



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DESMISTIFICAÇÃO DAS DIFICULDADES DO PARTO NORMAL: as ações
do enfermeiro na Atenção Básica**

**SILVA, ÉRICA TATYANE DA¹
SOARES, JOANA D'ARC DANTAS²**

RESUMO

Diversos fatores podem influenciar a mulher na escolha do tipo de parto, dentre eles existem mitos, que acabam desestimulando a predileção pelo parto normal. Sendo assim, tem-se o seguinte questionamento: qual a importância do enfermeiro no processo de desmistificação das dificuldades advindas do parto normal na primiparidade? O presente estudo tem como objetivo descrever as ações do enfermeiro na Atenção Básica visando à desmistificação das dificuldades do parto normal durante as consultas de pré-natal. Tratou-se de uma pesquisa do tipo revisão bibliográfica integrativa, utilizaram-se como critérios de inclusão artigos originais completos, publicados entre os anos de 2011 e 2016, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e coleção Scientific Electronic Library Online, em idioma português. Utilizaram-se os seguintes Descritores Controlados em Ciências da Saúde: “Parto humanizado”; “Enfermagem”; “Cesárea” e “Parto normal”. Os resultados demonstraram que as orientações fornecidas durante as consultas de Enfermagem no Pré-Natal proporcionam segurança a mulher na escolha do tipo de parto, o que resulta na sua autonomia e diminuição de partos cirúrgicos desnecessários. Sugere-se ao enfermeiro que durante as consultas de Pré-Natal, promova escuta ativa, favoreça uma assistência holística, disponibilize informações sobre o trabalho de parto e parto, indicando suas vantagens e desvantagens, porém apresentando os benefícios do parto normal. Para que assim, de forma ética possa quebrar paradigmas e colaborar com a redução dos níveis de mortalidade materna e perinatal.

Palavras-Chave: Parto humanizado. Enfermagem. Cesárea. Parto normal.

¹Graduanda em Enfermagem – tatyanesilva@live.com

²Profª. Ms. Orientadora – joanadarc_enfe@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Durante o período gestacional o corpo da mulher sofre modificações sistêmicas por meio de adequações do organismo conforme a evolução da gravidez e suas necessidades, preparando-o para o momento do parto.

A duração média do período gravídico humano compreende entre 37 e 41 semanas, calculada da fecundação do ovócito secundário até o nascimento. Porém o período gestacional está sujeito a variações de acordo com as circunstâncias fisiológicas da mulher. Pode ser mensurada através da data da última menstruação (DUM) e quando não for possível assim determinar a idade gestacional (ID) utiliza-se o exame ultrassonográfico, onde são verificadas as medidas do embrião de acordo com o processo gravídico (BRASIL, 2012; REZENDE; MONTENEGRO, 2012).

Muitas das mudanças decorrentes da gravidez são conferidas às glândulas endócrinas, algumas delas como hipófise, tireoide e suprarrenal, sofrem alterações na gestação, ocasionando de forma habitual um aumento na produção hormonal, com o propósito de obter homeostasia metabólica, favorecendo uma gravidez saudável. Além disso, com o desenvolvimento da placenta ocorre a síntese de hormônios específicos, além daqueles que normalmente são produzidos pelo organismo (ZIEGEL; CRANLEY, 2011).

Tais alterações na mulher são importantes para que a vivência do processo de parturição ocorra dentro dos padrões de normalidade, trazendo a mulher mais conforto e assistência de qualidade.

Quanto às vias de parto, podemos citar dois tipos importantes, a via de parto normal ou vaginal e a via de parto cesáreo. Sendo o parto normal o mais indicado para a maioria das gestações, desde que não haja situações adversas como: placenta prévia total e parcial, desproporção céfalopélvica, cardiopatias específicas, apresentação pélvica, sofrimento fetal e descolamento prematuro da placenta. Este proporciona rápida recuperação puerperal da mulher, favorece a maturação do bebê e facilita a amamentação primária imediata (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2012), o parto cesáreo deve ser indicado apenas mediante alterações que sejam prejudiciais ao binômio mãe-feto com a intenção de reduzir a morbimortalidade perinatal. Sendo evitada a sua execução demasiada, devido às complicações que o acompanham, podendo citar entre elas: o aumento do risco para infecções puerperais, complicações anestésicas

e hemorragias que podem levar a uma histerectomia e também ao óbito tanto materno quanto fetal.

Quanto ao exposto, o país apresenta uma realidade divergente do que o Ministério da Saúde preconiza, uma recente pesquisa intitulada *Nascer no Brasil*, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz revela que a cesariana é feita em 52% dos nascimentos, sendo que no setor privado, o percentual chegue a 88%. Esses dados contrariam a recomendação feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de que apenas 15% dos partos sejam realizados através de cesarianas (FIOCRUZ, 2015).

Historicamente ao se falar de parto, se vê um processo evolutivo, iniciado a partir de um momento íntimo e familiar, que envolvia poucas tecnologias, compartilhado entre mulheres e unido a muitos significados nas mais diversas culturas. Porém, antes da implementação das Políticas Públicas de Saúde no Brasil ocorria uma imensa mortalidade materna e perinatal em função das condições de higiene e recuperação pós-parto das mulheres (BRASIL, 2001).

Com o avanço científico-tecnológico o parto foi levado para dentro dos hospitais e embora estes avanços tenham contribuído positivamente para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, observam-se também aspectos negativos, como partos operatórios desnecessários e medicalização excessiva, tornando a mulher uma coadjuvante do processo de parturição (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Fazem-se necessárias então, mudanças na assistência, restituindo a mulher o seu papel como protagonista. Até porque, a gestação e o parto são eventos repletos de mudanças, que podem desencadear sofrimento mental, principalmente se durante esse período surgirem dificuldades (BRASIL, 2001).

É válido citar que uma das formas de sofrimento mental observadas no puerpério é a depressão puerperal, também chamada de depressão pós-parto, podendo ser desencadeada por diversos fatores, e tem como grupo de alto risco primíparas, ou seja, mulheres que vão parir pela primeira vez. Também ocorrem através de experiências anteriores em mulheres que já vivenciaram o parto mais de uma vez, denominadas de múltíparas (BRASIL, 2012).

Estima-se então a importância do acompanhamento pré-natal, para que possa assegurar o bom desenvolvimento da gestação e parto, assim como informações quanto ao tipo de parto e puerpério, dentre essas, pode-se informar as vantagens e desvantagens do parto normal e do parto cesáreo tanto para a mulher

quanto para seu bebê. Sendo pertinente ressaltar a relevância da consulta de enfermagem como meio de promover uma assistência adequada, que conforme o Art. 1º da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 159/1993, deve ser obrigatoriamente realizada na Assistência de Enfermagem, em qualquer nível de assistência, em instituições públicas e privadas.

Desta forma, cabe ressaltar a importância da equipe multidisciplinar no acompanhamento da gestante: particularmente do profissional enfermeiro, que além da competência técnica, tem o dever de orientar quanto à ocorrência de dúvidas e lidar com as crenças da mulher de forma respeitosa.

Diante do exposto tem-se o seguinte questionamento: qual a importância do enfermeiro no processo de desmistificação das dificuldades advindas do parto normal na primiparidade?

