivou discutir a autonomia da mulher frente à posição corporal no processo de parturição assistido por médicos obstetras.

2. Metodologia

Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. O cenário foi o Serviço de Obstetrícia de um hospital universitário, referência para gestação de médio e alto risco da Rede Federal de Saúde localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Essa unidade de saúde, oferece atendimento às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e atende à formação de futuros profissionais de saúde.

Para o processo de captação, foram realizadas visitas ao cenário a fim de estabelecer contato com os médicos obstetras. Após essa etapa, por amostra de conveniência, foram identificadas as escalas de serviço dos profissionais de saúde, assim como o horário de cada um deles, tornando possível a apresentação pessoal da pesquisa e o seu objetivo. O número de participantes da amostra ocorreu de acordo com o critério de amostragem por saturação teórica, sendo interrompida quando houve um esgotamento de novos enunciados (Fontanella et al., 2011).

Após aceitarem o convite e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os participantes foram identificados com código alfanumérico: MO (de Médico Obstetra) seguido de numeral, conforme a ordem de realização da entrevista (MO1 a MO22). Os critérios de inclusão da pesquisa foram: ser médico obstetra com atuação na assistência ao parto normal de risco habitual e alto risco e ter no mínimo seis meses de atuação nesse setor obstétrico. Foram excluídos do estudo os médicos obstetras que estavam na função de gerência ou administração na época da pesquisa.

A técnica para coleta de informações ocorreu por meio de entrevista semiestruturada; o roteiro continha perguntas abertas e fechadas que versavam sobre questões relativas à percepção dos participantes a respeito da sua prática profissional frente à mulher no que tange à posição corporal no processo de parturição. Cada entrevista teve tempo aproximado de trinta minutos.

A coleta de dados foi realizada de junho a agosto de 2019 em sala reservada na instituição para esse fim no intervalo de trabalho dos profissionais, com anotações de campo durante as entrevistas, estando presente somente a pesquisadora e o participante. Nenhuma entrevista foi realizada mais de uma vez e nenhum profissional desistiu da sua participação.

Participaram da pesquisa 22 médicos obstetras que estavam na faixa etária entre 29 e 68 anos de idade. A maioria (16) tinha entre 30 e 40 anos de idade e concluiu a graduação entre os anos de 1986 e 2010, sendo que 10 participantes possuíam até 10 anos de formação. Em relação ao tempo de formação, 14 possuíam até 10 anos do término da especialização em ginecologia e obstetrícia. No que tange ao tempo de experiência em acompanhamento em parto e nascimento, a maior parte (10) possuía entre 11 a 20 anos de atuação nas redes públicas e privadas.

Os dados foram gravados em aparelho digital e com prévia autorização dos participantes, transcritos integralmente e submetidos à análise de conteúdo na modalidade teórico-temática (Bardin, 2010), sendo utilizada a Unidade de Registro (UR) a partir da

temática, como estratégia de organização do seu conteúdo. A colorimetria permitiu a identificação e o agrupamento de cada unidade, possibilitando uma visão geral da temática.

As entrevistas originaram as seguintes categorias: 1) Relações de poder, responsabilidade técnica e autonomia da parturiente; 2) Possibilidades e limitações das posições no trabalho de parto e parto.

Atendendo à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012), o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (CEP/HUGG-UNIRIO), sendo aprovado sob parecer 2.792.151/2018.

3. Resultados e Discussão

A obstetrícia vem desempenhando mudanças expressivas nas últimas décadas, com um maior enfoque na promoção e resgate das peculiaridades naturais e fisiológicas do processo de parturição, com isso, condutas adotadas no cenário de trabalho de parto e parto pelo profissional médico têm sido discutidas baseados nos resultados salientados em estudos através das evidências científicas, corroborados também pelos manuais do Ministério da Saúde (MS).

3.1 Relações de Poder, Responsabilidade Técnica e Autonomia da Parturiente

Todos os participantes afirmaram permitir que a parturiente adote a posição que preferir durante o processo de parturição, o que leva à suposição de que a maioria das mulheres opta por posições supinas. Seguem-se as falas:

“A parturiente toma a posição mais adequada para ela. Geralmente posições verticais ou de quatro apoios antes do expulsivo; já no expulsivo, a maioria adota posição de litotomia, mesmo quando disponibilizamos outras posições”. (MO 5)

“No Rio de Janeiro, as mulheres não pedem muito para ter parto de cócoras. Trabalhei na fronteira no Norte e as mulheres pediam [...]”. (MO11)

“No Brasil, é mais comum a mulher não seguir posições verticais instintivamente”. (MO 13)

“Paciente tem que ficar como quer”. (MO 20)

A predileção dos participantes, sobre a adoção da posição supina pela parturiente, justifica-se ao constatar-se que os médicos obstetras ainda possuem uma postura de controle, deixando a mulher submissa às ordens e rotinas hospitalares.

