

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE ENFERMAGEM**

CAMILA BORGES ALVES DA SILVA

**PAPEL DO ENFERMEIRO NO TRABALHO DE PARTO: UMA ANÁLISE
SEGUNDO AS DIRETRIZES NACIONAIS DO PARTO HUMANIZADO**

**CAXIAS DO SUL
2022**

CAMILA BORGES ALVES DA SILVA

**PAPEL DO ENFERMEIRO NO TRABALHO DE PARTO: UMA ANÁLISE
SEGUNDO AS DIRETRIZES NACIONAIS DO PARTO HUMANIZADO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem na Universidade de Caxias do Sul, na Área de Conhecimento de Ciências da Vida.

Orientadora: Prof. Dra. Nanci da Silva
Teixeira Junqueira

CAXIAS DO SUL

2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me dar a vida e força para seguir em frente aos obstáculos.

Aos meus pais por terem me educado e instruído a trilhar no caminho do bem e vencer pelo esforço do meu trabalho e dedicação.

Aos meus amigos que sempre torceram pela minha vitória.

E especialmente ao meu marido, companheiro e amigo que foi meu maior apoiador e incentivador durante toda a minha trajetória acadêmica.

Ainda quero agradecer as orientadoras Dra. Nilva Rech Stedile no início do projeto e a Professora Nanci da Silva Teixeira Junqueira, que contribuíram para que eu pudesse desenvolver melhor meu potencial, com certeza, aprendi coisas novas relacionadas à pesquisa e escrita científica, bem como à profissão que escolhi para minha vida.

RESUMO

A medicina moderna desenvolveu diferentes métodos e técnicas que são capazes de melhorar os índices de saúde materna ao propor soluções relacionadas ao trabalho de parto como, por exemplo, o parto feito por cesariana. Todavia, observa-se que práticas invasivas e métodos farmacológicos têm sido utilizados excessivamente mesmo diante de casos que não têm indicações clínicas, contribuindo assim para altas taxas de morbimortalidade materna e infantil. Teve como objetivo geral analisar, por meio da literatura especializada, o papel do enfermeiro relacionado ao trabalho de parto segundo as diretrizes nacionais do parto humanizado. O estudo foi realizado através de uma revisão de literatura integrativa de acordo com artigos científicos publicados nas bases de dados BVS e PubMed. Os principais resultados mostraram que o papel do enfermeiro frente ao trabalho de parto humanizado é garantir o bem-estar físico e emocional da parturiente e favorecer a aproximação da mãe com o recém-nascido por meio contato pele a pele e do aleitamento materno na primeira hora de vida. Os resultados mostraram também que os direitos da gestante garantidos pela diretriz nacional de parto humanizado são o empoderamento, autonomia da mulher, recebimento de informações sobre o parto durante o pré-natal, acolhimento e esclarecimento durante o trabalho de parto. Ao final do trabalho conclui-se que o enfermeiro, quando embasado na literatura científica e em concordâncias com as diretrizes do parto humanizado do Ministério da Saúde contribuem com práticas que fortalecem a autonomia e empoderamento da mulher, além de aplicar métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto, além de praticar o clampeamento tardio e proporcionar o contato pele a pele entre mãe e filho e amamentação na primeira hora de vida do bebê. Garantindo assim, o bem estar físico e emocional da mulher desde o pré-natal até o pós parto.

Palavras-chaves: Parto humanizado. Enfermagem obstétrica. Empoderamento materno.

LISTA DE SIGLAS

EO – Enfermeiro obstetra

MS – Ministério da Saúde

RN – Recém nascido

TP – Trabalho de parto

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVOS	5
2.1 Geral	5
2.2 Objetivos Específicos	5
3. REVISÃO TEÓRICA	6
3.1 Processo histórico do parto	6
3.2 Fisiologia do Parto	7
3.3 Fatores de Riscos e Complicações relacionadas ao parto	9
3.4 Políticas públicas relacionadas ao parto	13
3.5 Parto humanizado	15
3.6 Papel da equipe de enfermagem no parto humanizado	18
4 METODOLOGIA	20
4.1 Delineamento	20
4.2 Coleta de dados	20
4.3 Critérios de inclusão e exclusão	20
4.4 Análise dos dados	20
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	22
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Silva et al. (2017), durante séculos, os partos eram realizados no âmbito familiar, no ambiente doméstico. A gestante recebia os cuidados de pré-natal por meio de outras mulheres, o parto e os cuidados no puerpério também eram auxiliados por mulheres comuns. Desse modo, todo o processo de geração de uma criança e recuperação pós-parto acontecia conforme o tempo necessário de acordo com a fisiologia de cada mulher.

Porém, à medida que a ciência e as tecnologias avançaram na medicina, o domicílio deixou de ser o espaço principal onde os partos aconteciam, sendo substituído por hospitais. Em teoria, o ambiente hospitalar é mais preparado para promover um número maior de partos seguros, mas na prática a institucionalização do parto trouxe algumas implicações como menor autonomia e privacidade feminina e materna (SILVA et al., 2017).