O interesse em realizar o presente estudo justificou-se pelo conhecimento dos fatores que levam uma mulher primigesta a escolher o parto cesáreo. Com o propósito de esclarecer seus questionamentos e proporcionar um parto de acordo com suas singularidades, alcançando os índices de proteção tanto para a mulher quanto para o bebê.

Considerando a importância das orientações dadas pelo enfermeiro na escolha de parto da gestante, o estudo proposto tem ainda o intuito de auxiliar no entendimento sobre a importância da redução do número de cirurgias obstétricas desnecessárias, tendo em vista os padrões preconizados pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde.

Além de poder favorecer melhorias na assistência prestada pelo enfermeiro durante o pré-natal, ressalta-se a contribuição dos resultados da pesquisa no desenvolvimento acadêmico e profissional na área científica relacionada à saúde da mulher.

Assim o presente estudo tem como objetivo descrever as ações do enfermeiro na Atenção Básica visando à desmistificação das dificuldades do parto normal durante as consultas de pré-natal.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir serão apresentados capítulos que fomentam a pertinência do objeto do presente estudo. Estes são assim denominados: “O processo gravídico e as modificações sistêmicas”; “Assistência da equipe multiprofissional durante a gestação na atenção básica”; “A evolução das políticas públicas brasileiras voltadas à mulher” e “Parturição”.

4.1 O PROCESSO GRAVÍDICO E AS MODIFICAÇÕES SISTÊMICAS

No decorrer da gestação a mulher vivencia diversas alterações fisiológicas em todos os seus sistemas, adaptando seu corpo de acordo com o desenvolvimento da gravidez e as carências do feto. Ocorrendo também modificações locais nos órgãos reprodutores com a mesma finalidade.

As alterações endócrinas são responsáveis pela maioria das mudanças ocorridas na gestação. No início do processo gravídico glândulas endócrinas como hipófise, tireoide e suprarrenal sofrem modificações que ocasionam um aumento dos níveis hormonais, é originada também a placenta, que sintetiza grande quantidade de hormônios esteroides e hormônios específicos da gestação (GUYTON; HALL, 2011).

Essa síntese hormonal aumentada e gradual tem como objetivo a homeostasia metabólica, sendo de fundamental importância para a preservação da gestação saudável, responsabilizando-se também pelas transformações características da gravidez e na lactação que perdura ainda após o parto (ZIEGEL; CRANLEY, 2011).

Da mesma forma, a pele da mulher apresenta modificações devido ao acréscimo hormonal, ocorre um aumento da pigmentação, podendo ser notado através dos cloasmas gravídicos, e do escurecimento da linha Alba. Surgem também estrias gravídicas, principalmente na região abdominal, coxas e nas mamas, e o eritema palmar, devido ao aumento da vascularização (REZENDE; MONTENEGRO, 2012).

Uma das alterações metabólicas da gravidez é o aumento do peso corporal, que pode se dar pelo crescimento dos produtos conceptuais, pelo aumento do

volume sanguíneo, retenção de líquidos e reservas de gordura. Sendo o seu estado nutricional verificado através do cálculo da idade gestacional e cálculo do índice de massa corpórea ou corporal (IMC) que deverá resultar em uma quantia adequada para a semana gestacional. Esta reserva de tecido adiposo é considerada excessiva quando ultrapassa as necessidades gestacionais (BRASIL, 2012; ZIEGEL; CRANLEY, 2011).

Algumas semanas após a concepção é possível notar as primeiras modificações mamárias, devido à hipertrofia alveolar, as mamas tornam-se mais volumosas e firmes. Ocorre um aumento da vascularização venosa na mama (Rede de Haller), maior pigmentação da aréola primária e surgimento da aréola secundária (Sinal de Hunter), os mamilos se tornam protusos e sensíveis com glândulas sebáceas hipertrofiadas, conhecidos como Tubérculos de Montgomery. Surgem as estrias mamárias (víbices), e a partir da 16ª semana é notado o colostro de coloração amarelada e em pequena quantidade (ZIEGEL; CRANLEY, 2011).

O sistema cardiovascular também se adequa a gestação, atendendo as necessidades metabólicas da mãe e proporcionando assistência nutricional para o feto, e retirada eficiente de resíduos. O volume sanguíneo aumenta por volta da 10ª semana atingindo volume máximo entre a 32ª e 34ª semana se estabilizando até o parto, esse aumento na quantidade de sangue pode ser de 1l a 1,5l, devido ao acréscimo do volume sistólico (REZENDE; MONTENEGRO, 2012).

A postura influencia diretamente na circulação da gestante, quando a mulher assume decúbito dorsal pode apresentar a síndrome da hipotensão supina, que acontece quando o útero gravídico comprime a veia cava, reduzindo sua capacidade cardíaca (GUYTON; HALL, 2011).

Para evitar tais complicações deve-se adotar o decúbito lateral esquerdo, que deixa os grandes vasos livres e favorece melhor retorno venoso. Também pode ocorrer à hipotensão ortostática, que acontece quando a gestante sai de uma posição horizontal para a vertical. Em razão do decréscimo da redução vascular periférica as pressões sanguíneas reduzem a sistólica de forma mais discreta que a diastólica (CUNNINGHAM et al., 2012).

Para atender as necessidades do binômio mãe-feto, são realizados ajustes no sistema respiratório que consistem nas seguintes mudanças: elevação do diafragma pelo aumento uterino (sem alterar sua função), expansão da caixa torácica, hiperemia e edema do trato respiratório superior que pode causar epistaxe pelo

aumento da vascularização, maior volume corrente e elevação sutil da frequência respiratória, diminuição do volume pulmonar e capacidade residual, dispneia fisiológica, maior consumo de O₂ seguido do aumento da ventilação em até 50% acima do nível normal. Todas as modificações retomam sua normalidade em até sete semanas do puerpério (BRASIL, 2012; FREITAS et al., 2010).

Náuseas e vômitos são comuns no primeiro trimestre devido às alterações hormonais, as gengivas se tornam edemaciadas e podem sangrar com facilidade, aumentando o risco para a gengivite. O tônus muscular do tubo gastrintestinal relaxa, deixando o alimento por mais tempo no estômago, causando regurgitações e pirose (CUNNINGHAM et al., 2012).

As glândulas salivares produzem salivação em excesso, podendo acarretar sialorréia e a motilidade intestinal é diminuída levando a maior frequência de constipações, e conseqüentemente o endurecimento das fezes, que em situações mais graves podem acarretar a formação de fecalomas, possibilitando o surgimento de hemorroidas (BRASIL, 2012; ZIEGEL; CRANLEY, 2011).

As alterações no sistema urinário são precoces na gestação, a musculatura lisa dos ureteres se dilata juntamente com a pelve renal, retendo urina no sistema coletor, predispondo a infecções urinárias. Como em muitos outros órgãos, os rins tem seu fluxo sanguíneo aumentado, filtrando maior quantidade de sangue resultando em glicosúria fisiológica. Ocorre o aumento da frequência urinária e proteinúria fisiológica, também acontece maior excreção de água e sódio à noite (RICCI, 2013).