“O problema é se vai aguentar ou não ficar em posições verticais, sempre achei que tende a ser mais desconfortável para ela”. (MO 8)

“No expulsivo, a paciente tem que ser colocada em posições que facilitam a intervenção. Nunca de cócoras”! (MO 9)

“Essas posições verticais... também podem prejudicar a assistência em uma distócia”. (MO 21)

O estudo evidenciou que a adoção da posição litotômica no dia a dia do médico obstetra na sala de parto está aliada à justificativa do melhor manejo em situações de distócias, principalmente no período clínico do parto conhecido como expulsivo.

“Até o início do período expulsivo é a paciente que escolhe a posição mais confortável[...]”. (MO10)

“Nunca tive distócias por causa da posição, se tivesse no expulsivo eu pediria para mudar na hora [...]”. (MO 11)

“Quando tem que usar fórceps, vácuo extrator, parto pélvico, versão cefálica, é melhor a posição de litotomia”. (MO 17)

No entanto, a fala de dois participantes é favorável à adoção de posições não supinas para resolução de eventuais distócias durante o parto.

“Quatro apoios auxilia a progressão do parto e na resolução de distócias [...]”. (MO 2)

“Posições verticais facilitam por inúmeros fatores: facilita o encaixe do bebê na pelve, facilita a descida e dilatação do colo e evita distócias”. (MO 5)

3.2 Possibilidades e Limitações das Posições no Processo de Parturição

A respeito da posição corporal em que as parturientes se encontram durante o trabalho de parto e parto assistido por eles, a maioria (12) respondeu que a litotômica é a utilizada com maior frequência durante o processo de parturição, três afirmaram ser a semivertical; três a posição de cócoras; e apenas um, em pé. Outros três apontaram outras posições corporais como (decúbito lateral esquerdo DLE) e quatro apoios.

Apenas três participantes afirmaram que verdadeiramente incentivavam a adoção de posições não supinas pela parturiente, apesar de todos reconhecerem, dentro da perspectiva teórica, que as posições verticais facilitam a progressão do trabalho de parto e parto.

“A posição ortostática e cocóras facilitam a passagem do trajeto”. (MO 12)

“A gravidade auxilia na aceleração do trabalho de parto e expulsão”. (MO 19)

“As posições verticais, por serem mais fisiológicas, ajudam na prensa abdominal”. (MO 22)

A importância de um pré-natal de qualidade também foi apontada como aliada no empoderamento das gestantes, para a adoção de posições verticais no momento do parto, conforme relatos a seguir:

“Falta orientação no pré-natal, elas não são preparadas para o parto”. (MO 1)

“Geralmente minhas pacientes do privado adotam posições mais livres [...] quatro apoios, banquetas, piscina. A gente conversa muito sobre posições no pré-natal”. (MO 6)

Nos relatos dos profissionais médicos, pode-se perceber que não há unanimidade quanto às posições adotadas no processo de parturição. Muitos fatores influenciam nesta decisão, como o desejo da mulher, a progressão do parto, a formação e atualização

profissional e o modelo assistencial da instituição. No contexto dos relatos, a posição horizontalizada foi apontada pela maioria dos profissionais médicos, em alguns momentos, como a escolhida pela mulher; em outros, como uma escolha dos profissionais, contribuindo, assim, para a naturalização dessa posição no parto.

As respostas dos participantes da presente pesquisa demonstraram que, apesar de a litotomia ainda ser a escolha da maioria, houve uma modesta mudança de paradigma em comparação com um estudo que aborda a prática, por exemplo, da episiotomia, procedimento aplicado no contexto da preferência pela posição supina (Jiang, Qian, Carroli & Garnner, 2017).

O MS incentiva os profissionais obstetras (médicos e enfermeiros) a adotarem a prática de posições não supinas e a liberdade de locomoção da parturiente, a fim de proporcionar o alívio da dor materna e favorecer a evolução do parto (Brasil, 2016, Brasil, 2017).