A assistência ao parto e nascimento no sistema de saúde do Brasil é realizada principalmente por meio de tecnologias e intervenções invasivas que são utilizadas indiscriminadamente, interferindo na saúde e bem-estar da gestante e puérpera. Essa caracterização da assistência à saúde materna e neonatal constitui um cenário de violação aos direitos da mulher brasileira, resultando na alta prevalência da morbimortalidade infantil (DINIZ, 2016).

A partir da década de 1980, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil notou a necessidade de criar estratégias para melhorar a qualidade da assistência à gestante, sendo criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-fetal. Com o passar do tempo outros programas foram criados visando o cuidado e a assistência humanizada à saúde da gestante, da puérpera e do recém-nascido (RN). (SILVA, et al., 2019).

Em meio a isto, surge a especialização da enfermagem para atuar na obstetrícia, onde habilidades e competências são focadas na promoção do cuidado integral à gestante e puérpera, com respeito ao processo fisiológico pelo qual o corpo da mulher passa no parto, o que eleva a qualidade na saúde materno-infantil. Em países industrializados, a experiência tem mostrado que a formação de profissionais não médicos para cuidados de saúde primários para mulheres durante

o parto reduz os riscos associados ao parto e suas consequências para altas taxas de morbimortalidade materna (REIS et al., 2015).

Diante desse processo foi criada a pergunta de pesquisa: “Qual a importância do papel do enfermeiro relacionado ao trabalho de parto segundo as diretrizes nacionais do parto humanizado?”

De acordo com o MS do Brasil, entre 1996 a 2018, aproximadamente 70% dos óbitos maternos no país são causados por fatores obstétricos diretos, isto é, complicações durante a gestação, parto ou puerpério, seja por intervenções desnecessárias, tratamentos inadequados, omissões ou cadeia de eventos que resultaram no óbito (BRASIL, 2020).

Tendo em vista os aspectos levantados, entende-se que a assistência de saúde ao parto no Brasil, embora tenha dado passos importantes para instituir um modelo de parto humanizado, ainda enfrenta desafios para reduzir os altos índices de mortalidade materna decorrentes de complicações obstétricas. Nesse cenário, o enfermeiro é um profissional que tem sua formação pautada nos cuidados, assim, acredita-se que possui importante potencial para colaborar com o fortalecimento e eficácia do modelo do parto humanizado no Brasil.

Logo, o desenvolvimento dessa pesquisa é relevante para a compreensão sobre como o enfermeiro em obstetrícia (EO) pode contribuir para o trabalho de parto humanizado, conforme as diretrizes nacionais do parto humanizado. A reunião e discussão da literatura sobre o tema fornece subsídios para a reflexão e autocrítica desse profissional quanto ao seu papel para tornar o processo de gestação e puerpério mais seguro, garantindo a informação, autonomia, saúde e bem-estar de gestantes e puérperas. Além disso, acredita-se que o estudo seja relevante para a comunidade científica ao proporcionar um aporte teórico capaz de contribuir para mais estudos na área. Por esse motivo, os efeitos da pesquisa têm relevância social, uma vez que agrega conhecimentos para a melhoria dos serviços de saúde em assistência ao parto humanizado.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar, por meio da literatura especializada, o papel do enfermeiro relacionado ao trabalho de parto segundo as diretrizes nacionais do parto humanizado.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar na literatura especializada o papel do enfermeiro no parto humanizado.

Identificar os direitos da gestante garantidos pela diretriz nacional de parto humanizado.

Relacionar as diretrizes definidas pelo MS para o parto humanizado com a atuação do enfermeiro apresentada na literatura.

3. REVISÃO TEÓRICA

3.1 Processo histórico do parto

Segundo Vendrúscolo e Kruehl (2015) o parto era considerado assunto de mulher até meados do século XVII, a parteira que realizava o parto era de confiança da família e quem a auxiliava geralmente a mãe da parturiente. Já em âmbito da realeza, o parto era considerado um espetáculo e era assistido por diversas pessoas.

Durante séculos o parto era realizado no ambiente doméstico, as mulheres tinham seus partos em casa e ajudavam umas às outras a realizá-lo. Os cuidados no domicílio se davam desde o pré-natal até o pós-parto e recuperação total da puérpera. Raramente o procedimento de parto era realizado em um hospital, mas já se tinha o conhecimento sobre os riscos do parto, como parto obstruído, infecções, hemorragias e até mesmo a morte da gestante e do feto (SILVA, et al., 2019).

No século XIII, o médico tinha como nome “cirurgião-barbeiro” e era solicitado quando ocorria morte da gestante ou do feto no trabalho de parto. O procedimento que ele fazia era chamado cesariana, indicado quando havia morte da puérpera e embriotomia e morte do feto (SILVA, et al., 2019).

Em 1600 foi criado o fórceps, inventado por Peter Chamberlain, para ser usado em um parto obstrutivo, com isso, as parteiras aos poucos foram perdendo lugar, as mulheres foram se desapropriando dos saberes e a figura do médico cirurgião passou ficar em evidência (SILVA et al., 2019).