Na vagina e vulva, as principais modificações se dão em razão do aumento da vascularização, que é denominado sinal de Chadwick ou Jacquemier, assumindo assim coloração violácea determinando o sinal de Kluge. Verifica-se o aumento na produção de secreção vaginal, esta com o pH mais ácido afim de proteger contra possíveis infecções. Ocorre também o espessamento de sua mucosa, hipertrofia de seus músculos e o afrouxamento do tecido conjuntivo (CUNNINGHAM et al., 2012).

Na vulva além da mudança de coloração, é possível evidenciar hipertrofia dos grandes lábios, podendo surgir varizes e edema. O períneo por sua vez, apresenta aspectos similares ao da vulva (ZIEGEL; CRANLEY, 2011; RICCI, 2013).

O colo uterino da mesma maneira modifica-se, apresentando coloração azulada, devido a sua maior vascularização e com o aumento da secreção de estrogênio e progesterona torna-se amolecido, podendo ser notado ao exame da

genitália, compreendendo o sinal de Goodell. Aumenta sua elasticidade para facilitar sua distensão durante a gravidez e parto, e intensifica a secreção glandular originando o tampão mucoso, que por sua viscosidade tem o objetivo de fechar o canal cervical durante a gravidez e proteger o conceito, sendo apenas eliminado durante as contrações parturitivas (REZENDE; MONTENEGRO, 2012).

Dentre as mudanças gestacionais, as mais expressivas acontecem no útero, que imediatamente após a nidificação desencadeiam as primeiras modificações, a princípio microscópicas e funcionais que logo se tornam macroscópicas. Sua consistência se torna amolecida na região onde ocorreu a implantação, seguindo por todo órgão, acompanhado das estruturas pélvicas. Este amolecimento pode ser verificado no istmo cervical, a partir da oitava semana de gestação, através do toque combinado, chamado de sinal de Hegar, utilizado como um dos sinais presuntivos de gravidez (RICCI, 2013).

O útero tende a aumentar de tamanho inicialmente no local de implantação promovendo uma forma assimétrica, podendo ser notado à palpação indicando o sinal de Piskacek. Através da compressão combinada: toque e palpação profunda dos fundos de saco laterais pode-se perceber o preenchimento do fundo-de-saco pelo útero que se torna globoso, determinando o sinal de Nobile-Budin (CUNNINGHAM et al., 2012).

Conforme sua forma se modifica, sua posição igualmente se altera, e durante o terceiro mês o útero, antes um órgão pélvico, agora ascende à cavidade abdominal, com seu fundo localizado no abdome e a parte inferior fixada às estruturas cervicais, promovendo mobilidade ao órgão (ZIEGEL; CRANLEY, 2011).

Seu peso e volume também se alteram, o que em uma mulher não grávida seria entre 4-70 gramas, para 1.100-1.200 gramas em uma gestante a termo, já sua capacidade de volume se altera de 10 ml para até 5l durante a gestação. O suprimento sanguíneo aumenta consideravelmente cerca de 20 a 40 vezes, ocorre uma redistribuição sanguínea dentro do útero com o surgimento da placenta e o desenvolvimento da circulação uteroplacentária, quadro revertido após o parto (REZENDE; MONTENEGRO, 2012).

Ocorre também o aumento da contratilidade uterina estimulado pela ocitocina, essas contrações irregulares, arrítmicas e indolores ocorrem durante toda a gravidez, auxiliando a passagem de sangue para o feto, chamadas de contrações de

Braxton-Hicks, podem se tornar dolorosas ao final da gravidez à medida que o cérvix dilata (GUYTON; HALL, 2011; REZENDE; MONTENEGRO, 2012).

Os ligamentos uterinos também se alteram com a elevação do útero para a cavidade abdominal, os ligamentos redondos se tornam alongados e hipertrofiados, quando possível a sua palpação determina-se sinal de Frommel, sendo dolorosa no final da gestação devido a tensão exercida sobre os ligamentos (ZIEGEL; CRANLEY, 2011).

A postura e a marcha da mulher grávida também sofrem mudanças, o centro de gravidade se desloca para frente devido ao peso aumentado do útero e das mamas, ocasionando uma lordose compensatória. Procurando manter o equilíbrio, a mulher adota uma base de sustentação mais larga, que ao caminhar lembra os passos de um ganso, sendo essa marcha conhecida como anserina. As cartilagens apresentam-se amolecidas, com o objetivo de aumentar sua capacidade pélvica no momento do parto, contribuindo também para a mudança da postura e marcha (REZENDE; MONTENEGRO, 2012).

A gestação compreende um período de transição na vida da mulher, onde ocorrem além de alterações fisiológicas, mudanças emocionais. A gestante sente-se em um momento de instabilidade emocional, influenciado por diversos fatores que podem colaborar no transcorrer da gravidez (RICCI, 2013).

Dentre esses fatores podem ser citados: o contexto no qual ocorre a gravidez, as relações pessoais com o seu companheiro e sua família, as mudanças corporais e os desconfortos derivados destas, a preocupação com o seu futuro e do seu filho, a responsabilidade de ser mãe, a ansiedade e o medo do momento do parto. A situação socioeconômica também tem influência na saúde da gestante, fatores como o seu grau de instrução, ambiente onde a mulher vive e trabalha e estado civil, podem favorecer ou trazer malefícios ao desenvolvimento da gestação (BRASIL, 2012).

4.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE A GESTAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

A assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que tem por objetivo prevenir, diagnosticar e tratar possíveis complicações, assegurando assim uma gestação saudável. O acolhimento da gestante na Atenção Básica deve ser realizado por toda a equipe multiprofissional,

composta por agente comunitário de saúde (ACS), auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro, médico e cirurgião dentista, visando prestar um atendimento integral, tornando o cuidado qualificado (SOUZA; HORTA, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), a primeira consulta do pré-natal tem como finalidade acolher a mulher, confirmar sua gestação, coletar dados sobre o seu histórico clínico, realizar exame físico geral e obstétrico, solicitar exames complementares, calcular a idade gestacional e data provável do parto, avaliar seu estado vacinal, observar a existência de fatores de risco, esclarecer suas dúvidas e orientar quanto a sintomas.

As consultas seguintes deveram dar continuidade à assistência, de modo que o cartão da gestante e seu prontuário devem ter os registros devidamente atualizados de acordo com a anamnese atual. É indispensável o controle do calendário de vacinação e o exame físico geral e obstétrico, assim como a análise contínua do crescimento e da vitalidade fetal (BRASIL, 2005).

É fundamental acompanhar as mudanças gravídicas da gestante para poder orientar suas condutas, seu estado nutricional deve ser verificado e os exames laboratoriais devem ser interpretados, solicitando atendimento médico sempre que necessário. Assim como, é necessário manter as próximas consultas agendadas. Durante o pré-natal recomenda-se que seja realizado o número mínimo de seis consultas, de preferência, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro semestre (BRASIL, 2005; SOUZA; HORTA, 2012).

