

**FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE
DO NORTE
CURSO ENFERMAGEM**

DIANY IDYLA ALVES DA CUNHA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA ASSISTÊNCIA À MULHER NO
PERÍODO DE PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO IMEDIATO.**

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA ASSISTÊNCIA À MULHER NO
PERÍODO DE PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO IMEDIATO.**

*Monografia apresentada à Faculdade Natalense
para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte
(FARN) como requisito parcial para obtenção do
grau de Bacharel em enfermagem.*

Orientador (a): Prof. (MSc.) Marlene G. de Araújo.

NATAL - RN

2009

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA ASSISTÊNCIA À MULHER NO
PERÍODO DE PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO IMEDIATO.

DIANY IDYLA ALVES DA CUNHA

Monografia apresentada em _____ como requisito para obtenção do grau de bacharel em enfermagem na Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN.

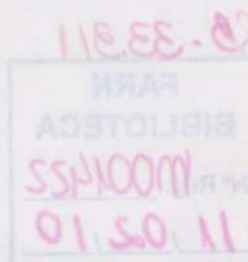
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA ASSISTÊNCIA À MULHER NO
PERÍODO DE PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO IMEDIATO.

Monografia apresentada a Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

Orientador (a): Prof^a (MSC). Mariluce O. de Araujo.

NATAL - RN

20



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Cunha, Diany Idyla Alves da

Atuação do enfermeiro obstetra na assistência à mulher no período de pré-parto, parto e puerpério imediato: uma revisão de literatura / Diany Idyla Alves da Cunha. – Natal: FARN, 2009.
xxf.

Orientador: Mariluce O. de Araújo (Msc.)

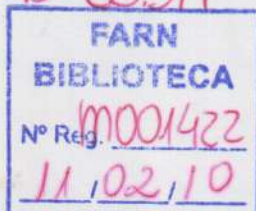
Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Gravidez – Monografia. 2. Enfermeiro Obstetra – Monografia. 3. Parto Humanizado – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 613.88

Diany Idyla Alves da Cunha



618.2
C977
2009
ex.01

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA ASSISTÊNCIA À MULHER NO
PERÍODO DE PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO IMEDIATO.

Monografia aprovada em _____, _____, _____ como requisito para obtenção do grau de bacharel em enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN.

Msc. Mariluce Oliveira de Araújo.

Orientadora

Profa. Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira

Membro examinador

Germiniana Maria Pacheco Dutra cariello

Membro Examinador

DEDICATÓRIA

Agradeço ao meu DEUS por ter me proporcionado todos os instrumentos para que eu pudesse concluir o curso de graduação, por toda a saúde, amor e cuidado que Ele tem a leve pela minha vida, colocando pessoas ao meu redor para me ajudar e sempre seguir em frente.

Agradeço também a minha "MÃE" meu modelo a ser seguido, que sempre lutou para que eu conseguisse ser o melhor e para que eu pudesse chegar até o fim dessa nova etapa da minha vida. Obrigada mãe!!!!

Agradeço a minha professora MARILUCE, minha orientadora, por toda a paciência que teve ao ajudar a realizar este trabalho.

Agradeço as minhas amigas AMIGAS, Adriana Carla, Gabriela Miranda e Camila Wanderley, pelo companheirismo, amizade e simpatia. Encorajando-me nos momentos e dificuldades.

Dedico a realização desse trabalho e formação como enfermeira, a minha mãe maravilhosa Janisia Maria Alves, a responsável pela minha entrada, continuidade e término na graduação, pois sempre me incentivou a estudar bastante e dar continuidade a minha vida

profissional. Enfrentou ao meu lado todas as dificuldades encontradas e nunca me deixou desanimar ou desistir; investiu cada centavo para que eu concluísse o curso de Enfermagem, embora muitas vezes isso fosse um sacrifício. A Ela, meu modelo a ser seguido, que durante toda minha vida, desde quando eu ainda estava em seu ventre, enfrentou difíceis momentos e me ensinou a ser melhor, humana, sensível, batalhadora e guerreira, dando o seu "suor" para que eu conseguisse ser o que eu sou hoje e o que eu ainda vou conseguir ser, é que ofereço essa vitória. É para a senhora mainhaaaa!!! E dedico principalmente ao

meu Deus, que "A" escolheu para ser minha mãe, me abençoando a cada dia. Além de sempre nos dar condições para seguir em frente, suprimindo todas as nossas necessidades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu DEUS por ter me proporcionado todos os instrumentos para que eu pudesse concluir o curso de graduação, por toda a saúde, amor e cuidado que Ele tem e teve pela minha vida, colocando pessoas ao meu redor para me ajudar e sempre seguir em frente.

Agradeço também a minha "MAINHA", meu modelo a ser seguido, que sempre lutou para que eu conseguisse ter o melhor e para que eu pudesse chegar até o fim nessa nova etapa da minha vida. Obrigada mainha!!!

Agradeço a senhora, professora MARILUCE, minha orientadora, por toda a paciência que teve, me ajudando a realizar este trabalho.

Agradeço as minhas lindas AMIGAS, Adriana Carla, Gabrielle Miranda e Camila Wanderley, pelo companheirismo, amizade e cumplicidade. Encorajando-me nas noites e madrugadas de estudo, com um total de quatro anos de muito esforço e correria, mas CONSEGUIMOS chegar lá!!! VIVAAAA!!! MUITO OBRIGADA AMIGAS!!!!!!

RESUMO

A gravidez é um período de mudanças e adaptações, tanto fisiológicas como sociais, onde a mulher e sua família são os principais protagonistas dessa nova etapa a espera de um novo membro da família. Neste período, a mulher passa por todo um processo de mudanças, no qual acarreta diversas alterações físicas, hormonais e psicológicas, que a preparam para o nascimento do bebê. Assistir às mulheres no momento do parto e nascimento com segurança e dignidade é um dos compromissos preconizados pelo Ministério da Saúde, através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento que convoca o Estado, Municípios e os Serviços de Saúde à cumprirem seu papel, proporcionando a cada mulher o seu direito de cidadania mais básico e sublime, que é dar a luz com dignidade, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade. Diante desse contexto, destaca-se a "importância da participação do Enfermeiro Obstetra dentre os profissionais que prestam cuidado as gestantes e às suas famílias", podendo contribuir significativamente para a diminuição dos índices de mortalidade materna e perinatal. O papel do enfermeiro consiste em prestar os cuidados necessários para a mãe e criança, enfocando informações precisas sobre o parto e puerpério, que minimizem os anseios e medos da cliente promovendo um ambiente saudável para a adaptação física e emocional da mulher. O presente trabalho teve como objetivo, Analisar a atuação do enfermeiro obstetra na assistência prestada à mulher no período de pré-parto, parto e puerpério imediato, através de uma revisão de literatura com investigação e análise crítica das literaturas produzidas no período de 2003 a 2008. Foi detectado que o enfermeiro obstetra atuante de uma unidade de parto normal consegue atingir os requisitos preconizados pelo ministério de saúde através da aplicação do parto humanizado; orientando e instruindo a parturiente a ser a verdadeira protagonista desse processo e incentivando a participação efetiva do acompanhante; aplicando técnicas não farmacológicas para alívio da dor, visando seu bem está físico, como também, favorecendo o contato da mãe com o bebê após o período impulsivo e ao aleitamento materno. Diante deste contexto, constata-se que há mudanças do modelo tecnicista para o modelo de parto humanizado, através do resgate do parto natural e estímulo da atuação da enfermeira obstetra na assistência à gestação e parto. Tal mudança prova que, o parto natural pode ser realizado de forma desmistificada e segura, onde o enfermeiro obstetra será o facilitador deste processo, com base no cuidado humanizado. Atuação que contribui para a redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal; Fortalece o vínculo Mãe/Família/Recém Nascido através do incentivo da participação do acompanhante em todo o processo de parto; além de diminuir as taxas de cesarianas ou uso de tecnologias desnecessárias.

PALAVRAS CHAVE: Enfermeiro Obstetra, Parturiente, Parto Humanizado.