O conhecimento científico continuou avançando, sendo transferido para o atendimento ao parto. Aos poucos foram sendo compreendidos os múltiplos aspectos envolvidos no trabalho de parto, a anatomia pélvica passou a ser conhecida e surgiram avanços de extraordinária importância, como a primeira anestesia obstétrica, o clorofórmio, que desencadeou na época um debate moral sobre o alívio da dor no parto (SILVA, et al., 2019, p.73).

Segundo Silva (2019, p. 73), “com o avanço científico, o parto foi transferido do domicílio para o hospital, que desenvolveu regras para atender às necessidades de segurança do médico, excluindo familiares e amigos das parturientes”. A mulher deixou de ter autonomia e quem passou a ter domínio sobre as decisões foram os profissionais de saúde que atuavam para realizar o parto.

A institucionalização acabou afastando a família do processo de nascimento, as parturientes deixaram de ter autonomia e privacidade, quem tomava as decisões era o médico, no momento do trabalho de parto eram utilizados procedimentos invasivos (episiotomia, tricotomia e enema). O trabalho de parto passou a ser um momento cheio de normas e regras defendidas pela instituição (DINIZ, 2001; MALDONADO, 2002 *apud* VENDRUSCÚLO; KRUEL, 2015).

Nos últimos 30 anos muitos estudos foram realizados em relação aos métodos e intervenções invasivas utilizadas no âmbito hospitalar. Esses estudos possibilitaram evidenciar que muitas dessas intervenções poderiam ser realizadas de forma mais seletiva, evitando assim traumas desnecessários à parturiente (SILVA, et al., 2019).

3.2 Fisiologia do Parto

O parto pode ocorrer de duas formas: parto cesárea; que consiste no ato cirúrgico, onde é feita uma incisão na parede do abdômen e útero da gestante para retirada do feto; parto vaginal que é a expulsão do feto pelo canal vaginal. Esse último é conhecido no senso comum como parto normal ou natural (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Uma série de transformações ocorrem no corpo feminino durante toda a gestação a fim de possibilitar o desenvolvimento do feto e o parto propriamente dito. Para explicar como ocorre o parto é importante conhecer os fatores que desencadeiam o trabalho de parto.

De acordo com Ricci (2019, p.424), “o corpo da gestante passa por várias mudanças em preparação para o nascimento do feto.” Essas mudanças muitas vezes apresentam sinais e sintomas característicos, tais como:

- alterações hormonais: no último trimestre da gestação aumenta a produção do estrogênio e diminui a produção da progesterona;
- mudança no colo uterino: amolecimento e dilatação da estrutura;
- descida do feto: o feto se encaixa na pelve materna;
- saída do tampão sanguinolento: ocorre devido ao amolecimento do colo uterino;
- contração de *braxton hicks*: contrações que são sentidas no decorrer da gestação (contrações de ensaio) tornam-se mais intensas;

- aumento do nível de energia: nas últimas 48 horas que antecedem o parto, causado pelo aumento de epinefrina decorrente da redução da progesterona;
- ruptura da membrana amniótica: ocorre vazamento do líquido amniótico.

A mesma autora relata também sobre os sinais que evidenciam o trabalho de parto: as contrações uterinas são sentidas pela gestante com maior intensidade e irradiam das costas para o abdômen, com intervalo de 2 a 4 minutos e duração de 30 a 60 segundos. As contrações são responsáveis pela dilatação do colo uterino e por impulsionarem a apresentação fetal.

É importante destacar que em alguns casos a gestante pode ter a ruptura espontânea da membrana amniótica, sem ter contrações uterinas. Segundo King *et al.*, (2015 *apud* Ricci 2019), pode ocorrer em 8 a 10% das mulheres a termo, podendo entrar em trabalho de parto (contrações) nas próximas 24 horas

Zugaib (2015) e Ricci (2019) dividem o parto em quatro estágios: dilatação, expulsão, dequitação e período de greenberg.

- Dilatação: a dilatação cervical ocorre através das contrações, começa com uma pequena modificação cervical e termina com a dilatação completa do colo uterino (10 cm de dilatação), tem duração média de 8 a 12 horas. A modificação cervical é avaliada através do toque vaginal e é medida em centímetros.

- Expulsão: nesse período as contrações tornam-se mais frequentes e com maior intensidade (2 a 3 minutos e duração de 60 a 90 segundos), fazendo com que ocorra a descida fetal e posterior passagem do feto ao longo do canal e terminando com o parto (nascimento). A duração média da expulsão é de 1 hora.

- Dequitação: a dequitação ocorre após o parto e consiste no descolamento e descida da placenta até chegar na expulsão da mesma, ou seja, o útero ainda continua contraindo, fazendo com que a placenta se desprenda da parede uterina e seja totalmente expelida.

- Período de Greenberg: tem início com a expulsão total da placenta, é considerado o pós-parto imediato.