O acolhimento não é uma ação específica da enfermagem, porém o enfermeiro que na essência de sua profissão possui sensibilidade e compromisso com o cuidado, se torna o maior responsável pelo acolhimento da gestante, que acordo com o Decreto nº 94.406/87 do Conselho Federal de Enfermagem e o Ministério da Saúde também pode realizar todo o acompanhamento do pré-natal de baixo risco (BRASIL, 1987; SOUZA; HORTA, 2012).

A consulta de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro, propicia a aproximação do enfermeiro com a gestante, oportunizando ocasião favorável para a execução das condutas de enfermagem, que não devem conter apenas procedimentos técnicos, que sozinhos acabam transformando o processo de cuidar em apenas um ato. É necessária a escuta qualificada para que sejam entendidas as singularidades da mulher, prestando uma assistência humanizada e assim criar um vínculo de confiança (SILVA et al, 2016).

Através desse elo, o profissional poderá prestar um cuidado efetivo possibilitando uma gravidez saudável. Dentre as condutas do profissional enfermeiro, estão às orientações dadas à mulher e sua família, sobre o pré-natal, vacinação, amamentação e parto. Bem como, a educação em saúde, um dos componentes da Atenção Primária, que funciona como uma ferramenta de mudança social (BRASIL, 2012; SOUZA; HORTA, 2012).

Um dos instrumentos utilizados no acompanhamento das alterações gravídicas e fonte rápida de informações para a gestante é o cartão da gestante, este deve ser fornecido e preenchido, tendo seus dados atualizados conforme as consultas. É necessário o cadastramento da gestante no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SisPreNatal) (SILVA et al., 2016).

Este programa consiste em um sistema informatizado de controle para o acompanhamento adequado das gestantes, desde a primeira consulta até o puerpério. Foi implementado através do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), pertencente ao SUS (SOUZA; HORTA, 2012).

Além das ações citadas, cabe ao enfermeiro solicitar exames complementares; prescrever medicamentos previamente preconizados pelo programa de pré-natal; identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las para consulta médica ou serviço de referência; realizar exame clínico de mamas e coleta para citopatológico de colo uterino; estimular a participação do companheiro ou alguém da preferência da mulher e realizar visitas domiciliares durante o pré-natal e puerpério (BRASIL, 2012).

Em concordância com o Ministério da Saúde (2012), é atribuição do enfermeiro: esclarecer quanto aos tipos de parto, orientando quanto às vantagens e desvantagens de ambos, tendo como fundamento a individualidade de cada gestação e orientar quanto aos direitos da gestante no pré-natal e parto. Da mesma forma deve estimular quanto ao comparecimento nas consultas subsequentes e realizar busca ativa das gestantes que não estejam frequentando.

Por possuir atuação administrativa e assistencial, o enfermeiro tem como resultado uma sobrecarga de tarefas, que pode prejudicar a sua atuação nas atividades privativas durante o pré-natal. Fazendo com que o usuário tenha a percepção errônea de que a consulta de enfermagem seja apenas um complemento

da consulta médica, contribuindo para o fortalecimento do modelo biomédico (SILVA et al., 2016).

Para que essas adversidades não resultem na desvalorização da profissão de enfermagem, é necessária a educação continuada. De modo que sua atuação na assistência pré-natal cresça, tendo em vista a importância da consulta de enfermagem na integridade da gestante (ZIEGEL; CRANLEY, 2011; SILVA et al., 2016).

4.3 A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS VOLTADAS À MULHER

Conforme o Ministério da Saúde (2004), no Brasil, somente a partir das primeiras décadas do século XX, as políticas públicas foram voltadas para a mulher. Porém a preocupação com a saúde materna se restringiu às necessidades da gravidez e assistência ao parto. Esses programas materno-infantis implementados até a década de 70 consideravam a mulher apenas biológica, tendo como papel social ser mãe e dona do lar.

Apenas em 1984 as ações voltadas para a saúde da mulher foram ampliadas, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de prestar assistência plena à mulher, considerando todos os seus ciclos de vida. O programa contemplava ações educativas, preventivas de diagnóstico e tratamento, além do planejamento reprodutivo, gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2013).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde inseriu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Esta política enfatiza a percepção de integralidade da assistência prestada às mulheres através do enfoque de gênero, busca garantir seus direitos sexuais e reprodutivos. Privilegia ações de redução da morbimortalidade feminina, em todas as fases da vida da mulher e também em grupos específicos, considerando suas necessidades (BRASIL, 2004).

Já em 2005, foi lançada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, que aumentou a oferta de métodos anticoncepcionais no SUS. Além de estimular a promoção de atividades educativas em saúde sexual e reprodutiva para usuários e capacitação para profissionais da Atenção Básica. Assim como favorecer a assistência adequada a mulheres e

adolescentes em condição de violência doméstica e sexual e em situação de aborto, dentre outras ações (BRASIL, 2013).

Em de 24 de junho de 2011, através da Portaria GM/MS nº 1.459, foi instituída no SUS a Rede Cegonha, uma estratégia que visa garantir a mulher e a criança até 24 meses, uma assistência humanizada e de qualidade. Tem como objetivo reduzir a mortalidade materna e infantil, através do acesso, acolhimento, resolutividade e melhoria da qualidade do pré-natal. Além de promover condições apropriadas de parto e nascimento, visando diminuir a mortalidade materna e infantil e favorecer uma assistência digna e humanizada (BRASIL, 2011).

4.4 PARTURIÇÃO

O momento do parto sempre constituiu uma etapa significativa na vida da mulher. É um momento singular, que proporciona diversas transformações, dentre elas a mais importante, tornar-se mãe.

Mesmo que a mulher seja múltipara, cada experiência de parturição é única, e possui as próprias peculiaridades. Sendo assim cabe ao profissional de saúde, orientar a mulher e seu companheiro quanto às vias de parto (cesáreo e normal). A gestante deve ser instruída sobre as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, e de que o melhor é aquele que é consoante com as condições de sua gravidez, e proporcione segurança para ela e seu bebê, permitindo uma decisão compartilhada e consciente (BRASIL, 2001; VELHO et al., 2012).

4.4.1 Parto Normal

De acordo com Rezende e Montenegro (2012), entende-se como parto normal ou fisiológico o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal, percorrendo todas as fases do trabalho de parto. As fases clínicas do trabalho de parto, também chamadas de períodos, são divididas em quatro momentos.

No qual o primeiro período refere-se à fase de dilatação onde se inicia com a intensificação das contrações uterinas, e termina com a dilatação completa do colo; o segundo período corresponde à fase de expulsão, que se inicia quando a dilatação do colo está completa e termina com a saída do feto. O terceiro período também chamado de secundamento acontece após o nascimento do feto, é a etapa onde ocorre o descolamento, descida e expulsão da placenta para fora das vias genitais (RICCI, 2013).

Já o quarto período, conhecido como período de Greenberg, diz respeito à primeira hora após a saída da placenta. Este período contempla um estágio importante devido aos riscos de hemorragias, e possui fases que facilitam sua caracterização (CUNNINGHAM et al., 2012).