ABSTRACT

Pregnancy is a period of changes and adaptations, both physiological and social, where the woman and her family are the main protagonists of this new stage waiting for a new family member. In this period, the woman goes through a process of change, which involves several physical changes, hormonal and psychological, that prepares for the birth of the baby. Watching the women at delivery and birth in safety and dignity is one of the commitments established by the Ministry of Health, through the Program for Humanization of Prenatal and Birth to convene the state, municipalities and health services to fulfill its role, giving every woman the right to citizenship most basic and sublime, which is to give birth with dignity, receiving a humanized and good quality. Given this context, we highlight the "importance of the participation of the Nurse Midwife among professionals who provide care to pregnant women and their families, can contribute significantly to reducing rates of maternal and perinatal mortality. The nurse's role is to provide the necessary care for mother and child, focusing on accurate information about childbirth and postpartum period, to minimize the anxieties and fears of the client promoting a healthy environment for the physical and emotional adjustment of women. This study aimed to analyze the role of a nurse midwife in the care provided to women in the pre-natal, childbirth and postpartum, through a literature review with investigation and review of literature produced in the period of 2003 to 2008. It was found that the obstetric nurse acting in a normal delivery unit can meet the requirements recommended by the Health Ministry through the application of humanized delivery, guiding and instructing the woman in labor to be the true protagonist of this process and encouraging the effective participation of the patient; applying non-pharmacological techniques for pain relief, for your well is physical, but also by favoring the contact between the mother and baby after the impulsive period and breastfeeding. Given this context, it appears that there are changes in the technical model for humanizing delivery model, through the redemption of natural childbirth and stimulate the activity of the nurse's care during pregnancy and delivery. This change proves that natural childbirth can be accomplished in a demystified and safe, where the nurse midwife will be the facilitator of this process, based on humanized care. Performance that contributes to the reduction of morbidity and mortality rates and maternal mortality; strengthens the bond Mother / Family / Newborn by encouraging the involvement of the companion in the process of delivery, in addition to reducing cesarean rates or unnecessary use of technology.

Key words: Nurse Midwife, Parturiente, Humanizing Delivery.

1 INTRODUÇÃO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivo Geral.....	13
2.2 Objetivo Específico.....	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
4 METODOLOGIA.....	24
5 ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA NO PROCESSO DO PARTO NORMAL SEM DISTORCIA.....	25
CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um período de mudanças e adaptações, tanto fisiológicas como sociais, onde a mulher e sua família são os principais protagonistas dessa nova etapa a espera de um novo membro da família, que mudará todo ritmo dos que estão envolvidos, como a mãe, o pai, os irmãos, avós e outros familiares. Neste período, a mulher passa por todo um processo de mudanças que se iniciam com a implantação do ovo já fecundado no útero, o qual acarreta diversas alterações físicas, hormonais e psicológicas, que a preparam para o nascimento do bebê.

Tais alterações ocorrem devido à atividade dos hormônios da gravidez e dos efeitos da pressão mecânica, decorrente do aumento do útero e de outros tecidos. Com o passar dos meses (aproximadamente 42 semanas gestacionais) o organismo feminino sofre profundas alterações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas em quase todos os órgãos e sistemas, as quais têm como finalidade a adaptação, a manutenção e desenvolvimento harmônico da gestação, fazendo com que a mãe e o feto formam uma unidade fisiológica com um meio interno incomum.

Para Barros (2006), Soares (2002) e Monticelli (2002), ocorrem mudanças durante os nove meses de gestação, nos seguintes sistemas: reprodutor, excretor, cardiovascular, renal, respiratório tegumentar, musculoesquelético, neurológico e gastrointestinal. Nesta fase, surgem os desejos inexplicáveis por mistura de alimentos não comumente ingeridos; enjôos; azia; estrias na barriga; maior produção de secreção cervical; transformação das mamas normais para mamas grávidas para produção de leite materno; volume sanguíneo e frequência cardíaca aumentadas; aumento do débito cardíaco associado a uma redução na resistência vascular periférica decorrente do aumento dos batimentos cardíacos; maior frequência urinária resultando da elevada sensibilidade da bexiga e mais tarde de sua compressão pela expansão uterina; aumento da exigência de oxigênio materno em resposta à aceleração do metabolismo e a hipertrofia dos tecidos uterinos e mamários, uma vez que o feto necessita receber oxigênio e eliminar gás carbônico através da mãe; e ainda elevação dos níveis de ansiedade e sensibilidade, entre outros sintomas.

Com o passar dos anos, o processo natural do parto deixou de ser visto como um processo normal de forma saudável para ser visto como algo negativa de forma doente e arriscada. Para Castro (2005) o parto natural adquiriu um perfil patológico, privilegiando a técnica medicalizada e despersonalizada, em detrimento do estímulo, apoio e carinho à mulher que vivencia essa experiência.

Visto isso é notável a necessidade de mudança dessa visão, sabendo que assistir às mulheres no momento do parto e nascimento com segurança e dignidade segundo Brasil (2001) é um dos compromissos preconizados pelo Ministério da Saúde, através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, estabelecendo através deste programa diretrizes que devem ser postas em pratica a partir da convocação do Estado, Municípios e os Serviços de Saúde para cumprirem seu papel, proporcionando a cada mulher o seu direito de cidadania mais básico e sublime, que é dar a luz com dignidade, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade.

Nota-se a necessidade de um acompanhamento adequado à essa mulher a fim de que os responsáveis por essa assistência possam, avaliar o desenvolvimento da gravidez e identificar sinais e sintomas de anormalidades que podem ser precocemente detectados, evitando a ocorrência de complicações no período de pré-natal, no trabalho de parto e no puerpério.

Necessidade enfatizada por Brasil (2006) quando defende que os profissionais de saúde são os coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel, tendo a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê; reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos, podendo minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a nascer. Precisam lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência dessa responsabilidade e ainda diz que, é dever dos serviços de saúde e de seus profissionais, acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização.

A assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, da qual fazem parte o Enfermeiro, a Obstetriz e a Parteira, respeitando suas formações e graus de competência, dispostos no artigo 2º, parágrafo único, da LEI Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, a

qual regulamenta o Exercício Profissional, no seu artigo 11, segundo Brasil (2004) e Ribeiro et al (2003), legitima o Enfermeiro a acompanhar a gestante no processo e evolução do parto bem como a “execução” do parto normal sem distócia ou mesmo sua identificação buscando a não supervalorização da técnica do nascimento, mas sim a promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação da parturiente, priorizando sua dignidade sobre os aspectos psicológicos, emocionais, sociais e culturais.

Vendo a necessidade de modificação na realidade vivida nos dias atuais a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e outros órgãos não-governamentais, têm proposto mudanças nessa assistência, incluindo o resgate do parto natural, com estímulo da atuação da enfermeira obstetra na assistência à gestação e parto.

Barros (2006) mostra que a Lei do exercício profissional de Enfermagem no Brasil torna o Enfermeiro legalmente competente para realizar consulta de enfermagem à mulher durante a gestação, solicitar exames de rotina e complementares e prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Diante desse contexto, destaca-se a “importância da participação do Enfermeiro dentre os profissionais que prestam cuidado de saúde as gestantes e às suas famílias”, podendo contribuir significativamente para a diminuição dos índices de mortalidade materna e perinatal.

Soler (2006) ainda afirma que o Ministério da Saúde do Brasil, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), tem valorizado a formação de enfermeiros obstetras, visando diminuir as taxas de cesarianas e contribuir para a humanização da prática obstétrica. Também são necessárias mais pesquisas que subsidiem mudanças na assistência obstétrica, na formação mais qualificada e atuação mais efetiva de enfermeiros obstetras, na alteração de comportamento profissional e institucional, visando não só diminuir os índices de cesarianas, mas também para permitir que a mulher seja a protagonista no processo do nascimento, levando em conta seu direito de vivenciar uma maternidade segura e prazerosa.

Tanto as recomendações da OMS, do Ministério da Saúde quanto a Lei do Exercício Profissional, foram reafirmadas a partir da aprovação pelo plenário do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 23 de julho de 2008, normatizando

a atuação e responsabilidade civil do enfermeiro obstetra nos Centros de Parto normal ou Casas de Partos.

Soler (2006) relata que ao Profissional Enfermeiro Obstetra, atuando no Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, ficam conferidas as seguintes atribuições, de acordo a resolução nº 339/2008: Acolher a mulher e seus familiares no ciclo gravídico-puerperal e avaliar todas as condições de saúde materna, assim como a do feto; garantir o atendimento à mulher no pré-natal e puerpério por meio da consulta de enfermagem; desenvolver atividades sócio-educativas e de humanização, fundadas nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania; garantir a presença de acompanhante(s), da estrita escolha da mulher, desde o pré-natal, até a sua alta, ao final dos procedimento.

Assim, o papel do enfermeiro consiste em prestar os cuidados necessários para a mãe e criança, enfocando informações precisas sobre o parto, o puerpério, e puericultura, que minimizem os anseios e medos da cliente e que promovam um ambiente saudável para a adaptação física e emocional da mulher, da sua condição de gestante para a nova condição de puérpera.

Para Nascimento, Santos e Souza (1997), a gestação, o parto e o puerpério são acontecimentos marcantes na vida da mulher, que podem deixar saldos negativos, em conseqüente de uma má assistência, podendo desencadear nessa mulher o medo de ficar grávida outra vez, a depressão pós-parto, a rejeição ao filho e a frigidez; essa mulher mal assistida poderá passar para as outras suas vivências negativas através de relatos, o que pode gerar uma transmissão de medos, incertezas e de outros componentes que causem danos a ela.