Para definir a via de parto é muito importante que, desde o pré-natal, sejam analisados alguns parâmetros da saúde da gestante e do feto. Se a anatomia pélvica da gestante for pequena ou alargada, dificulta a passagem do feto e não é favorável ao parto vaginal. O feto pode estar na posição cefálica, pélvica ou de

ombro, as duas apresentações, pélvica e de ombro, têm indicação do parto cesárea, pois podem trazer riscos para a gestante e o feto (RICCI, 2019).

Montenegro e Rezende Filho (2017) destacam as principais condições que definem o parto cirúrgico (cesárea).

- Absoluta: placenta prévia total ou parcial, placenta acreta, malformações genitais como atresias e septo genital, desproporção cefalopélvica;
- Relativa materna: cardiopatias, pneumonias, dissecação aórtica, condições associadas à elevação da pressão intracraniana e histórico de fístula retovaginal;
- Relativa fetal: sofrimento fetal, prolapso de cordão, apresentação pélvica ou de ombro, gemelidade com primeiro feto não cefálico, gemelidade monoamniótica, macrossomia ou infecções virais com HIV e herpes.

Os fatores essenciais para o trabalho de parto e o parto são os seguintes: via de passagem (canal de parto), passageiros (feto e placenta), força (contrações), posição (materna), resposta psicológica, filosofia (baixa tecnologia, alta humanização), parceiros (cuidadores que dão suporte), paciência (cronologia natural), preparação da gestante (base de conhecimentos em relação ao parto) e controle da dor (medidas de conforto) (RICCI, 2019, p. 447).

Assim, pode-se perceber que para ter um parto vaginal não depende somente dos fatores anatômicos e fisiológicos, mas também das respostas psicológicas, do conhecimento da gestante através da assistência no pré-natal e do apoio dos cuidadores envolvidos nesse processo.

3.3 Fatores de Riscos e Complicações relacionadas ao parto

Conforme estudo realizado por Mascarello et al. (2021), que objetivou analisar as complicações maternas precoces e tardias associadas à via de parto, identificou-se complicações pós-partos relacionadas em ambas as vias de parto, porém as maiores complicações acometem mulheres que tiveram parto cesárea.

Abaixo, o Quadro 1 contém as principais complicações precoces e tardias de maior prevalência relacionadas ao tipo de parto.

Quadro 1: Principais complicações precoces e tardias relacionadas ao tipo de parto

	Parto normal	Parto cesárea
Complicações precoces	- Anemia - Hemorróidas - Hemorragia	- Hemorragia - Infecção pós-parto - Infecção urinária - Dor - Complicações anestésicas - Cefaleia
Complicações tardias	- Incontinência urinária - incontinência fecal - Cistocele	- Dispareunia - Prolapso genital

Fonte: elaborado pela autora com base em Mascarello et al. (2021)

Em relação ao quadro apresentado é importante destacar os resultados do estudo realizado quanto aos riscos maternos relacionados ao tipo de parto:

Não houve diferença entre as mulheres que fizeram cesárea e as que tiveram parto vaginal quando as complicações precoces foram consideradas em conjunto. Quando as complicações precoces foram analisadas isoladamente, as mulheres do grupo cesárea apresentaram 2,9 p.p a mais de risco de infecção pós-parto (IC95% 0,80 – 5,02), 1,13 p.p. a mais de risco de infecção urinária (IC95% 0,33 – 1,94), 1,10 p.p. (IC95% 0,50 – 1,70) a mais de risco de complicações anestésicas (IC95% 0,50 – 1,70) e 1,24 p.p. a mais de risco de cefaleia (IC95% 0,62 – 1,87), porém apresentaram menor risco de anemia (-2,43 p.p., IC95% -4,86 – 0) e hemorroidas (-1,24 p.p., IC95% -1,98 – -0,49). (MASCARELLO et al., 2021, p.8).

Esses resultados permitem concluir que as mulheres submetidas a cesárea estão expostas a um maior número de fatores de risco e, portanto, desenvolvem maior quantidade de complicações precoces e tardias relacionadas ao parto.

Considerando o parto de via vaginal, os riscos são pequenos para a gestante e o feto. Na admissão da gestante para o parto, é importante realizar exame físico minucioso para detectar quaisquer fatores que possam desencadear risco para a gestante e o feto.

Segundo Zugaib (2015), na anamnese da parturiente deve ser observada nas anotações de pré-natal se ocorreram complicações clínicas e/ou obstétricas no período da gestação. Devem também ser revisados os exames complementares desse período e a idade gestacional. Para evitar complicações no intra-parto devem ser pesquisadas situações como: presença de feto único ou gemelar; tamanho do feto; malformações fetais; e tipo sanguíneo.

O mesmo autor também destaca a importância de realizar um exame físico criterioso na admissão da parturiente no setor obstétrico. Neste exame deve ser

avaliado as condições clínicas da gestante e do feto, a altura uterina, a contratilidade uterina e a ausculta do batimento cardíaco fetal (BCF), para evitar quaisquer complicações durante e após o parto.