As referidas fases são: miotamponagem se dá através da contração do útero, onde ocorre a laqueadura dos vasos uterinos, reduzindo o risco para hemorragias; a trombotamponagem entende-se pela formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários; a indiferença miouterina, onde o útero permeia entre contração e relaxamento, com risco de encher-se de sangue; e por fim a contração uterina fixa, que ocorre geralmente uma hora após a dequitação. O útero adquire maior tônus e assim permanece até a involução puerperal (REZENDE; MONTENEGRO, 2012).

O parto normal propicia consideráveis vantagens para o binômio mãe-feto, sendo a principal delas o menor risco de mortalidade. Dentre os benefícios do parto normal, deve-se ressaltar a rápida recuperação da mulher, o que facilita o cuidado com o bebê após o parto; favorece o aleitamento devido ao contato pele a pele, fortalecendo o vínculo mãe e filho; oferece menor risco de complicações na gravidez seguinte e menores custos (BRASIL, 2001).

Conforme o Ministério da Saúde (2012), o parto fisiológico também contribui para completar a maturidade da criança auxiliando na sua respiração. No momento em que o bebê passa pela bacia da mãe, o seu tórax é comprimido, ajudando a expelir a água que eventualmente possa estar em seus pulmões, reduzindo assim, o risco de problemas respiratórios.

Contudo, as vias de parto podem gerar complicações na mulher, embora o parto normal sendo considerado seguro e indicado para a maior parte das gestações também está propenso a complicações. Dentre elas podemos citar: o aumento do risco para infecções em função do trabalho de parto prolongado e manipulação vaginal excessiva; dor mais demorada no trabalho de parto; más condições de assepsia; retenção de restos ovulares; lacerações perineais e violência obstétrica (BENINCASA et al., 2012).

4.4.2 Parto Cesáreo

Segundo Rezende e Montenegro (2012), a cesárea consiste em um procedimento cirúrgico, que envolve uma incisão abdominal na parede uterina da gestante, com a finalidade de extrair o feto aí concebido, seguido da sutura das

estruturas seccionadas. Dentre as anestésias adotadas, a de predileção é a raquidiana, porém a peridural também pode ser utilizada.

Quando bem indicada, e realizada dentro das diretrizes, é indiscutível o papel fundamental da cesariana para reduzir a morbimortalidade materna e perinatal. Entretanto, a execução de cesarianas de forma desmedida, favorece a morbidez e eleva os custos, gerando diversos problemas (FREITAS et al., 2010).

Vários fatores têm contribuído para o aumento da incidência do parto cesáreo, dentre eles existem fatores relacionados a indicações para a cesariana como: placenta prévia total e parcial; malformações genitais; desproporção cefalopélvica; descolamento prematuro da placenta (REZENDE; MONTENEGRO, 2012).

Porém, encontram-se também fatores controversos, relativos à insegurança materna, tais como: a percepção de segurança do procedimento por parte das pacientes; o temor da dor e da ruptura uterina; experiências anteriores infelizes; falta de conhecimento sobre o parto fisiológico; aperfeiçoamento das técnicas anestésicas; conforto ao considerar a duração em horas prevista; Como também fatores voltados ao benefício médico (cesáreas eletivas), por exemplo: vantagens monetárias no atendimento privativo, onde o profissional obstetra marca data e horário que lhe seja conveniente (BRASIL, 2012; FREITAS et al., 2010).

No entanto, na cesariana, a morbidade é aumentada em função do risco para infecções relacionadas à incisão cirúrgica; maior tempo de cirurgia e maior perda de sangue; período de hospitalização e recuperação mais longo o que gera risco aumentado de parada cardíaca; complicações anestésicas; tromboembolismo venoso; hemorragia que requer histerectomia; infecções urinárias; riscos para futuras gestações e problemas respiratórios neonatais (BRASIL, 2012).

O Brasil apresenta uma cultura muito elevada de cesáreas, causando uma banalização do procedimento, como se este fosse livre de complicações. O parto cesáreo tornou-se comum nas classes de maior poder aquisitivo, devido à convicção histórica de que esse tipo de parto seria mais vantajoso. Porém essa crença não se aplica na maioria dos casos, logo que, a cesariana é um procedimento cirúrgico e exige diversos cuidados clínicos, técnicos e anestésicos, desta forma, os riscos e benefícios devem ser criteriosamente avaliados antes de ocorrer sua indicação (BRASIL, 2001).

A taxa ideal de cesáreas preconizada pelo Ministério da Saúde é em torno de 15-20% para o total da população, porém pesquisas recentes revelam que a

cesariana ocorre em 52% dos nascimentos no Sistema Único de Saúde (SUS), e no setor privado esse índice alcança 88% dos partos. O que torna a situação do país preocupante. Visto isso, o Ministério da Saúde passou a investir de forma mais operante em programas de incentivo ao parto fisiológico e humanizado (FIOCRUZ, 2015).

5 MÉTODO

O presente trabalho trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre a assistência de enfermagem na escolha do parto durante o pré-natal através da desmistificação desse processo.

A referida pesquisa utilizou fontes bibliográficas como meio de obtenção de dados, que de acordo com Gil (2010) ocorre por meio da avaliação de critérios, tais como: gênero literário, autor e conteúdo temático. Esses segundo o autor são meios de descrição e classificação de periódicos, livros e/ou documentos equivalentes, os quais foram catalogados para melhor visualizar os resultados obtidos na coleta.

Conforme, Brevidei e Sertório (2010), revisão integrativa é um método investigativo de informações secundárias, podendo unir a literatura teórica e a empírica, com a finalidade de agrupar e sintetizar os resultados da pesquisa acerca de um determinado assunto de forma sistematizada, proporcionando o crescimento do conhecimento científico sobre o tema explorado.

Segundo os autores, para que ocorra a elaboração desta pesquisa é necessário passar pelas seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa; busca na literatura; extração de dados; avaliação dos estudos primários; análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

Como fonte de busca, foram utilizadas as bases de dados Latino American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) e coleção Scientific Electronic Library Online (SCIELO), nas quais foram utilizados os descritores em saúde: “Parto humanizado”; “Enfermagem”; “Cesárea” e “Parto normal”, sendo estes descritores controlados, todos pesquisados previamente na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Foram utilizados estudos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: artigos originais e completos, publicados entre os anos de 2011 a 2016 e disponibilizados no idioma português. Os de exclusão foram: resumos, dissertações, teses, editoriais, livros e todos aqueles que não responderam aos objetivos e a questão norteadora, assim como artigos e investigações que fugiram ao tema da pesquisa.

Os descritores foram cruzados com o auxílio do operador booleano AND da seguinte maneira: “Parto humanizado AND Enfermagem”, “Parto humanizado AND cesárea”; “Parto humanizado AND parto normal”.

Os operadores Booleanos são palavras que têm o objetivo de delimitar para o sistema de busca como combinar os termos ou expressões de uma pesquisa. São eles: *AND*, *OR* e *NOT* e significam, respectivamente, E, OU e NÃO e devem sempre ser digitados em letras maiúsculas para que seja possível diferenciá-los dos termos pesquisados. Eles podem ser usados entre qualquer termo que está sendo pesquisado (OLIVEIRA, 2009).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Logo após a utilização do operador booleano nos cruzamentos entre os descritores citados, foram encontrados 87 artigos, dentre esses apenas 9 atenderam aos critérios de inclusão do estudo, os quais respondiam a questão norteadora. A fim de facilitar a análise, os artigos estudados estão apresentados em figuras e identificados por letras do alfabeto (A a I). O cruzamento deu-se seguindo a sequência: “Parto Humanizado AND Enfermagem”, “Parto Humanizado AND Cesárea” e “Parto humanizado AND Parto Normal”. Com os cruzamentos, os estudos que atenderam aos critérios de inclusão foram distribuídos conforme suas análises metodológicas, em um quadro sinóptico descritivo, contendo o ano no qual foram publicados, títulos e autores, sendo nomeado como quadro sinóptico 1.