A prescrição de posição horizontalizada no trabalho de parto e parto contraria as recomendações do relatório nacional da saúde, privilegiando, assim, o bem-estar do profissional e excluindo a fisiologia da parturiente desse processo (Brasil, 2016). Nesse sentido, a mulher perde protagonismo no processo de parturição, tornando-se o parir um fenômeno absorvido pela técnica médica e não um processo natural em que a mulher e o feto são os protagonistas; a forma de dispor os corpos atende à técnica e não à fisiologia do parto.

O uso da episiotomia emergiu no início do século XX com a finalidade de minimizar o dano provocado pela laceração natural do períneo, mitigar o risco de incontinência urinária e fecal posterior e preservar o feto do trauma do parto. Essa prática foi absorvida pela assistência obstétrica sem quaisquer estudos que analisassem seus riscos e benefícios (Jiang et al., 2017, Dengo et al., 2016).

Na contramão dessa prática incorporada pelos médicos obstetras, a episiotomia amplia o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de hemorragia e de infecção, sem reduzir as complicações ao longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal (Melo et al., 2020, Dengo et al., 2016). Pela OMS, recomenda-se que a taxa de episiotomia seja entre 10% a 15% dos casos, em média (OMS, 1996).

É imprescindível que uma prática clínica esteja baseada em evidências científicas, a fim de, entre outras razões, garantir a qualidade e a segurança do atendimento. O tripé formado pelo profissional de saúde, pelas informações científicas e pelas necessidades individuais das mulheres, quando bem estabelecido, resulta em um cuidado de qualidade, técnico e singularizado (Silva, Nucci, Nakano & Teixeira, 2019).

Neste cenário, o profissional de saúde que acompanha o parto, sabe que, como detentor de conhecimentos específicos, é o responsável pela tomada de decisões técnicas (Apolinário, Rabello, Wolff, Souza & Leal, 2016), assim deve possuir um manejo técnico para que saiba identificar adequadamente quando acontece alguma irregularidade ou quando a intercorrência está prestes a acontecer e, desse modo, atuar de forma precisa e rápida, através de uma intervenção obstétrica (Melo, Gomes, Henriques, Lima, & Damasceno, 2017).

Quem assiste o parto e nascimento, tem a responsabilidade de observar a iminência de uma situação patológica e, assim, intervir adequadamente dentro de cada atribuição, com as tecnologias à disposição para preservar as duas vidas (Melo et al., 2017). É válido ressaltar que a formação médica é orientada para as intercorrências da gestação e do parto; por conseguinte, os profissionais tendem a apreender o parto como uma condição de risco, segundo o modelo tecnocrático.

É indispensável identificar a importância da tecnologia quando necessária e aplicá-la adequadamente para corrigir distócias, apresentando responsabilidade técnica e conhecimento científico que fundamentem as suas práticas (Melo et al., 2017). Os fatores que interferem na escolha da posição assumida pela parturiente no parto são vários e complexos, pois estão estreitamente sugestionados pelas normas culturais que prescrevem uma assistência atravessada por procedimentos médicos (Côrtes et al., 2015).

O fato de a parturiente não assumir posições supinas sem uma indicação médica demonstra a influência do fator cultural na determinação do seu comportamento. Além disso, a insegurança e a preocupação com possíveis intercorrências, associadas, em alguns casos, à escassez de recursos materiais, acarretam o recuo dos profissionais (Roy et al., 2014).

Pesquisas apontam que as vantagens das posições verticais e da deambulação ao longo do trabalho de parto estão relacionadas à sua eficiência no que tange às contrações uterinas, visto que se verifica o seu aumento em frequência e intensidade, facilitando a evolução do trabalho de parto com diminuição do cansaço da parturiente (Torres, Vinagre, Goldinho, Casal & Pereira, 2018, Jiang et al., 2017).

A posição vertical facilita as trocas placentárias entre a mãe e o feto, o que permite contrações com menor frequência, mas com maior intensidade, atenuando o risco de sofrimento fetal, inclusive diante de um período expulsivo prolongado (Torres et al., 2018, Brasil, 2016).

As mulheres em posição vertical apresentam uma maior tolerância à dor provocada pelas contrações uterinas e têm menos necessidade de receber analgesia epidural do que as mulheres que adotaram posições supinas, o que propiciou melhores resultados neonatais (Roy

et al., 2014, Melo et al., 2017). Já o decúbito lateral esquerdo, quando comparado com o decúbito dorsal, está associado à diminuição significativa na incidência de parto instrumental, aumento da incidência de períneo íntegro e efeito protetor em relação a lacerações perineais graves (Albuquerque, Vicente, Silva, Lins & Silva, 2018).