Assim, o enfermeiro ao prestar a assistência devida, torna-se um importante condutor de uma boa experiência de parturição da mulher implementando, inclusive alguns elementos subjetivos do cuidado interativo entre enfermeira-parturiente, como dar atenção, demonstrar paciência, dar apoio físico e emocional e conversar com as parturientes e puérperas, visando à adaptação materna às situações transitórias do parto e do puerpério, transmitindo a tranquilidade necessária durante o processo de nascimento e informações seguras para o desempenho da maternidade.

Baseado neste contexto e nos conhecimentos adquiridos em sala de aula identifica-se a importância do acompanhamento do enfermeiro obstetra à mulher no período de parturição, o qual somado a outras medidas, contribui positivamente na redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal. Todos esses fatores

geraram o interesse pelo assunto em pauta e instigou a investigar se a assistência prestada pelo enfermeiro obstetra à mulher no período do pré-parto, parto e puerpério, é aquela preconizada no Programa de Humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde.

Visto isso presente trabalho foi realizado como uma revisão de literatura com foco na atuação do enfermeiro obstetra na assistência à mulher no período de pré-parto, parto e pós-parto imediato dentro da realidade do que se é preconizado e dessa atuação dentro do estado do Rio Grande do Norte.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as atribuições e ações do enfermeiro obstetra à mulher no período do pré-parto, parto e pós-parto imediato;
- Comparar a abordagem de atenção ao pré-parto, parto e pós-parto imediato realizada pelo enfermeiro com a abordagem que é preconizada de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

2 OBJETIVOS AL TEÓRICO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a atuação do enfermeiro obstetra na assistência prestada à mulher no período de pré-parto, parto e puerpério imediato, fundamentado em uma revisão de literatura no intervalo de 2003 à 2008.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as atribuições e ações do enfermeiro, ofertada à mulher no período do pré-parto parto e puerpério imediato;
- Comparar a abordagem de atenção ao pré-parto, parto e pós-parto imediato, realizada pelo enfermeiro com a abordagem que é preconizada de acordo com os protocolos do ministério da saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Conforme Aquino (2003), o desenvolvimento do conhecimento da fisiopatologia e progressão do avanço tecnológico, a obstetrícia se afastou de sua visão inicial, o acompanhamento lado a lado com a parturiente.

Estudos nos mostram a alta adesão aos partos de ação passiva mostrando-nos altos índices de cesarianas sem maiores ou significativas indicações, devido a comodidade do profissional médico que realiza o procedimento de parto, tornando-o livre de um maior desenvolvimento do “trabalho” como também o acompanhamento lado a lado com a parturiente na atividade do parto normal, escolha que nem sempre é a melhor opção para o nascer saudável nem a uma recuperação adequada para a puérpera.

Aquino (2003) ainda reforça que na prática obstétrica atual, a atenção dispensada à mulher como ser humano encontra-se distante de ser vivenciada, pois, na maioria das vezes, esta tem uma atitude de passividade, em contraposição à postura da equipe profissional e principalmente, do profissional médico.

Com o passar dos anos, o ato fisiológico de parir e nascer passou a ser visto como patológico, privilegiando a técnica medicalizada e despersonalizada, em detrimento do estímulo, apoio e carinho à mulher que vivencia essa experiência. Castro (2005) afirma que a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e outros órgãos não-governamentais preocupados com tal situação têm proposto mudanças nessa assistência, incluindo o resgate do parto natural, com estímulo da atuação da enfermeira obstetra na assistência à gestação e parto.

Figueiredo (2005) diz que a gravidez é um evento social que envolve vários atores. É um momento especial na vida da mulher, de seu parceiro e da família. A gestação constitui uma experiência humana das mais belas, e se bem acompanhada, torna-se a realização de um sonho para a maioria das mulheres.

As alterações físicas na mulher ocorrem devido à atividade dos hormônios da gravidez e dos efeitos da pressão mecânica, decorrente do aumento do útero e de outros tecidos. Com o passar dos meses (aproximadamente 42 semanas gestacionais) o organismo feminino sofre profundas alterações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas em quase todos os órgãos e sistemas, as quais têm como finalidade a adaptação, a manutenção e desenvolvimento harmônico da gestação,

fazendo com que a mãe e o feto formam uma unidade fisiológica com um meio interno incomum.

Ao engravidar a mulher passa por alterações morfo-funcionais relevantes tais como:

- ÚTERO

Na gestação o útero tem a capacidade de aumentar de tamanho e regressar ao seu tamanho habitual após o parto. Na mulher não grávida, o útero é uma estrutura quase maciça com cerca de 70g e um lúmen com cerca de 10mL de volume. Durante a gravidez, o útero transforma-se numa cavidade de parede fina capaz de comportar o feto, a placenta e o líquido amniótico.

Barros (2006) relata quanto a posição, que o útero não grávido é de anteversoflexão e intrapélvico, e que com a evolução da gravidez, o útero desloca-se para a direita em dextrorrotação.

Durante as primeiras semanas da gravidez, o útero mantém a sua configuração piriforme, mas com o avanço da gravidez o *corpo* e *fundo* assumem uma configuração globular tornando-se quase esféricos. Pelo fim da 12ª semana, o útero torna-se crescido o bastante para ficar contido na cavidade pélvica e continua a crescer, contacta com a parede abdominal anterior, desloca o intestino lateral e superiormente continuando a ascender, atingindo o fígado e ainda aumenta a tensão exercida sobre os ligamentos largos e redondos, coluna vertebral e grandes vasos. Com o desenvolvimento na cavidade pélvica, o útero sofre geralmente uma rotação para a direita (SOARES, 2002, p.6).

No que se refere a vascularização, Barros (2006) relata que o suprimento sanguíneo do útero aumenta de vinte a quarenta vezes de tamanho, muito provavelmente por causa do aumento de estrógeno e da progesterona e as veias uterinas aumentam de diâmetro proporcionando uma drenagem venosa adequada para o fluxo sanguíneo uteroplacentário.

Segundo Soares (2002) durante a gravidez existe um amolecimento e cianose pronunciados do colo uterino, surgindo um mês após a concepção, decorrentes do aumento da vascularização e edema de todo o colo uterino, bem como a hipertrofia e hiperplasia das glândulas cervicais, onde metade da massa cervical é formada pela proliferação dessas glândulas. Logo após a concepção, forma-se um "rolhão" de muco muito espesso que leva à obstrução do canal cervical. No início do trabalho de parto, este rolhão mucoso é expulso.

• OVÁRIOS E TUBAS UTERINAS

Por causa da embebição gravídica (atividade retentora de líquidos) e do aumento da vascularização, há o aumento do tamanho dos ovários e das tubas uterinas de forma discreta. Novos folículos advindos dos ovários têm seu desenvolvimento inibido, e a maturação do corpo lúteo é a responsável pela manutenção da gestação nas primeiras semanas. Em razão do crescimento do útero, os ovários e as tubas uterinas são elevados, sofrendo assim alterações na sua posição.

• VULVA E VAGINA

Soares (2002) nos leva a entender que na região de vulva e vagina ocorre o aumento da vascularização e hiperemia da pele e músculos, amolecimento do abundante tecido conjuntivo, bem como maior produção de secreções cervicais e vaginais que consistem um muco espesso, de coloração branca, com pH ácido resultante de um aumento da produção de ácido láctico a partir do glicogênio do epitélio vaginal por ação do *Lactobacillus acidophilus*; já nas paredes da vagina ocorre o aumento da espessura da mucosa, hipertrofia das células musculares lisas e formação de tecido conjuntivo mais frouxo, com o sentido da preparação para a distensão que ocorre durante o parto.

• MAMAS

O desenvolvimento das mamas na gestação está sob o controle hormonal (estrógeno, progesterona, somatotropina, prolactina), as modificações mamárias são notados a partir das primeiras semanas da gravidez:

Com o desenvolvimento da gravidez, Barros (2006) afirma que as mamas aumentam de tamanho e vascularização, além de sofrerem alterações em sua consciência, sensibilidade elevada, sensação dolorosa de plenitude ou de peso, só regredindo aproximadamente na décima semana de gestação. Já os mamilos e as aréolas ficam maiores e com coloração escurecida, com o objetivo de preparar as mamas para o aleitamento materno, ainda as aréolas têm suas glândulas sebáceas hipertrofiadas e salientes, conhecidas por tubérculo de Montgomery, que

desempenham papel de proteção, mantendo os mamilos lubrificados para a amamentação.