Quadro sinóptico 1: Descrição dos artigos científicos expondo ano, título e autores. **Id*:** Identificação do artigo.

ID*	ANO	TÍTULO	AUTORES
A	2015	Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal.	Silva et al.
B	2013	A cultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto.	Pimenta et al.
C	2013	Assistência de enfermagem e a perspectiva da mulher no trabalho de parto e parto.	Frigo et al.
D	2014	Do parto institucionalizado ao parto domiciliar.	Sanfelice et al.
E	2013	Expectativa das gestantes em relação ao parto.	Ferreira et al.
F	2013	A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização.	Silva et al.
G	2012	Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto.	Progiantil e Costa.
H	2014	Parto natural domiciliar: um poder da natureza feminina e um desafio para a enfermagem obstétrica.	Souza et al.
I	2011	Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado.	Silva et al.

Fonte: Da Pesquisa.

A partir dos estudos expostos acima, verificou-se que uma pesquisa foi publicada no ano de 2015, duas foram divulgadas em 2014 enquanto quatro no ano de 2013, uma em 2012 e uma em 2011.

No quadro sinóptico descritivo 2 à seguir, os artigos estão definidos a partir do tipo de estudo, objetivos, resultados/conclusão e periódico de origem. De acordo com os desenhos metodológicos os tipos de pesquisas encontradas foram: estudos descritivos exploratórios com abordagens qualitativas (A, B, C, E, F, G e I), história de vida com abordagem qualitativa (H), relato de experiência (D).

Conceituando-se os estudos de maior incidência tem-se que a pesquisa descritiva expõe as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. E exploratória é conceituada como proporcionar maior familiaridade com o problema (explicitá-lo). Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso (GIL, 2010).

E a abordagem qualitativa confere ao pesquisador não se preocupar com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização (GERHARDT; SILVEIRA; 2009).

Quanto aos periódicos de origem os artigos estavam divulgados na Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (A), Revista de Pesquisa (Online): Cuidado é Fundamental (B, E, H), Cogitare Enfermagem (C), Revista RENE (Impresso): Revista da rede de enfermagem do Nordeste (D), Revista enfermagem UERJ (F), Revista brasileira de enfermagem (REBEn) (G e I).

Quadro Sinóptico Descritivo 2: Contendo artigos agrupados de acordo com o tipo de estudo, objetivos, resultados/conclusão e periódico de publicação. **Id*:** Identificação do artigo.

ID *	OBJETIVOS	TIPOS DE ESTUDOS	RESULTADOS/CONCLUSÃO	PERIÓDICO DE ORIGEM
A	Conhecer as práticas de cuidado utilizadas por enfermeiras implicadas nos processos autonomia, dignificação e participação de mulheres durante o parto normal.	Qualitativo, exploratório descritivo.	As práticas apontadas foram: o acolhimento, a promoção da presença de acompanhante, bem como, de ambiente adequado para o cuidado; e a transmissão de calma e segurança às mulheres. A autonomia das mulheres ocorreu por meio da promoção de relações pessoais livres de coerção; e a facilitação no acesso às informações; não deixando de estimular a participação ativa das mesmas. Através da dignificação resultante do suporte prestado por enfermeiras, foi possível constatar que a atuação dos enfermeiros deve ser	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.

			valorizada em Centros de Parto Normal devido a sua maior autonomia.	
B	Compreender de que forma a cultura influencia no processo de parturição da mulher.	Descritivo com abordagem qualitativa.	Foi possível constatar que durante a assistência no processo da parturição, é primordial o reconhecimento da mulher como protagonista do seu parto, sendo destacados os múltiplos aspectos que permeiam suas vivências. E para que haja mudanças na assistência prestada é necessário que a perspectiva da mulher seja entendida, cabendo ao enfermeiro agir de forma ética, respeitando suas crenças e fornecendo informações seguras.	Revista de Pesquisa (Online): Cuidado é Fundamental.
C	Identificar as práticas da assistência de enfermagem frente ao trabalho de parto e parto em hospital público e a perspectiva da mulher neste processo.	Qualitativo.	As participantes relataram estar adequadamente preparadas em relação às seguintes orientações recebidas pela equipe de saúde da instituição hospitalar: ser ativa no trabalho de parto, escolher o acompanhante, deambular e utilizar as práticas não farmacológicas de controle/alívio da dor. Foi verificado que as mulheres que receberam informações durante o pré-natal em relação ao trabalho de parto e parto, preparando-se para ele, tornaram-se protagonistas do parto, vivenciando-o plenamente. As gestantes e os acompanhantes que participaram do processo de parturição puderam experimentar sentimentos satisfatórios, uma vez que melhor compreenderam esse processo, compartilhando várias emoções e experiências.	Cogitare Enfermagem.
D	Descrever a experiência vivenciada por um grupo de enfermeiras obstetras da cidade de Campinas, SP, Brasil, sobre o processo de transição do atendimento ao parto institucionalizado para o parto domiciliar, ocorrido no período de 2011 a 2013.	Descritivo com abordagem qualitativa na modalidade relato de experiência.	Dar assistência ao parto domiciliar tem trazido maior satisfação às enfermeiras, mesmo frente a obstáculos, é possível oferecer uma atenção ao binômio mãe-feto condizente com recomendações científicas atuais e o princípio de integralidade. Neste modelo o enfermeiro tem maior possibilidade de resgatar valores como o protagonismo, a individualidade, a privacidade e a autonomia de cada mulher, além de promover intervenções benéficas eliminando as desnecessárias.	Revista RENE (Impresso): revista da rede de enfermagem do Nordeste.