É relevante ressaltar os métodos utilizados para indução do parto, pois, se administrados incorretamente podem trazer riscos para a parturiente e o feto.

A indução do parto consiste na estimulação de contrações uterinas, por meio de métodos específicos, com o objetivo de promover o parto antes do início espontâneo do trabalho de parto. Difere da condução, na qual o objetivo é a adequação das contrações uterinas, iniciadas espontaneamente, para determinada fase do trabalho de parto (ZUGAIB, 2015, p.285).

De acordo com, Hurt et al. (2015), a indução do parto é indicada quando há benefícios para a parturiente e o feto. Antes de realizar a indução deve ser realizada a avaliação da maturidade pulmonar do feto (caso se o período de gestação for inferior a 39 semanas), e as condições fisiológicas e anatômicas da gestante. Se o parto vaginal for contraindicado não deve ser realizada a indução. Abaixo, o Quadro 2 contém as indicações e contraindicações da indução do parto.

Quadro 2: Indução do trabalho de parto: indicações e contraindicações

Indicações	Contraindicações
<ul style="list-style-type: none"> • Descolamento prematuro da placenta • Corioamnionite • Hipertensão gestacional 	Vasa prévia ou placenta prévia completa
<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura prematura das membranas • Gravidez pós-termo • Pré-eclâmpsia e eclampsia • Condições médicas maternas (diabetsmelito, doença renal, doença pulmonar crônica, hipertensão crônica) 	Situação fetal transversa Infecção – HSV ativo, carga viral do HIV alta
<ul style="list-style-type: none"> • Comprometimento fetal (restrição de crescimento fetal grave, isoimunização) 	Deformidades estruturais da pelve
<ul style="list-style-type: none"> • Morte fetal 	Prolapso do cordão umbilical
<ul style="list-style-type: none"> • Induções eletivas para idade gestacional > 39 semanas por questões logísticas, como acesso remoto ao cuidado • Razões psicossociais • História de partos rápidos • Normalmente, apenas considerada se a cérvix for favorável 	Câncer cervical avançado

Produzido por: Hurt et al. (2015, p 105).

O mesmo autor também destaca a importância de aplicar o escore de Bishop, onde se o resultado for superior a oito a indução do parto se assemelha ao parto espontâneo e inferior a esse resultado tem maior índice de falha na indução, ou seja, causando prolongamento do trabalho de parto ou evolução para um parto cesárea.

Quadro 3: Escore Bishop

Fator	0	1	2	3
Dilatação	Fechada	1-2 cm	3-4 cm	+5cm
Apagamento	0-30%	40-50%	60-70%	+80%
Altura	-3	-2	-1	>+1
Consistência	Firme	Média	Amolecida	-
Posição	Posterior	Centrada	Anterior	-

Produzido por: Hurt et al. (2015, p 105).

Os métodos para indução da maturação cervical são classificados em métodos farmacológicos e métodos mecânicos. Estes agem no colo uterino e causam amadurecimento do canal cervical. Segundo Zugaib (2015) esses métodos caracterizam-se por:

- Método farmacológico: consistem no uso de fármacos como prostaglandina (misoprostol), relaxina, óxido nítrico e hialuronidase. São drogas que agem na dissolução do colágeno e, por consequência, causam amolecimento do colo uterino. Os efeitos colaterais relacionados a esses fármacos estão ligados à parturiente podendo gerar hiperestimulação uterina, febre, vômito e diarreia.

- Métodos mecânicos: constituem-se da aplicação direta de manipulação mecânica do colo uterino com escolamento das membranas, amniotomia e balão de Foley 14 ou 16. Eles irão estimular o amadurecimento cervical de forma mecânica.

A indução do trabalho de parto também pode ser realizada por meio da administração da ocitocina que induz e acelera o trabalho de parto através do aumento das contrações uterinas. As complicações e efeitos adversos estão relacionados à dose que é administrada. Os efeitos adversos da ocitocina são relacionados, primariamente, à dose.

No caso de administração da ocitocina, segundo Hurt et al. (2015, p. 107):

A complicação mais comum é a taquissístole uterina, que pode resultar em hipoperfusão uteroplacentária. A taquissístole uterina em geral é reversível quando a infusão de ocitocina é diminuída ou descontinuada. Se necessário, um agente beta-adrenérgico pode ser administrado. O uso prolongado de ocitocina aumenta o risco de atonia uterina e hemorragia pós-parto. A infusão rápida de ocitocina pode resultar em hipotensão. A infusão prolongada pode resultar em intoxicação hídrica e hiponatremia, já que a ocitocina é estruturalmente semelhante ao hormônio antidiurético (HURT et al., 2015, p 107).

Se bem administrado, esse procedimento traz bons benefícios, principalmente em gestações de alto risco, por reduzir as taxas de parto cesárea. É recomendado que se utilize esse método quando realmente for necessário. Antes de realizá-lo, as condições fisiológicas e anatômicas da gestante e a posição do feto devem ser avaliadas, após a indução deve ser mantido controle de vigilância dos sinais vitais, tanto da gestante como do feto (SILVA et al., 2019; ZUGAIB,2015).