- **SISTEMA CARDIOVASCULAR**

Neste sistema, Soares (2002) nos mostra que há um aumento da volemia induzindo as adaptações morfológicas do coração e grandes vasos; o miocárdio sofre hipertrofia e aumento da contratilidade; o diâmetro do átrio esquerdo aumenta paralelamente à volemia, desde as primeiras semanas de gestação até atingir um máximo pelas 30 semanas; o débito cardíaco aumenta cerca de 40% durante a gravidez, atingindo um valor máximo às 20-24 semanas; a pressão arterial sistêmica diminui ligeiramente durante a gravidez, logo desde as primeiras semanas.

- **SISTEMA RENAL**

Barros (2006) relata que a função renal sofre influência do aumento da volemia materna e da redução da resistência vascular, ocasionando um aumento de até 50% na taxa de filtração glomerular e no fluxo renal; anatomicamente a estrutura renal sofre alteração hormonal pela ação do estrógeno e da progesterona; o rim aumenta aproximadamente um centímetro na gravidez; a maior frequência urinária é resultado, inicialmente, do aumento da sensibilidade da bexiga e, mais tarde, da compressão da bexiga.

- **SISTEMA RESPIRATÓRIO**

No que se diz respeito à capacidade pulmonar total, há uma diminuição (4 a 5%) pela elevação do diafragma; segundo Soares (2002) o volume de ar corrente aumenta progressivamente ao longo da gravidez (35-50%) enquanto que o volume residual, a capacidade residual funcional e o volume de reserva expiratória diminuem (~20%); a capacidade inspiratória aumenta 5 a 10%; em termos de alterações funcionais acresce um ligeiro aumento da frequência respiratória e um aumento progressivo do consumo de oxigênio que poderá atingir os 15-20% devido ao aumento das necessidades metabólicas da mãe e feto.

- **SISTEMA NERVOSO**

Barros (2006) relata que a gestante apresenta muitas manifestações suscetíveis de serem atribuídas ao sistema nervoso central, como distúrbios

passageiros nas funções motoras e/ou sensitivas, como tremores, contraturas, hiperemese, entre outras. Ainda relata que as alterações fisiológicas específicas, resultantes da gestação, podem comprimir os nervos pélvicos por causa do aumento do útero, alterando a sensibilidade dos membros inferiores. Outra alteração é a de dor lombar, causada pela compressão das raízes nervosas.

• SISTEMA GASTROINTESTINAL

Neste sistema Soares (2002) relata que as necessidades nutricionais são aumentadas durante a gravidez, o apetite está geralmente aumentado; as náuseas e os vômitos são sintomas comuns; as gengivas tornam-se hipertróficas e hiperemicas, podendo sangrar facilmente; a mobilidade gastro-esofágica, intestinal e biliar, bem como a tonicidade dos esfíncteres, diminuem; produção gástrica de ácido clorídrico é variável e, por vezes, exagerada, contudo, o mais habitual é haver uma redução da acidez.

Neste contexto Brasil (2001) defende que a assistência às mulheres no momento do parto e nascimento com segurança e dignidade é um dos compromissos preconizados pelo Ministério da Saúde, através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Este Programa estabelece diretrizes que devem ser observadas, ao mesmo tempo que convoca o Estado, Municípios e os Serviços de Saúde à cumprirem seu papel, proporcionando a cada mulher o seu direito de cidadania mais básico e sublime, que é dar a luz com dignidade, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade.

Mezomo (2001) diz que a humanização, de fato, não é apenas um conceito, e uma filosofia de ação solidária. É uma presença, é a mão estendida. É o silêncio que comunica. É a lágrima enxugada. É o sorriso que apóia. É a dúvida desfeita. É a confiança restabelecida. É a informação que esclarece. É o conforto na despedida.

A humanização do parto em sua forma mais simples, trata o respeito à individualidade da puérpera valorizando-a como protagonista desse processo, permitindo a adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões, criando condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas e biológicas.

Para Soler (2006) nota-ser que vários autores em todo o mundo têm destacado que a assistência obstétrica humanizada deve respeitar a dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle sobre a situação, visando o bem estar físico

e emocional de mãe e filho, como também, dar condições efetivas para que outros profissionais capacitados como o enfermeiro especializado na área, possam realizar partos normais sem distorcia com baixo risco obstétrico.

Segundo Garcés [2007] a enfermeira é quem promove as atividades da assistência primária, secundária e terciária direcionadas à mãe e ao feto, para que haja uma gravidez sem risco.

Brasil (2006) relata, é de fundamental importância que os profissionais envolvidos no trabalho de parto construam um laço de confiança a partir do diálogo com a mulher e seu acompanhante durante qualquer procedimento realizado, incentivando-os, orientando-os e esclarecendo-lhes dúvidas e temores dessa nova fase, além de explicar as etapas do parto e suas possíveis alterações, adotando medidas para o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho, e a participação nas decisões sobre o nascimento.

Acredita-se, então, que a mulher necessita de uma assistência de enfermagem condizente com suas necessidades biopsicossociais, desde sua admissão na sala de parto até sua alta hospitalar e que seja extensiva ao domicílio, para uma adaptação ao novo papel materno, que geralmente permeia a mulher de dúvidas, dificuldades e insegurança no seu desempenho. Segundo Soares e Silva (2002), o cuidado interativo não representa apenas a presteza técnica do profissional durante a assistência ao parto e aos eventos evolutivos do puerpério, mas esse cuidado deve ser mais amplo, envolvendo a atenção aos aspectos subjetivos maternos, indo além da dimensão obstétrica.

Castro (2005) relata que há uma preocupação da Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e outros órgãos não-governamentais a respeito desta situação, onde têm proposto mudanças nessa assistência, incluindo o resgate do parto natural, com estímulo da atuação da enfermeira obstetra na assistência à gestação e parto.

O papel de educador requer do enfermeiro um potencial de visualizar a mulher como um ser humano e também capaz de redefinir seu modo de agir e superar expectativas. Ambos poderão promover a saúde com o estímulo ao auto cuidado, com vistas à melhoria das condições do parto, redução das incertezas e desenvolvimento de ações que transmitam segurança.

Soler (2006) relata que ao Profissional Enfermeiro Obstetra, atuando no Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, ficam conferidas as seguintes atribuições,

de acordo a resolução nº 339/2008: Acolher a mulher e seus familiares no ciclo gravídico-puerperal e avaliar todas as condições de saúde materna, assim como a do feto; garantir o atendimento à mulher no pré-natal e puerpério por meio da consulta de enfermagem; desenvolver atividades sócio-educativas e de humanização, fundadas nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania; garantir a presença de acompanhante(s), da estrita escolha da mulher, desde o pré-natal, até a sua alta, ao final dos procedimento.

Como também o código de ética dos profissionais de Enfermagem afirma que no seu artigo 1º e 3º, a Lei do Exercício Profissional no seu artigo 1º e a Resolução de nº 223 do Conselho Federal de Enfermagem-COFEn, reiteram que o enfermeiro obstetra está ética e legalmente capacitado à realizar o parto normal .

Assim, o enfermeiro ao prestar a assistência devida, torna-se um importante condutor de uma boa experiência de parturição da mulher implementando, inclusive alguns elementos subjetivos do cuidado interativo entre enfermeira-parturiente, como dar atenção, demonstrar paciência, dar apoio físico e emocional e conversar com as parturientes e puérperas, visando à adaptação materna às situações transitórias do parto e do puerpério, transmitindo a tranquilidade necessária durante o processo de nascimento e informações seguras para o desempenho da maternidade.

A pesquisa tem como enfoque o desenvolvimento do parto normal tendo como profissional em destaque o Enfermeiro Obstetra e sua atuação na assistência à parturiente, caracterizado a seguir:

Figueiredo (2005) afirma que o trabalho de parto é o processo pelo qual o feto é expelido do útero através de contrações regulares e rítmicas da musculatura uterina, no final da gravidez, entre a 37ª e 42ª semana, onde essa etapa é extremamente significativa para a mãe, à criança e a família. Ainda enfatiza que a assistência deve ser realizada por profissionais capacitados que saibam reconhecer as complicações obstétricas e enfrenta-las a tempo, podendo ser uma parteira tradicional, uma enfermeira obstétrica ou um médico; a atitude humana é muito importante para a parturiente que está passando por um momento que se misturam ansiedade e felicidade pelo nascimento do filho, para isso, é imprescindível um ambiente agradável e confortável, o lugar de dar a luz pode ser o domicílio, a casa de parto ou a instituição hospitalar, o importante é que o cuidado seja centrado nas necessidades da mulher e do recém-nascido.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o parto normal é um processo fisiológico, natural e, conseqüentemente, não deve sofrer interferência no seu curso; tem início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento.