E	Descrever a expectativa das gestantes em relação ao parto, seus medos e anseios. As atividades que elas desenvolvem para diminuir a ansiedade e a participação da família.	Descritivo com abordagem qualitativa.	Foram observados o medo e a ansiedade como a maior expectativa das gestantes em relação ao parto. Os resultados reforçam o valor do desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de complicações em gestantes, além da consulta de enfermagem com abordagem integral à saúde da mulher com o esclarecimento de dúvidas, e a disponibilização de informações sobre o procedimento do parto e planejamento do puerpério.	Revista de Pesquisa (Online): Cuidado é Fundamental.
F	Compreender o processo de hospitalização na ótica da gestante de alto risco.	Descritivo com abordagem qualitativa.	As gestantes tinham diferentes representações quanto à gestação de alto risco e hospitalização. Foram verificados desconfortos relacionados ao desconhecimento de fatores inerentes ao processo gravídico. Sendo ressaltada a competência do profissional de enfermagem esclarecer as dúvidas, ser fonte de informações, para que elas possam dispor de saberes sobre o processo gestacional, habilidades para executar o autocuidado e capacidade para agir de maneira adequada sob determinados desconfortos, promovendo a qualidade de saúde no processo de hospitalização. Além de incorporar ao conhecimento científico as necessidades de cuidados psicossociais dessas mulheres, rompendo com a ideia do modelo biomédico centrado na doença.	Revista enfermagem UERJ.
G	Discutir as repercussões das práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras sobre a vivência das mulheres na gravidez e no parto	Qualitativo.	Constatou-se que as enfermeiras no período gestacional, passaram tranquilidade às gestantes em sua atitude quando esclareciam as dúvidas, observou-se também que as práticas educativas elaboradas pelas enfermeiras tiveram repercussões na vivência do parto, pois constatamos mulheres que demonstraram a desmistificação da dor do parto, empoderamento e a vivência do aprendido.	Revista brasileira de enfermagem (REBEn).
H	Identificar os motivos que levaram as mulheres a optarem pelo parto domiciliar; avaliar a assistência obstétrica recebida pelas parturientes em seus domicílios.	Qualitativo, história de vida.	Concluiu-se que fatores como personalidade, estilo de vida, visão de mundo e experiências vivenciadas com seus ascendentes, contribuíram para a escolha do parto domiciliar pelas mulheres. Ressaltando a importância do enfermeiro na assistência obstétrica, sua competência proporciona confiança das mulheres no parto livre de ações	Revista brasileira de enfermagem (REBEn).

			desnecessárias, através da transmissão de sensação de segurança.	
I	Compreender as experiências de puérperas que vivenciaram o trabalho de parto e o parto em um modelo assistencial humanizado.	Qualitativo.	Foi evidenciado que o relacionamento de trocas entre profissional e cliente é necessário para que a assistência ao parto seja humanizada. Além de serem fundamentais ações educativas como um meio de promover um conhecimento crítico na mulher, para que assim resgate sua autonomia.	Revista brasileira de enfermagem (REBEn).

Fonte: Da pesquisa.

Quanto ao exposto, o artigo A faz referência as práticas de cuidado utilizadas por enfermeiras para promover a autonomia da mulher no parto normal. Em concordância com os artigos E, G e I, que ressaltam a importância do profissional enfermeiro, onde através de suas condutas orienta a mulher, tornando-a capaz de usufruir de seus direitos. Dentre as ações apontadas destacaram-se o acolhimento como ferramenta fundamental para criação de vínculo e confiança entre paciente e profissional, e a promoção da presença do acompanhante, que também é citada no artigo H, como fonte de conforto e suporte emocional.

Dessa maneira, é considerável destacar, que o direito a presença de acompanhante de escolha da parturiente é assegurado pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, e regulamentada pela Portaria GM 2.418 de 2 de dezembro de 2005. Isto é, negar a mulher o direito ao acompanhante de sua escolha infringe não apenas seu desejo, e na perda de sua autonomia, como foi demonstrado no artigo B, mas também viola seus direitos como cidadã. Além de evidências científicas apontarem os benefícios trazidos através desta ação, o que a torna um dos pilares para um pré-natal de qualidade na Atenção Básica (BRASIL, 2005).

O artigo C ratifica os achados do artigo A, acerca da importância da confiança da mulher no profissional enfermeiro, que durante as consultas de pré-natal é capaz de estabelecer um vínculo, ajudando a mulher a superar medos e ansiedades. Consultas essas, consideradas pelo artigo E como ferramentas importantes na prevenção de complicações.

Porém a ação de acolhimento não é inerente apenas ao enfermeiro, Souza e Horta (2012) ratificam que é indispensável que a parturiente seja assistida de forma humanizada por uma equipe multiprofissional desde o pré-natal, já que conforme o artigo F, a gestação é um momento que modifica todo o complexo feminino, o que pode gerar complicações físicas ou psicológicas, podendo haver necessidade de um atendimento mais específico por outros profissionais.

Contudo o enfermeiro é capaz de realizar todo o acompanhamento do pré-natal de baixo risco, sendo resguardado pelo Decreto nº 94.406/87 do Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 1987).

Por outro lado, o artigo B trata da intervenção cultural no desejo do tipo de parto da mulher. Ressalta que apesar da existência de políticas de saúde que incentivem o parto normal, profissionais e mulheres decidem o tipo de parto antecipadamente, considerando-o como uma questão de preferência.

O referido estudo entra em concordância com Freitas et al, (2010) quando indica que o desconhecimento acerca do parto normal gera insegurança na mulher, geralmente pelo medo da dor como uma das causas da solicitação da cesariana pelas brasileiras, sendo um dos motivos para o aumento dos índices dessa cirurgia no país.

O estudo acima reforça que a desconsideração das crenças e cultura da mulher, ocasiona a perda da autonomia no processo parturitivo, implicando no desrespeito da humanização da assistência obstétrica. O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000, estabeleceu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que procura garantir que a equipe de saúde efetue procedimentos que tragam benefícios ao binômio mãe-bebê, evitando ações desnecessárias e resguardando a autonomia da mulher (BRASIL, 2000).

No entanto, o Ministério da Saúde reconhece as dificuldades encontradas para desempenhar este papel. A maior parte dos profissionais de saúde veem a gestação e parto como um processo biológico, o que leva a valorização do aspecto patológico. Esse conceito oferece uma visão errônea, visto que o desenvolvimento da gestação geralmente ocorre livre de complicações (BRASIL, 2001; BENINCASA et al., 2012).

Dentre outros motivos, a interpretação do ciclo gravídico descrita acima, levou as autoras do artigo H a refletirem acerca da assistência de enfermagem e a formação acadêmica dos enfermeiros, que se limitava apenas ao procedimento e

que dificilmente atendia as reais necessidades da mulher, acarretando em um distanciamento da assistência humanizada.

Os achados do estudo acima demonstraram a necessidade do enfermeiro reconhecer sua identidade profissional, adotando diferentes maneiras de atenção à gestação, de forma semelhante ao que se afirma no artigo B, considerando a diversidade cultural presente no Brasil e seguindo medidas que favoreçam a evolução da assistência pré-natal, para que dessa forma a profissão de enfermagem não seja desvalorizada (ZIEGEL; CRANLEY, 2011; SILVA et al., 2016).

No artigo D, as autoras motivadas pela falta de humanização do modelo biomédico, também descrita no artigo H, prestam assistência à outra modalidade do cuidado, o parto domiciliar. O estudo revela a satisfação das enfermeiras em oferecer uma atenção que seja adequada às recomendações atuais. Evidencia a oportunidade do enfermeiro de resgatar valores e amparar a mulher de forma integral, reduzindo os índices de morbimortalidade e contribuindo para a redução de intervenções desnecessárias.

O artigo I destaca a humanização como ferramenta de conscientização social, salienta os benefícios psicobiológicos proporcionados pelo modelo humanizado, além de transformar o conceito social de parturição. Indica que a equipe de saúde deve atuar como uma facilitadora do processo de parturição. Entra em concordância com o artigo B, e com Silva et al. (2016) quando cita que cada mulher deve ser assistida de forma individual na sua singularidade.