3.4 Políticas públicas relacionadas ao parto

No Brasil há décadas vem se falando sobre humanização voltada para práticas de saúde. Esse tema tem como enfoque a melhoria no atendimento do usuário e a qualidade de trabalho dos profissionais. O conceito de humanização pode ter inúmeros sentidos. Heckert, Passos e Barros (2009), evidenciam que essa pluralidade de sentidos não separa as suas práticas e propostas.

Dentre os sentidos comumente utilizados, quando discutimos com profissionais de saúde e usuários, encontram-se aqueles que designam humanização como: tratar com respeito e carinho, amor, empatia, capacidade de colocar-se no lugar do outro, acolhimento, aceitação do outro, diálogo, tolerância, tratar do outro com respeito e educação, aceitar as diferenças, resgatar a dimensão humana nas práticas de saúde. Outros sentidos também são evocados, tais como: acolhimento resolutivo, participação no SUS, corresponsabilidade, inclusão, controle social, ética, não discriminação, transformar o SUS, valorização do trabalhador, dentre outros (HECKERT, PASSOS; BARROS, 2009, p.5).

A origem do modelo de assistência obstétrica no Brasil se deu a partir do ano de 1983, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-fetal. Com o passar do tempo foi se notando problemas na execução desse Programa e com isso foram criadas novas ações para melhoria dos processos de trabalho que envolvem o atendimento à mulher (SILVA, et al., 2019).

No ano de 2000 foi lançado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n. 569, de 1/6/2000. Esse programa tinha como enfoque assegurar a melhoria do acesso, qualidade e assistência no atendimento desde o pré-natal e parto até o pós-parto (BRASIL, 2000).

O Programa Humanização no Pré-natal e Nascimento visa reduzir as taxas de morbimortalidade materna, assegurar o acesso e qualidade no acompanhamento pré-natal, parto e pós-parto, ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na atenção à gestante: gestação de alto risco, procedimentos específicos, maternidade segura, capacitação de Parteiras Tradicionais, capacitações profissionais voltada a atenção a saúde da gestante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 *apud* POSSATI et al., 2017).

De acordo com o PHPN, a humanização abrange o acolhimento digno à tríade mulher-bebê-família a partir de condutas éticas e solidárias. Para isso, é necessária a organização da instituição com um ambiente acolhedor em que prevaleçam práticas que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Também abrange a incorporação de práticas e procedimentos que possam contribuir para o acompanhamento e a evolução do parto e do nascimento, abandonando condutas despersonalizadas e intervencionistas, que acarretam em riscos à saúde materno-infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, *apud* POSSATI et al., 2017 p. 2).

Em 2017 a Portaria nº353 aprovou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. O Ministério da saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde da Mulher do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGSM/DAPES/ SAS/MS), elaborou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal que tem como intuito a segurança da vida da mulher e do bebê. Esse documento foi elaborado por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, médico neonatologista, médico anesthesiologista e enfermeiras obstétricas (BRASIL, 2017).

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal têm como objetivo:

Sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal (BRASIL, 2017, p. 8).

Os programas e diretrizes elaborados pelo Ministério da saúde têm como finalidade padronizar e qualificar o processo de cuidado da gestante e do recém nascido (RN), visando a segurança e a saúde dos mesmos. Assim, devem ser observados por todos os serviços nacionais que prestam esse tipo de cuidado (BRASIL, 2017).

3.5 Parto humanizado

É importante que seja estabelecido vínculo entre os profissionais e a gestante (acolhimento). Para isso, a comunicação é um meio importante e deve ser utilizado para esclarecer dúvidas e explicar todos os passos do processo do parto. Outro ponto importante é a autonomia e o empoderamento da gestante, com o objetivo de deixá-la tomar decisões e escolher o tipo de parto (GOMES; OLIVEIRA; LUCENA, 2019).

O processo de humanização do parto possibilita a inserção do profissional enfermeiro a fim de promover um ambiente mais familiar e acolhedor para parturiente conseguindo assim a participação ativa das parturientes garantindo, seu empoderamento em todas as etapas do processo do trabalho de parto, diminuição da ansiedade e aumento da segurança (GOMES; OLIVEIRA, 2019, p.13).

De acordo com Gomes e Oliveira (2019), a comunicação e o acolhimento à gestante devem ser praticados desde a primeira consulta de pré natal, com o objetivo de esclarecer dúvidas e fornecer informações sobre o tipo de parto, suas vantagens e desvantagens.

[...] humanizar a assistência do parto e nascimento implica na mudança de atitudes e de condutas, por meio de uma assistência que garanta o respeito e a sensibilidade com o trinômio mulher-criança-família. A humanização precisa ir além de tratar bem as pessoas, envolvendo a valorização dos sujeitos e o respeito às suas singularidades (POSSATI *et. al*, 2017, p. 5).