O parto pela via vaginal é aquele que acontece dentro do curso normal da natureza e possui variações, sendo apresentadas a seguir:

PERÍODOS CLÍNICOS DO PARTO

No Parto Normal, a parturiente é mantida no leito, com restrição à deambulação, sempre é puncionado um acesso venoso e posicionada em decúbito dorsal, na horizontal, sendo realizada episiotomia como regra para a "proteção" perinatal; Já no Parto Ativo, a parturiente não fica na cama, permanece ativa todo o tempo realizando exercícios (como acocoramento, ajoelhar na cama), o que diferencia do tradicional é que a mulher realiza o controle do seu corpo durante todo o trabalho de parto; no Parto de Cócoras tem origem indígena, auxiliado pela ação da gravidade no trabalho de parto, raramente se é utilizado a episiotomia, pois a musculatura vaginal se abre para todos os lados, ao invés de se abrir somente para um lado como acontece no parto normal tradicional (horizontal) (FIGUEIREDO, 2005, p.154)

Brasil (2006) relata alguns métodos para alívio da dor no momento no trabalho de parto e parto:

- **MÉTODO DE DICK-READ**

Este método orienta sobre a fisiologia do parto, exercícios para a musculatura do períneo e do abdome, e técnicas de relaxamento. Preconiza o aprendizado do relaxamento através da concentração em cada parte do corpo, separadamente, dos pés à cabeça, contraindo e relaxando os músculos.

- **MÉTODO DE BRADLEY**

Tem como principal foco as variáveis ambientais, como a penumbra e o silêncio, para que o parto seja uma experiência o mais natural possível. No início do trabalho de parto a mulher é estimulada a se movimentar livremente. Ao deitar, é orientada a adotar a posição de Sims (decúbito lateral esquerdo, com os braços posicionados de maneira confortável, perna direita ligeiramente mais fletida que a esquerda e apoiada sobre a cama; deve-se colocar um travesseiro sob a cabeça para aumentar o conforto). Durante cada contração, a mulher deve fechar os olhos, relaxar todos os músculos do corpo e respirar lenta e profundamente, o acompanhante é incentivado a colocar a mão sobre abdome da mulher, durante a contração.

- **MÉTODO DE LAMAZE**

É também conhecido como método psico-profilático da dor, onde a mulher pode ser ensinada a substituir suas reações à dor, ao medo e à perda de controle, por um comportamento mais positivo. Atualmente, é o método mais popular para preparação do parto. Nele, são combinados os relaxamentos musculares controlados e as técnicas de respiração.

PERÍODOS CLÍNICOS DO PARTO

O fenômeno do nascimento se inicia através "do trabalho de parto que compreende quatro períodos clínicos: Dilatação, Expulsão, Dequitação e período de Greenbrug ou Puerpério imediato".

Segundo Barros (2006) o período de Dilatação cervical inicia o trabalho de parto podendo atingir preferencialmente uma dilatação total 10 cm, quando o colo uterino é incorporado no seguimento inferior em continuidade com a vagina formando o canal de parto.

Para Figueiredo (2005) o período de Expulsão caracteriza-se pela dilatação completa da cérvix e completa expulsão do feto. A parturiente sente necessidade de fazer uma força como se fosse evacuar, utilizando sua musculatura abdominal para ajudar nas contrações uterinas involuntárias; a medida que o feto desce, a mulher precisa empurrar para baixo, o que é chamado puxo, nesse momento a mulher deve ser orientada para que no momento da contração, inspire, prenda a respiração e, de boca fechada, faça força para baixo na região entre o períneo e o ânus, como se fosse evacuar. Ao examinar o períneo e detectar abaulamento e afinamento, a mulher deve ser transferida para a sala de parto, pois já está na hora do parto.

Os exercícios de relaxamento têm como objetivo permitir que as mulheres reconheçam as partes do corpo e suas sensações segundo Brasil (2006), principalmente as diferenças entre relaxamento e contração, assim como as melhores posições para relaxar e utilizar durante o trabalho de parto.

Para Barros (2006) a Dequitação consiste no descolamento e expulsão da placenta do útero da mulher após o parto através de contrações uterinas indolores, com duração aproximada de cinco a vinte minutos após o nascimento do feto; os sinais de deslocamento são: útero globoso, e lateralizado, com elevação de fundo

uterino; aumento da porção do cordão umbilical que se exterioriza pela vagina; e sangramento vaginal em jorro ou contínuo.

O período de Greenberg compreende a primeira hora depois da saída da placenta com acompanhamento rigoroso da puérpera; após a expulsão da placenta o útero passa por quatro etapas: Miotamponagem é a retração inicial, quando o útero contrai, devendo ser palpado entre a púbis e a cicatriz umbilical; na Trombotamponagem ocorre a formação de trombos com a finalidade da formação de coágulos para que o útero se posicione na altura da cicatriz uterina; a Indiferença miouterina o útero se torna apático e ocorre o risco de encher de sangue devido as contrações e ao relaxamento; Com Contração uterina fixa o útero adquire tônus e se mantém (FIGUEIREDO, 2005, p. 205)

Para Brasil (2001), a atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato é fundamental para a saúde materna e neonatal. Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar.

De acordo com Monticeli (1997), o nascimento é um processo de grandes mudanças físicas, simbólicas e sociais para todos os que estão nele envolvidos. Caracteriza-se como um período liminar, com a função de preparar as mudanças que lhes são inerentes, procurando assegurar a transição ou a travessia para outros momentos do processo de viver. Representa um grande marco do processo de vida, trazendo consigo um novo horizonte existencial que nos leva a questionar o desconhecido e o encantamento da vida.

Ainda, Monticeli (1997) salienta que o enfermeiro deve atualizar e reorganizar seu papel como educador, estimulando os co-participantes do processo a expressar seus sentimentos, suas crenças, seus valores, possibilitando condições para se aprender com as clientes e rever o nascimento como um rito de passagem, que exige uma atitude transformadora que ultrapasse a visão biológica e tradicional, limitada ao cuidar de mulheres e recém-nascidos como se eles estivessem doentes.

3 METODOLOGIA ENFERMEIRA OBSTETRA NO PROCESSO DO PARTO NORMAL SEM DISTORCIA

O presente trabalho tinha a intenção de ser realizado como uma pesquisa empírica com abordagem qualitativa no intuito de avaliar a qualidade da assistência do enfermeiro ao cliente no período de parturição (pré-parto, parto e puerpério imediato) em uma maternidade da cidade do Rio Grande do Norte, com o intuito de estudar a atuação do enfermeiro presente no setor de parto, durante o período de julho a setembro de 2009. Em virtude da dificuldade e falta de tempo encontrados para o trabalho ser avaliado por uma comissão de ética e para a coleta de dados, mudou-se a metodologia para uma revisão de literatura.

Neste intuito, investigar-se-á fazendo uma análise crítica da literatura produzida no período de 2003 à 2008, considerando "a atuação do enfermeiro obstetra na assistência à mulher no período de pré-parto, parto e puerpério imediato".

Aquino (2003) ressalta, que por sua natureza, o processo de nascimento envolve, além das habilidades técnicas e científicas, relações humanas e éticas, sendo todos os envolvidos nesse processo.

Mas com a rápida expansão das técnicas intervencionistas ao parto normal e a praticidade que traz, nem sempre são saudáveis, trouxe para o contexto de parto o modelo técnico, com uma postura passiva adotada pelas mulheres, aumentando o índice de cesáreas desnecessárias. As relações humanas e éticas no processo de nascimento se fragilizaram em decorrência das rotinas hospitalares, assim, a mulher é retirada do centro do processo, sendo-lhe negado o direito de participar livremente.

É notável que a conquista do conhecimento de técnicas intervencionistas para induzir, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico, trouxeram, sem dúvidas, mudanças nas condições do parto, mas desvalorizaram os aspectos fisiológicos e humanos.

Para Aquino (2003), quando essas práticas são adotadas sem críticas e sem controle de utilização, elas são consideradas inúteis, inapropriadas e inadequadas, podendo até mesmo se tornar um risco para a mulher.

4 ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA NO PROCESSO DO PARTO NORMAL SEM DISTORCIA

A enfermeira Obstetra é respaldada e capaz de acompanhar e realizar o parto de baixo risco sem distorcia, segundo a LEI Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que normatiza "o parto normal sem distorcia realizado pelo Enfermeiro Obstetra", objetivando "reconhecer a assistência prestada por essa categoria no contexto da humanização do parto", para isso, deve está devidamente preparada e embasada com o conhecimento científico e vivencia prática.

Neste contexto é de fundamental importância que a Enfermeira Obstetra e sua equipe prestará assistência no acompanhamento à parturiente, além do conhecimento científico, é necessário suporte psíquico e emocional, contato físico, para dividir o medo e a ansiedade para somar forças e estimular positivamente à parturiente no momento do parto, além de um cuidado humanizado.

Aquino (2003) ressalta, que por sua natureza, o processo de nascimento engloba, além das habilidades técnicas e científicas, relações humanas e afetivas entre todos os envolvidos nesse processo.