Os achados do artigo I também revelam o sentimento de frustração de algumas mulheres que vivenciaram o parto normal humanizado, estas tiveram expectativas durante a gestação que não foram correspondidas. Isto remete a ausência de processos educativos no decorrer do pré-natal, que dentre outras condutas deve tornar compreensível os tipos de parto, tendo como parâmetro as condições de cada gestação.

Segundo o Ministério da Saúde (2012) cabe ao enfermeiro esclarecer as dúvidas da mulher durante o pré-natal, para que sejam evitados sentimentos como medo e ansiedade, citados nos artigos A e C, buscando minimizar preocupações geralmente causadas pela dor, danos físicos a si própria e malformações fetais, através de uma atenção integral e de qualidade na Atenção Básica.

7 CONCLUSÃO

O acompanhamento Pré-Natal é um procedimento fundamental para que a integridade das condições de saúde materna e fetal seja preservada. Durante as consultas são desenvolvidas ações preventivas, que tem como objetivo a redução dos níveis de mortalidade materna e perinatal.

A partir dos resultados deste estudo foi possível concluir a relevância da assistência prestada pelo profissional enfermeiro durante as consultas de Pré-Natal na Atenção Básica. A análise apresentou que ações como esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações seguras quanto aos tipos de parto, influenciam na escolha do tipo de parto pela mulher. O que proporciona autonomia materna e reflete em uma assistência livre de intervenções desnecessárias.

Através desta pesquisa foi possível constatar que os altos índices de partos cesáreos desnecessários no Brasil, ocorrem devido a mitos e falta de informação quanto ao parto normal, o que traz frustração e riscos para a mulher e o bebê.

Portanto, nesse contexto considera-se que cabe ao profissional enfermeiro orientar a mulher quanto às vias de parto, considerando suas singularidades e respeitando sua cultura e crenças. Para que assim as dificuldades que permeiam o parto normal sejam desmistificadas, proporcionando uma assistência segura e de qualidade, que alcance os níveis de proteção estabelecidos.

Em vista disso, sugere-se ao profissional de enfermagem que durante as consultas de pré-natal, promova a escuta ativa, favoreça a mulher uma assistência holística considerando todos os aspectos que a permeiam, disponibilize informações sobre o trabalho de parto e parto, indicando suas vantagens e desvantagens, porém apresentando os benefícios do parto normal. Para que assim, de forma ética possa quebrar paradigmas e promover a autonomia da mulher.

Por fim, espera-se que esses achados possam contribuir para a reflexão da assistência prestada às gestantes primíparas na atenção básica, respeitando suas particularidades e incentivando o parto normal. Tendo como sempre, o intuito de promover uma assistência digna e humanizada, proporcionando a mulher o protagonismo desse momento da vida.

No decorrer da busca, foi identificada insuficiência de materiais atualizados que abordassem o objeto de estudo e atendessem aos objetivos da pesquisa, apesar da relevância do tema para a redução da morbimortalidade materna e

perinatal. Desta forma, sugere-se que haja pesquisas complementares sobre a temática com o propósito de informar quanto ao parto normal, assegurando as gestantes intervenções benéficas.

DEMYSTIFICATION OF THE DIFFICULTIES OF NORMAL BIRTH: The actions of a
nurse in basic care

ABSTRACT

A number of factors can influence the woman in choosing the type of childbirth, among them are myths that end discouraging the predilection by normal birth: Therefore, it's been the next question: What is the importance of the nurse in the process of demystification of the difficulties coming of the normal birth in the primarity? The present study is intended to describe the actions of the nurse in basic care aiming at the demystification of the normal birth during consultation of prenatal. It was treated of the type of bibliographical review, which included the inclusion criteria of the original articles, published between the years of 2011 and 2016, were used the following databases: Literature Latin American and Caribbean in Health Sciences and the Collection Scientific Electronic Library Online, at the Portuguese language. Used the following Controlled Descriptors Health Sciences: "Humanized birth," "Nursing", "Cesarean" and "Normal birth". The results prove that the orientations provided during the consultations of the nursing of prenatal providing security the woman in the choice of the type childbirth, which results in its autonomy and decrease of surgical unnecessary birth. It is suggested to the nurse that during prenatal consultations, promote active listening, favors the holistic assistance, make available information about work childbirth and childbirth indicating of their advantages and disadvantages, but presenting the benefits of normal birth so that ethically can to break paradigms and collaborate with The reduction of maternal and perinatal mortality levels.

Keywords: Humanized Birth. Nursing. Cesarean. Normal Birth.

REFERÊNCIAS

- BENINCASA, B.C; et al. Taxa de Infecção Relacionada a Partos Cesáreos e Normal no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, v.32, n.1, p.5-9. jan./dez. 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-647302>>. Acesso em: 12 nov. 2015.
- BRASIL. **Decreto nº 94.406 de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 8 de junho de 1987. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 11 ago. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF, mar. 2011. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf>. Acesso em: 02 out. 2016.
- _____. **Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/portaria_n_569_de_1_de_junho_de_2000.doc.pdf>. Acesso em: 30 set. 2016.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 14 set. 2016.
- _____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: 2005.
- _____. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. **Portaria nº 2.418/GM, de 2 de dezembro de 2005**. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 6 dez. 2005. Seção 1, p. 32. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/legis/portaria_ms_2418_2005_regulamento_direito_a_acompanhante.pdf>. Acesso em: 30 set. 2016.
- BREVIDELLI, M. M; SERTÓRIO, S. C. M. TCC – Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. 4 ed. **Rev. atual. e ampl.** São Paulo: látria, 2010. Disponível em: <http://astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2015.

CASTRO, J.C.; CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino am. enferm. (Online)**, v. 13, n. 6, p. 960-967, 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 159/1993, de 19 de abril de 1993. **Dispõe sobre a consulta de Enfermagem**. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 23 ago. 2016.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Obstetrícia de Williams**. 23 ed. São Paulo: Artmed, 2012.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil**: Documentários mostram rotina de medo e de silêncio que envolve os partos no país. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/documentarios-mostram-rotina-de-medo-e-de-silencio-que-envolve-os-partos-no-pais>> Acesso em: 18 abr. 2016.

_____. **Nascer no Brasil**: Pesquisa revela número excessivo de cesarianas. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>>. Acesso em: 20 de mar. 2015.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 904p.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre. UFRGS. 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2011.

OLIVEIRA, M. **Operador Booleano Sistema de Biblioteca-PUC-RIO**. 2009. Disponível em: <<http://www.dbd.puc-rio.br/wordpress/?p=116>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

REZENDE, J. , MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno – neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SILVA, C.S. et al. Atuação do enfermeiro na consulta de pré-natal: limites e potencialidades. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v.8, n.2, p. 4087-4098. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2009/pdf_1839>. Acesso em: 13 abr. 2016.

SOUZA, M.C.M. R; HORTA, N.C. **Enfermagem em Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

VELHO, M.B.; SANTOS, E.K.A. Vivência Do Parto Normal Ou Cesáreo: Revisão Integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.2, n.2, p. 458-466, Abr./Jun.2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/en_a26v21n2.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2016.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem Obstétrica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.