Segundo a autora Possati *et. al*, (2017), no âmbito hospitalar, a humanização começa desde a admissão da gestante, o acolhimento na chegada da maternidade deve ser feito de forma que demonstre atenção, interesse e disponibilidade por parte dos profissionais de saúde. Ao fazer a entrevista da parturiente podem ser passadas algumas informações para trazer conforto e alívio da dor, incentivo à deambulação, posicionamento livre e técnicas de respiração.

A substituição ou extinção das práticas invasivas como a episiotomia, o enema, a tricotomia e os toques sucessivos (mais de uma pessoa realizando o exame de toque), é considerada prática humanizada, por deixar a gestante mais confortável evitando assim procedimentos invasivos desnecessários (POSSATI et al., 2017).

De acordo com Silva (2019) proporcionar um ambiente favorável, desde o acolhimento da gestante, a assistência prestada no trabalho de parto e parto são decisivas para uma experiência positiva, ou seja, um parto humanizado traz benefícios para os aspectos fisiológicos e psicológicos para a gestante e família envolvida nesse processo.

As ações voltadas para o alívio da dor e conforto da gestante também são fatores importantes a se destacar quando se refere a parto humanizado, pois visam reforçar a autonomia da gestante em relação ao trabalho de parto. Segundo estudos, os métodos e recursos não farmacológicos utilizados para o alívio da dor e conforto proporcionam melhor evolução no trabalho de parto (GALLO et al., 2011).

Abaixo, o Quadro 3 contém os principais métodos não farmacológicos utilizados para o alívio da dor.

Quadro 3: Principais métodos não farmacológicos utilizados para o alívio da dor

Método	Forma de realização	Finalidade
Banho de chuveiro	Deve ser realizado com ducha sobre a região da dor (lombar ou abdome inferior) na temperatura 37 a 38°C, com duração de no mínimo 20 minutos.	Induzir a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular, promovendo o alívio da dor.
Banho de imersão	Realizado em uma banheira, a água deve estar na temperatura de 37 a 38°C, deve ser utilizado em fase ativa de parto em torno de 6cm de dilatação	Proporcionar conforto à gestante e diminuir o tempo de trabalho de parto.
Massagem	Pode ser aplicada em qualquer região que houver desconforto, as técnicas podem variar de deslizamento superficial e profundo, amassamento, pinçamento, fricção ou pressão em pequenos círculos, desde que realizada de forma direccional, razoavelmente firme e rítmica.	Promover alívio da dor, proporcionar contato físico com a gestante, potencializando o efeito de relaxamento, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos.
Eletroterapia	Emissão de impulsos ou estímulos	Tem como objetivo minimizar a dor

	elétricos de baixa frequência, por meio de eletrodos aplicados sobre a região dolorosa.	na fase ativa do trabalho de parto
Exercícios respiratórios	No momento da contração realizar respiração torácica lenta com inspiração e expiração profundas e longas no momento das contrações uterinas. Importante ressaltar a importância de não iniciar precocemente a realização destes para evitar hiperventilação.	Reduzir a sensação dolorosa, melhorar os níveis de saturação sanguínea materna de O ₂ , proporcionar relaxamento e diminuir a ansiedade.
Técnicas de relaxamento	Fornecer a gestante um ambiente tranquilo, com música e iluminação adequada, estimular pensamentos utilizando a imaginação para reduzir trauma da dor no trabalho de parto e proporcionar uma postura confortável.	Permite que a gestante reconheça as partes do seu corpo, evidenciando as diferenças entre relaxamento e contração, melhorando o tônus muscular e favorecendo a evolução do trabalho de parto.
Deambulação e agachamento	Estimular a gestante a deambular e adotar posições confortáveis.	Ao deambular o efeito gravitacional juntamente com a mobilidade pélvica atuam no aumento de dilatação cervical e descida fetal, diminuindo o tempo de trabalho de parto.
Mobilidade materna	Estimular a mudança de postura variando de sentada no leito, cadeira, banqueta, decúbito lateral, ajoelhada, agachada, quatro apoios, em pé com inclinação de tronco, dentre outras, sempre de acordo com a mobilidade motora da gestante.	A mudança de postura materna durante o trabalho de parto tem se mostrado eficiente para aumentar a velocidade da dilatação cervical, promover o alívio da dor durante as contrações e facilitar a descida fetal.
Bola Suíça	A bola suíça pode ser utilizada para posicionar a gestante no momento em que for utilizado outros métodos como: banho no chuveiro e massagem.	Facilita a adoção de postura vertical pela gestante de forma confortável.

Fonte: elaborado pela autora com base em Gallo et al. (2011)

O Quadro apresentado acima foi organizado com base no estudo realizado por Gallo et al. (2011), onde foram analisados artigos, ensaios clínicos e revisões com o intuito de avaliar o efeito dos recursos não farmacológicos no trabalho de parto.

Segundo Silva et al., (2017), através do estudo onde foram analisadas as percepções das puérperas acerca do parto humanizado, as mulheres mostraram-se positivas em relação aos métodos utilizados para alívio da dor, embora não tenham amenizado completamente a dor puderam sentir-se confortáveis e confiantes.