Mas com a rápida expansão das técnicas intervencionistas ao parto normal e a praticidade que traz, nem sempre tão saudável, trouxe para o contexto de parto o modelo tecnicista, com uma postura passividade adotada pelas mulheres, aumentando o índice de cesarianas desnecessárias. As relações humanas e interpessoais no processo de nascimento se fragilizaram em decorrência das rotinas hospitalares, assim, a mulher é retirada do centro do processo, sendo-lhe negado o direito de participar livremente.

É notável que a conquista do conhecimento de técnicas intervencionistas para iniciar, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico, trouxeram, sem dúvidas, mudanças nas condições do parto, mas desfavoreceram os aspectos fisiológicos e humanos.

Para Aquino (2003), quando essas práticas são adotadas sem críticas e sem critérios de utilização, elas são consideradas inúteis, inoportunas, inadequadas e/ ou desnecessárias, podendo até tornar-se um risco para a mulher.

Castro (2005) relata que há uma preocupação da Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e outros órgãos não-governamentais a respeito desta situação, onde têm proposto mudanças nessa assistência, incluindo o resgate do parto natural, com estímulo da atuação da enfermeira obstetra na assistência à gestação e parto.

Como o surgimento da necessidade de mudança dessa realidade, os órgãos governamentais e não governamentais responsáveis criaram o projeto "Maternidade Segura" e o projeto "Midwifery" entre outros, que tem como objetivo incomum mobilizar profissionais que atuam no cuidado com a mulher e a criança para tomar medidas em prol da redução da mortalidade materna; resgate do parto normal como primeira opção; realização concreta do parto humanizado como correção do modelo tecnicista e resgatando para a mulher um atendimento conforme suas necessidades enquanto ser humano. Coloca a Enfermeira Obstetra como o propiciador, facilitador e incentivador do processo de parto normal humanizado, embora muitas vezes o enfermeiro Obstetra não encontre suporte financeiro para a realização desse parto:

Houve a iniciativa de aumentar o número (ainda insuficiente) de profissionais habilitados para realizar parto normal, através do apoio a cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica, realizados em todo o país. No estado do Rio Grande do Norte ocorreram dois cursos destes. Contudo, não houve seguimento da operacionalização da portaria, pois não tem o repasse financeiro às enfermeiras que realizam os partos, nem tampouco o financiamento dos cursos tiveram continuidade (AQUINO, 2003, p. 28).

A falta de incentivo tem sido um dos motivos pelo qual o projeto "Midwifery" não existir mais dentro de várias maternidades nem tampouco se vê a atuação efetiva do enfermeiro Obstetra na realização do parto normal dentro da cidade de Natal/RN, levando a desmotivação dos atuais e futuros profissionais na atuação desta área.

Esta realidade aponta a necessidade de incentivar a criação de cursos e/ ou capacitações que qualifique adequadamente a atuação do enfermeiro obstetra, enfatizando que o mesmo estará apto e respaldado à realização do processo de parto normal. Tais providências poderiam despertar nos vários níveis de gestão, da política de saúde nacional incentivos, dentre eles o financeiro, para enfermeiros obstetras, pois além da valorização dos mesmos, colaboraria na diminuição da utilização do modelo tecnicista com prática de intervenções medicamentosas e

cesarianas desnecessárias.

Aquino (2003) enfatiza que o uso inapropriado da tecnologia, do saber e a normatização excessiva do serviço também contribuem para diminuir a autonomia do Cidadão/Trabalhador/Mulher, pois há um domínio sobre o outro e uma falta de respeito para com a liberdade, individualidade do ser.

O enfermeiro obstetra tem sua assistência baseada na humanização e enxerga a mulher de forma holística, com o cuidado de observar seus sentimentos, medos, tabus, crenças, como também tranquilizá-la com a chegada do parto.

Barros (2006) defende a importância de se incentivar o parto normal, pois, assim, a criança tem melhor adaptação pós-parto, favorece o vínculo afetivo com sua mãe, o restabelecimento materno é mais rápido e o risco de complicações é menor.

É importante ressaltar que a mulher é o principal instrumento para a atenção na Assistência Obstétrica, sabendo que ela também é colaboradora do bom desenvolvimento do parto, desde que esteja conscientizada da importância de sua colaboração e direitos.

Dessa forma, a mulher parturiente é consciente e capaz de agir sobre a realidade imposta, transformando-a. Esta construção/reconstrução é possível de acontecer quando se permite a autonomia da mulher, dá-se a ela liberdade de participar do processo do nascimento, de conhecer o que está acontecendo com ela, de ser agente, de optar pela posição de parir, de ser acompanhada.

Com a aproximação do trabalho de parto, a mulher torna-se mais sensível, onde os sentimentos positivos como alegria e curiosidade opõem-se aos sentimentos negativos como medo, incerteza e muitas dúvidas, visto isso, é necessário que a equipe e a enfermeira obstetra sejam sensíveis a estes sentimentos e sejam os facilitadores deste processo, dando orientações, esclarecendo dúvidas e ajudando a tranquilizá-la, tornando-a colaboradora no processo do parto.

A mulher tende a relaxar quando recebe atenção e passa a confiar na pessoa que cuida dela, respondendo positivamente às orientações e participando do processo do nascimento. Incentivar a participação de um acompanhante desde o pré-parto permite que a mulher se sinta mais segura e menos solitária neste ambiente para ela desconhecido; mais bem atendida, além de ter maior satisfação em relação ao parto.

Com base nessas considerações, podemos afirmar que a humanização do cuidado com a mulher no parto normal significa tratá-la como ser humano, como cidadão, com direitos e deveres e com identidade própria, além de respeitá-la com sua liberdade de participar do processo de parto, interagir com ela colocando-a no centro do processo. É, sobretudo, intervir com competência profissional, prestando um cuidado de qualidade que gere satisfação e bem-estar utilizando as tecnologias necessárias, sem, no entanto, desrespeitar a fisiologia do processo do parto. Significa, também, tornar a dor amenizada pela gratificação emocional de ser mãe, da proximidade de ver, pegar o filho, amá-lo, amamentá-lo, acariciá-lo. É compreender e respeitar quando, por alguma razão particular, ela não quiser amamentar. É fazê-la sentir-se segura e valorizada.

Quando a mulher entra em trabalho de parto, a enfermeira deve estar atenta aos sinais deste, como perda do tampão mucoso, presença de contrações uterinas com intervalos regulares, esvaecimento e dilatação progressiva do colo uterino, ruptura da "bolsa das águas".

Assim o trabalho de parto caracteriza-se por contrações uterinas regulares de dois a quatro em dez minutos, dilatação do colo uterino 3 a 4 cm e apagamento do colo de 70 a 80%.

O trabalho de parto é dividido clinicamente em quatro fases ou períodos: período de Dilatação, de Expulsão, de Dequitação e período de Greenberg (que nada mais é do que o período de Puerpério Imediato). A enfermeira obstetra e sua equipe neste período devem assistir a parturiente e sua família de forma humanizada, dando-lhes suporte individualizado, proporcionado carinho e atenção; respondendo suas dúvidas de forma clara e acessível.

No Brasil, a competência da Enfermeira em relação à assistência à mulher no processo do parto e nascimento é definida como "o acompanhamento da evolução do trabalho de parto" e "a execução do parto sem distocia" pela Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que regula as atividades do exercício profissional de enfermagem. Essas atividades não são exclusivamente da Enfermeira, mas do profissional integrante da equipe de saúde (BARROS, 2006, p.176).

O período de dilatação inicia o trabalho de parto, está acompanhado do esvaecimento, amolecimento e anteriorização do colo uterino, podendo durar nas primíparas de dez a dezesseis horas e nas multíparas de seis a dez horas. É importante que se conheça essa variação dos intervalos de tempo por parturiente

pois irá exigir da enfermeira e de sua equipe condutas adequadas para um acompanhamento devido; Nesta fase se faz necessário uma maior atenção sobre a mulher.

Antes que se inicie o período do trabalho de parto, é necessário que a enfermeira conheça a gestante para detectar qualquer anormalidade, para que se possa realizar intervenções adequadas caso necessárias, diminuindo assim, os riscos de intercorrências durante o parto. É preciso investigar o estado de saúde da gestante e seu histórico de gravidez, através do cartão de pré-natal e exames periódicos solicitados. No caso da gestante que não tenha recebido acompanhamento durante a gestação, ao chegar na unidade de parto são realizados todos os exames e procedimentos necessários para a continuidade do processo.

O controle dos sinais vitais na puerpera neste período devem ser feitos de quatro em quatro horas e devidamente anotados, pois suas alterações podem influenciar nos batimentos cardíaco-fetais.