Destaca também a importância da assistência pré-natal como ferramenta fundamental para promover o empoderamento da mulher e de sua família, a partir dos preceitos das boas práticas. Esse momento é fundamental para desmistificar crenças e tabus, a partir da reflexão e da construção de saberes a respeito da gestação e do parto, e, desta forma, permitir que ela tenha conhecimentos para a embasa no processo de autonomia da parturição (Teixeira et al., 2018).

No entanto, a equipe multiprofissional que assiste à parturiente, deve disponibilizar as técnicas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto e incentivá-las ao uso da bola, banquetas, cavalinho, bem como estimular a deambulação e adoção de posição vertical ou semissentada (Duarte et al., 2019), tenha ou não a mulher recebido essa informação durante o acompanhamento pré-natal. Caso a mulher tenha preferência pela posição supina, deve-se instruir o DLE, por facilitar as trocas placentárias entre mãe e feto e diminuir os níveis pressóricos (nível A de evidência) (Melo et al., 2017).

Ademais, o documento elaborado pelo MS reforça que os profissionais devem estimular às mulheres a adotarem as posições verticalizadas no trabalho de parto e parto, além, de estimulá-las quanto à deambulação e à mudança de posições, favorecendo a autonomia da mulher no momento de seu trabalho de parto e parto (Doudou et al., 2017, Duarte et al., 2019).

Trata-se de relações profissionais que transcendam a confiança técnica, na medida em que os saberes de cada categoria profissional são complementares em prol da humanização da assistência ao parto. As boas práticas devem ser o guia condutor de todos os profissionais de saúde que atuam no ciclo gravídico-puerperal, de forma a nortear suas ações (Teixeira et al., 2018). A união de forças e conhecimento será refletida em um processo de parturição satisfatório, pleno, seguro, considerando o protagonismo da mulher.

4. Considerações Finais

As escolhas preponderantes por posições supinas tanto pelas parturientes quanto pelos profissionais de saúde no cenário obstétrico foram motivadas por fatores culturais acerca de parto, vivências anteriores pessoais e familiares, falta de informações do processo parturitivo

no pré-natal, insegurança dos profissionais, modelo de dominação do corpo da mulher existente na instituição, falta de atualização sobre as boas práticas e de estrutura física na unidade.

Embora, nos resultados desse estudo realizado em um hospital universitário, as mulheres tenham tido autonomia para optar pela posição para o parto, o paradigma médico tradicional ainda está pautado em posições supinas; contudo, atualmente recebe uma contrarresposta, baseada em evidências científicas, que constitui a principal força motriz para a quebra do paradigma anterior, produtora de um novo modelo compreendendo a mulher como portadora de autonomia e saber sobre seu corpo.

A autonomia da mulher não faz alusão à irresponsabilidade técnica, mas sim à defesa de que a parturiente exerça sua autonomia em relação à posição mais confortável, orientada pelo profissional obstetra sobre as vantagens e desvantagens de cada posição, suscitando uma escolha consciente e embasada técnica e cientificamente.

A humanização vem sendo amplamente discutida, a ponto de constatar-se a consolidação de significativos avanços. Em contrapartida, ainda se vislumbram consideráveis oportunidades de melhoria. Para isso, a educação em saúde durante o pré-natal é imprescindível, com vistas a desmistificar medos e preconceitos a partir da reflexão e da construção de saberes a respeito do processo parturitivo. Para tanto, reforça-se a necessidade de capacitar e atualizar os profissionais de saúde na perspectiva das boas práticas, a fim de proporcionar autonomia às mulheres no processo parturitivo.

O principal desafio dos profissionais médicos e enfermeiros está no sincronismo em que o exercício da prática obstétrica esteja pautado no diálogo, na perspectiva da integralidade e da equidade, visando um processo parturitivo exitoso.

Referências

Albuquerque, N. L. A., Vicente, C. D., Silva, A. B., Lins, B. R., & Silva, R. D. M. (2018) Percepção das puérperas acerca do parto verticalizado. *Enfer. Foco*. 9 (3), 3-7. Recuperado de <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1114/451>.

Apolinário, D., Rabelo, M., Wolff, L. D. G., Souza, S. R. R. K., & Leal, C. G. C. (2016) Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. *Rev. Rene*. 17 (1), 20-28. Recuperado de <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100004>.