A avaliação da frequência cardíaca fetal pode ser realizada intermitentemente, a cada trinta minutos, com frequência em torno de 120 a 160 batimentos por minuto, e pela monitorização eletrônica contínua. Os movimentos fetais podem ser observados e quando presentes, são um sinal de bem-estar.

Para Barros (2006) durante o trabalho de parto, as contrações uterinas devem ser avaliadas quanto à intensidade (fraca, moderada ou forte); à duração (medida em segundos); a frequência, que é o número de contrações presentes em dez minutos. O tônus do músculo uterino em repouso, sem contrações, também precisa ser avaliado e deve estar relaxado. Ainda relata que o toque vaginal deve ser realizado com a finalidade de avaliar a dilatação e o apagamento do colo uterino, além da posição e do plano da apresentação da cabeça do feto; verifica se as membranas estão rotas ou integras e se há presença de fezes no reto, ainda ressalta que o procedimento deve ser realizado com o uso de luvas estéril. Para a realização desse procedimento, a Enfermeira deve ser cautelosa e só fazê-lo quando realmente for necessário, a fim de evitar o edema do colo uterino, fator que influencia diretamente no período de dilatação e passagem do feto.

A ruptura da bolsa das águas é classificada em cinco tipos: Prematuro (quando ocorre antes da gestante entrar em trabalho de parto e pode acontecer antes do fim da gestação); Precoce (ocorre no início do trabalho de parto); Oportuna (ocorre durante o período de dilatação); Tardia (após 8 cm) e Empelcada (quando o

feto nasce com a bolsa amniótica).

Após o rompimento da bolsa, segundo Barros (2006) é importante observar a cor do líquido amniótico, que deve ser clara com presença de grumos, o que representa um sinal de maturidade fetal; a ausência de grumos indica prematuridade. Se o líquido estiver esverdeado, pode ser sinal de mecônio e indicar sofrimento fetal. O líquido amniótico tem odor característico, mas uma infecção pode tornar esse odor fétido. Após o rompimento da bolsa, a quantidade do líquido amniótico eliminado deve ser observada e o horário deste acontecimento registrado.

Hoje com a assistência humanizada é possível propiciar bem-estar a parturiente, através da liberação de uma dieta leve, mesmo ela estando em trabalho de parto, podendo ser oferecidos líquidos variados, evitando a desidratação e cetose. Já a hidratação parenteral só se é indicado no caso de parturientes desidratadas que apresentam vômitos, as que recebem anestesia e correm risco de hemorragia pós-parto.

Segundo Barros (2006) existe discussão para a terapêutica endovenosa, principalmente no uso de ocitocina, porém, em situações em que a parturiente está com soroterapia, deve-se fazer o controle desse gotejamento de forma rigorosa, sobretudo se estiver recebendo ocitocina; nesse caso, a associação com a dinâmica uterina é fundamenta.

Durante a primeira fase do parto (Dilatação), Barros (2006) enfatiza que a paciente deve ficar da forma for mais confortável, de acordo com sua escolha, mas se a opção for decúbito dorsal, a enfermeira deve orientá-la a optar por outra posição como a de decúbito lateral esquerdo, devido a compressão da veia cava que reduz o fluxo útero-placentário acarretando hipotensão materna e/ ou bradicardia fetal. Nesse período a deambulação deve ser estimulada enquanto a dilatação não ultrapassar 8 cm e a bolsa estiver íntegra, principalmente nas multiparas, em que o rompimento da bolsa pode seguir a dilatação completa e a expulsão do feto. A posição vertical ajuda na descida do feto, pois o peso fetal pressiona o colo favorecendo a dilatação e o apagamento. Dessa forma a hipófise recebe mais impulso da cérvix liberando mais ocitocina, aumentando mais as contrações, porém com menos dor.

É muito importante que a enfermeira seja consciente da importância da presença do acompanhante no decorrer do trabalho de parto e incentive esse fato, pois proporciona vantagem para a parturiente fazendo com que se sintam menos

solitária, mais confiante, mais segura além de deixar o acompanhante mais tranquilo.

As parturientes sentem-se mais bem atendidas e tem maior satisfação em relação ao parto. Barros (2006) defende que a participação do acompanhante consiste em segurar a mão da parturiente, manter-se ao lado desta, fazer massagens, acompanhar e ajudar no banho e na deambulação e proporcionar suporte emocional, afirmando ainda que nesse período, a presença continua do acompanhante treinado diminui a utilização de analgésicos, os partos cesarianos, os índices de Apgar menos que sete no quinto minuto, além de reduzir as horas do trabalho de parto.

A enfermeira deve orientar a puérpera sobre a questão da higiene íntima principalmente após o rompimento das membranas, pois isso ajuda no relaxamento, aumenta o conforto e reduz o risco de infecção.

Barros (2006) menciona que atualmente não se é recomendado a tricotomia principalmente a total no períneo pois pode causar infecções quando se utilizam lâminas não descartáveis e traz um desconforto materno causado pelo crescimento dos pêlos.

No controle da dor, principalmente no período de dilatação, a enfermeira obstetra ao assistir a puérpera de forma humanizada, poderá optar pelos métodos não-farmacológicos no alívio da dor, sem deixar porem de conhecer os métodos farmacológicos, geralmente realizados pelo anestesiolista.

Barros (2006) relata que existem métodos farmacológicos para o alívio da dor com medicamentos endovenosos como: a meperidina, que, no entanto, pode causar depressão neonatal se o parto ocorrer até uma hora da administração ou quatro horas após sua aplicação; a analgesia epidural é hoje bem-aceita, pois a paciente não perde sua mobilidade; a raquianestesia, que pode ser realizada no final do período de dilatação e durante o expulsivo; e o bloqueio combinado raquiperidural.

Dentre as não farmacológicas, pode-se citar a Massagem lombosacral; a visualização corporal; exercícios respiratórios; liberdade de escolha da posição antes e durante o trabalho de parto; banho de imersão; técnicas de relaxamento com uso de musica e massagem corporal; relaxamento muscular; banho de chuveiro e Balanço pélvico associado a deambulação.

Estudos científicos demonstraram que o alívio da dor de mulheres em trabalho de parto é efetivo com a utilização de uma abordagem não farmacológica. A

enfermeira obstetra é a principal incentivadora para a absorção desse método.

Num estudo realizado na Unidade de Parto Humanizado (UPH) da Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), por Davim (2007), sendo selecionado as quatro estratégias não farmacológicas que demonstraram maior aceitação e aplicabilidade superior a 80,0% pelas parturientes. Das quatro técnicas utilizadas, três foram combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral) para ser aplicada os 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino e uma isolada (banho de chuveiro) a ser aplicada nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino nas parturientes do estudo. Pode ser observado que ocorreu alívio da dor após a aplicação das estratégias não farmacológicas combinadas, fato que comprova a eficácia dos métodos não farmacológicos no alívio da dor durante o trabalho de parto.

Nessa fase náuseas, vômitos e sede podem ser comuns. Deve-se estar atento para a retenção urinária com formação de bexigoma, pois sua presença pode prolongar o trabalho de parto, causar hipotonia vesical e infecção. A paciente deve ser estimulada a esvaziar a bexiga a cada duas horas. No final do primeiro período, quando a apresentação está inserida na pelve, a parturiente pode sentir vontade de evacuar mesmo que não tenha fezes no reto. Nesse caso, um toque vaginal deve ser realizado, pois pode significar, principalmente na múltipara, que o parto acontecerá (BARROS, 2006, p.168).

O partograma é um instrumento do tipo formulário que é utilizado para avaliação da evolução do trabalho de parto, representada através de gráficos, onde o profissional que está acompanhando o parto pode detectar alterações e realizar condutas apropriadas para corrigir esses desvios.

O período expulsivo é iniciado com a dilatação completa do colo uterino e apagamento da cérvix e termina com a total expulsão do feto. Segundo Barros (2006) pode durar aproximadamente 25 a 75 minutos nas primigestas e de 13 a 17 minutos nas próximas gestações, apresentando as seguintes características: contrações de forte intensidade, 5/10' com duração de 60 a 90 segundos, vontade de evacuar, sudorese labial, distensão perineal, vulva entreaberta com a visualização da apresentação da calota craniana fetal, coroamento e expulsão.

As literaturas relatam que profissional que presta assistência no período expulsivo deve ter sua atenção voltada para o alívio da ansiedade e o medo da parturiente criando um ambiente calmo e quieto que favoreça essa fase; Controlar os sinais vitais e proporcionar bem-estar materno, contribuem para o alívio exaustão

e fadiga freqüentes neste período; Avaliar dos batimentos cardíaco-fetais a cada cinco minutos ou intermitentemente pela cardiotocografia, evita o risco de anóxia fetal em razão dos intervalos das contrações, e também avaliar dinâmica uterina para evitar a ocorrência de hipertonia.

O enfermeiro obstetra deve manter-se tranquilo, renovar a autoconfiança da parturiente, encorajando-a a fazer a força, sem deixá-la sozinha, pois o bebê pode nascer a qualquer instante. Incentivar o apoio do acompanhante, ficando ao lado dela, segurando sua cabeça, oferecendo apoio físico, segurar-lhe a mão e encorajar no período expulsivo. Também faz parte do cuidado, encaminhar a parturiente ao local do parto, sendo importante calcular o tempo do percurso para que o nascimento não ocorra no transporte.

Para Barros (2006) o ambiente deve estar previamente preparado de forma a garantir o direito da mulher à privacidade e à presença de acompanhante de sua escolha, além da segurança física e emocional. Existem várias posições que a parturiente pode optar para o parto, como litotômica, decúbito lateral, cócoras, semisentada, entre outras, mas, ainda relata que, as posições verticais apresentam maiores vantagens para a mulher e o feto do que a posição litotômica, pois esta posição favorece uma maior freqüência de padrões normais dos batimentos cardíaco-fetais, aumento do pH médio do sangue umbilical além de proporcionar menor dor para a mulher.

Alguns resultados de trabalhos científicos apontam vantagens da posição verticalizada ou da inclinação lateral sobre a posição dorsal (decúbito horizontal), entre elas: menor desconforto e dificuldade de puxos, dores menos intensas e menor risco de traumas vaginais ou perineais e de infecções na incisão. Observou-se também menor duração do período expulsivo e melhores resultados neonatais – menor proporção de índices de Apgar <7. Outros estudos atribuíram a posição verticalizada maior número de lacerações dos lábios vaginais, de terceiro grau, embora com números pequenos para uma análise concreta. Apesar de relacionarem maior porcentagem de hemorragias pós-parto, não houve diferença significativa nos níveis de hemoglobina no quarto dia de puerpério. A facilidade de se apurar a perda sanguínea e a maior pressão sobre as veias pélvicas e vulvares na posição vertical podem ter contribuído para essa impressão (BRASIL, 2001, p. 78).

O profissional deve estar atento aos cuidados particulares no momento expulsivo, no que se refere a sua proteção e vestuário adequados a realização do parto.

No parto normal, Barros (2006) cita que é freqüente a ocorrência do trauma perineal, que pode estar relacionado a lacerações espontâneas ou à episiotomia. A

episiotomia, indicada para ampliar o canal de parto, era utilizada rotineiramente como medida para prevenir as lacerações, porém, os estudos sobre essa prática apontam que não há benefícios no seu uso literal. A episiotomia deve ser praticada após anestesia local, com bloqueio do nervo pudendo ou infiltração perineal.

Barros (2006) ainda ressalta que a prevenção traumática perineal depende da assistência durante o período de expulsão, como adoção de posições não-supinas no parto, eliminação do puxo dirigido e prolongado e restrição do uso de infusão endovenosa de ocitocina, além do emprego de técnicas de proteção perineal.

Após a saída da cabeça fetal, devem ser tomados alguns cuidados como, sustenta-la com uma das mãos e avaliar a região cervical para identificar a existência circular de cordão umbilical em seguida continuar sustentando a cabeça para auxiliar na passagem do resto do corpo do recém nascido. Imediatamente após o nascimento, o recém nascido deve ser colocado sobre o abdome materno afim de promover o contato cutâneo direto precoce e a manutenção da temperatura corporal.

O pinçamento do cordão umbilical deve ser realizado com material estéril uma pinça ou duas e um *clamp* descartável a uma distância aproximadamente de 3 cm da inserção abdominal, fazendo a secção entre as duas. O acompanhante deve ser estimulado a realizar o corte do cordão umbilical, como uma forma de participar do nascimento e desse momento da separação.

No período de dequitação a enfermeira deve está atenta ao deslocamento, descida e expulsão da placenta do corpo da mulher, já que dificilmente ocorre de forma espontânea, segundo as literaturas, precisando de intervenções pelo profissional responsável pelo parto.

É dever da equipe que presta assistência orientar a mulher a fazer força para auxiliar a expulsão da placenta explicando a importância desta fase e deste processo. À medida que ocorre a expulsão a enfermeira obstetra deve sustentar a placenta com as mãos, sem exercer tração, fazendo uma rotação contínua até a saída completa da placenta e membranas.

Segundo Brasil (2001) se faz necessário, após a expulsão total da placenta e anexos, observar a integridade, certificando-se de que não foram deixados restos placentários ou de membrana na cavidade uterina.

No quarto período clínico do trabalho de parto, ou no período de puerpério imediato, que se inicia após a expulsão da placenta, até a primeira hora, é realizada

a identificação das possíveis lacerações através da revisão do canal de parto, que poderá requerer reparo cirúrgico feito com anestesia; e episiotomia com complementação da anestesia local.

Não se deve esquecer que durante o quarto período clínico, é fundamental avaliar o tônus e o volume uterinos para detectar possíveis intervenções pós parto e controlar os sinais vitais em decorrência da perda sangüínea, pois a hemorragia excessiva resulta na queda da pressão arterial e pulso rápido e fino.

Após o parto, devido ao excesso esforço e perda de líquidos a puerpera pode referir cansaço, sede, fome e frio; a enfermeira e sua equipe deve proporcionar conforto a puerpera, oferecendo líquidos alimentação leve e posição confortável junto ao seu filho, mantendo-a aquecida em um ambiente tranquilo.

5 CONCLUSÃO

O avanço da medicina em busca de novas técnicas trouxe além de seus benefícios, uma distancia entre o profissional e o paciente através do uso da máquina, em busca de um atendimento ao individuo que necessita de cuidados com sua saúde.

O processo do nascimento de uma criança sempre ocorreu da forma mais natural possível, mas o uso de novas técnicas para tornar o parto mais seguro, transformou o natural em um modelo tecnicista, trazendo para a mulher uma postura de passividade através da aplicação do parto cesariano e de intervenções desnecessárias.

Foi possível identificar nesse estudo que a utilização do modelo tecnicista, contribui para o aumento dos índices de cesarianas e também influenciarem no aumento das taxas de morbimortalidade materna, fetal e neonatal.

Percebemos que atualmente há uma mudança do modelo de assistência tecnicista para o modelo de parto humanizado, com o resgate do parto natural e estímulo da atuação da enfermeira obstetra na assistência à gestação e parto. Tal mudança prova que, o parto normal pode ser realizado de forma desmistificada e segura, através de um acompanhamento adequado, onde o enfermeiro obstetra será o facilitador deste processo, estando apto a realizar o parto normal sem distorcia com base no cuidado humanizado.

Esta sua atuação contribui para a redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal, fortalece o vínculo Mãe/ Família/ Neonato através do incentivo da participação do acompanhante em todo o processo de parto, além de diminuir as taxas de cesarianas desnecessárias.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Magda Luz. **O cuidado no parto normal pela enfermeira obstetra na perspectiva da puérpera**. Natal, RN, 2003.
- CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. **Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.6, pp. 960-967. ISSN 0104-1169. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>>. Acesso em: 26 Out. 2009.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-RJ. **História da Enfermagem**. Disponível em: <http://www.coren-rj.org.br/historia_emfermagem.htm>. Acesso em: 15 Mar. 2009.
- BARROS, Sonia Maria Oliveira (org.). **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri, SP: Manole, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – **Manual técnico/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- DAVIM, Rejane Marie Barbosa. **Avaliação da efetividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto**. Natal, RN, 2007.
- FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida (Org.). **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. 1 ed. São Caetano do Sul: yendis, 2005.
- GARCÉS, Maria de Lourdes Velasco (Coord.). **Manual de Enfermagem: Enfermagem materno-infantil**. Barueri, SP: Vergara, [200?].

MEZOMO, J. C. **O administrador hospitalar**. São Paulo: CEDAS, 2001.

MONTICELLI M. **Nascimento**: como um rito de passagem. São Paulo: Robe; 1997.

NASCIMENTO MGP, Santos OMB, Souza ML. **Vivenciando o processo de nascimento**. Texto&Contexto Enferm. 1997; 6: 157-67.

RIBEIRO, Luciana Barcelos Miranda; BEDIN, Eliana; BARRETO, Regiane Ap. Santos Soares- **Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br. Acesso em: 27 Abr 2009.

SOARES, Susana, et al. **Adaptações Morfo-Funcionais na Mulher Grávida** (Texto de Apoio). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto Serviço de Fisiologia. 2002/03.

SOLER, Zaida Aurora Sperli Geraldes. A formação e atuação do enfermeiro obstetra no Brasil e a humanização do nascimento. **Enfermagem Brasil**. Editora atlântica - são Paulo. 2006; 6 (4). Disponível em: <http://www.atlanticaeditora.com.br/revistas/enfermagem/detalhe.asp?cdc=713>. Acesso em: 26 Abr 2009.