Bardin L. (2010) *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Brasil. (2012) Resolução 466/12. Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, publicado em 13 de junho de 2012. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil. (2016) Secretaria De Ciência, Tecnologia E Insumos Estratégicos. Diretriz nacional de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf

Brasil. (2017) Secretaria De Ciência, Tecnologia E Insumos Estratégicos. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

Côrtes, C. T., Santos, C. S., Caroci, A. S., Oliveira, S. G., Oliveira, S. M. J. V., & Riesco, M. L. G. (2015) Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 49(5), 716-724. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500002>.

Dengo, V. A. R., Silva, R. S., Souza, S. R. R. K., Aldrighi J. D., Wall, M. L., & Cancela, F. Z. V. (2016) Puerperal women's perceptions about episiotomy. *Cogitare enferm.* 21 (3), 1-8. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.44060>.

Dodou, H. D., Sousa, A. A. S., Barbosa, E. M. G., & Rodrigues, D. P. (2017) Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. *Cad. Saúde Col.*, 25 (3), 332-338. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/2017/nahead/1414-462-1414462X2017000300.pdf>.

Duarte, M. R., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Souza, K. V., Pereira, A. V., & Pimentel, M. M. (2019) Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. *Cogitare enferm.* 24, e 54164. Recuperado de http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362019000100318.

Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo D. G. (2011) Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. 27 (2), 388-394. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.

Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garnner, P. (2017) Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2, CD000081. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>.

Lansky, S., Friche, A. A. L., Silva, A. A. M., Campos, D., Bittencourt, S. D. A., Carvalho, M. L.; Frias, P. G., Cavalcante, R. S., & Cunha, A. J. L. A. (2014) Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*. (1) 30, 192-207. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024.

Melo, A. A., Diaz, C. M. G., Zamberlan, C., Antunes, B., Marques, C. T., Silveira, G. B., & Pinheiro, B. F. Perfil de atenção ao parto em maternidade de risco habitual: tipo de parto e intervenções. *Research, Society and Development*. 9 (2), 1-10. Recuperado de file:///D:/Documentos/Downloads/Perfil_de_atencao_ao_parto_em_maternidade_de_risco.pdf

Melo, B. M., Gomes, L. B. S., Henriques, A. C. P. T., Lima, S. K. M., & Damasceno, A. C. K. (2017) Implementação das boas práticas na atenção do parto em maternidade de referência. *Rev. Rene*. 18 (3), 376-382. Recuperado de <https://periodicos.ufc.br/rene/article/view/20065>.

Organização Mundial da Saúde. (2016) Relatório De Um Grupo Técnico. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS. Recuperado de http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf

Reis, T. L. R., Paidon, S. M. M., Toebe, T. F. P., Paula, C. C., & Quadros, J. S. (2017) Autonomia feminina no processo de parto e nascimento. *Ver. Gaúcha Enferm*. 38 (1), 1-8. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>.

Roy, M. E. R., Moreno, A. C., & Jimeno, J. F. (2014) Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Medicina Naturista*,

8 (3), 2330. Recuperado de <file:///C:/Users/Cynthia/Downloads/DialnetLasPosturasDeLaMujerEnElPartoEnFaseDeExpulsivo-4560683.pdf>.

Sarris, A. B., Filho Pucci, C. R., Dobis Grick, C., Galvão, L. C., & Souza R. D. (2017) O papel do médico na visão da sociedade do século XXI: o que realmente importa ao paciente? Visão acadêmica. 18 (1), 97-108. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5380/acd.v18i1.51737>.

Silva, S., Nucci, M., Nakano, A. R., & Teixeira, L. (2019) “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. Saúde Soc. 28 (3), 171 - 187. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180819> .

Sousa, E. N. S., Aguiar, M. M. G., & Silva, B. S. M. (2105) Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência à parturiente em trabalho de parto. Rev. Enfermagem Revista. 18 (2), 42-56. Recuperado de <https://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11963>.

Teixeira, S. V. B., Silva, C. F. C. S., Silva, L. R., Rocha, C. R., Nunes, J. F. S., & Spindola, T. (2018) Vivências no processo de parturição: antagonismo entre o desejo e o medo. Rev. Fun. Care. Online. 10 (4), 1103-1110. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1103-1110>.

Torres, M., Vinagre, C., Godinho, A. B., Casal, E., & Pereira, A. (2018) Evidence in the maternal position in the second stage of labor. Acta. Obstet. Ginecol. Port. 12 (4), 277-283. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164658302018000400005&lng=pt.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Amanda Nunes Oliveira – 20%

Vanessa Curitiba Felix – 20%

Fernanda Campos da Silva – 15%

Cristiane Rodrigues da Rocha – 15%

Selma Villas Boas Teixeira – 15%

Leila Rangel da Silva – 15%