A humanização do atendimento no parto natural busca resgatar a autonomia feminina sobre o próprio corpo no momento de parir, deixando-as de maneira livre para que possam se locomover, se alimentar, e se posicionar da forma mais confortável possível. [...] métodos não farmacológicos e não invasivos contribuem positivamente para a efetivação do parto. A utilização do banho de chuveiro, da bola suíça, do uso do cavaleiro, das barras, da deambulação e das massagens foram benéficos para alívio das contrações e relaxamento da mulher, além de auxiliar na dilatação e expulsão do RN (SILVA et al., 2017, p 06).

Os métodos utilizados no atendimento humanizado à gestante, puderam proporcionar conforto e satisfação para as parturientes, gerando assim um ambiente tranquilo no trabalho de parto, trazendo grandes benefícios para as puérperas e RN (SILVA et al., 2017).

3.6 Papel da equipe de enfermagem no parto humanizado

A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao parto humanizado tem um papel importante referente ao acolhimento desde o pré natal até o momento do parto, esses profissionais trazem segurança à gestante e a sua família. A enfermagem é definida como a protagonista da execução do processo de humanização, pois além de acompanhar todo o processo do parto ainda desenvolve estratégias e técnicas que promovem alívio da dor, um ambiente tranquilo e vínculo entre mãe e filho (SANTOS et al., 2022).

A humanização na assistência de enfermagem as parturientes dá-se por meio da presença do profissional durante todo o processo de parturição, oferecendo às mulheres apoio psicológico e emocional durante esse evento tão importante na vida dessa mulher, fazendo com que se sinta segura e confortável, além de incentivar técnicas de relaxamento e massagens, trabalhar a musicoterapia ou quaisquer outras práticas alternativas que tragam alívio e conforto à gestante, e oferecendo autonomia e fortalecendo o papel da mulher como protagonista do seu parto (SANTOS et al., 2022, p. 11).

Segundo Cordeiro et al. (2018), uma simples informação fornecida à gestante em trabalho de parto, proporciona a parturiente sentimento de confiança e tranquilidade, podendo melhorar as condições de nascimento, reduzindo o número de complicações e partos cesáreas.

De acordo com Reis et al. (2015), com a especialização da enfermagem em obstetrícia, o cuidado prestado pelo enfermeiro é focado na promoção do cuidado

integral à gestante e puérpera, respeitando o processo fisiológico pelo qual o corpo da mulher passa no parto, o que eleva a qualidade na saúde materno-infantil.

O papel da equipe de enfermagem na obstetrícia tem como objetivo promover o parto humanizado. O uso das tecnologias não invasivas, dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, a promoção da autonomia e conhecimento da fisiologia do parto contribuem para uma assistência com menos intervenções e mais humanizada, promovendo a liberdade, o conforto e a segurança da mulher (ALVARES et al., 2018).

Ainda existem limitações perante a execução das ações humanizadas no parto, segundo estudo realizado por Cordeiro et al. (2018), as limitações se encontram na estrutura física, na falta de especialização de alguns profissionais, superlotação, equipe de enfermagem reduzidas e a falta de material, e por consequência desse déficit a execução do parto humanizado fica prejudicado.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento

Foi realizado um estudo de revisão de literatura integrativa e foram seguidas as etapas aplicadas por Mendes, Silveira e Galvão (2019) 1º passo, definição do problema de pesquisa; 2º passo, busca e seleção dos estudos primários; 3º passo, extração de dados dos estudos primários; 4º passo, avaliação crítica dos estudos primários; 5º passo, síntese dos resultados da revisão e; 6º passo, apresentação da revisão.

Este tipo de estudo, segundo os mesmos autores, fornece uma compreensão mais abrangente de um determinado fenômeno ou problema na área da saúde por meio da síntese de publicações sobre um tema.

4.2 Coleta de dados

A busca dos dados foi realizada por meio de pesquisa bibliográfica nas bases eletrônicas Literatura – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS/BIREME), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PUBMED). Os descritores (DECS) utilizados para a busca da literatura foram parto humanizado, enfermagem obstétrica e trabalho de parto.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, nos idiomas em português ou inglês, publicados entre 2017 e 2022 e que estejam disponíveis gratuitamente na internet. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, aqueles não pertinentes ao problema de pesquisa e estudos de revisão de literatura.

4.4 Análise dos dados

De acordo com Bardin (2006), o processo de análise dos dados foi realizado em três etapas sendo: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, conclusão e interpretação. Na primeira fase, foi realizada a organização dos dados a serem utilizados na análise, feito por meio da sistematização das informações em artigos científicos e livros relevantes que atenderam aos objetivos de pesquisa por meio da leitura de seus conteúdos. Na segunda fase, os dados organizados foram explorados a fim de que pudessem ser categorizados para dar vida à pesquisa, uma fase na qual os dados foram descritos analiticamente e por fim, na terceira etapa foi desenvolvida a consolidação dos dados organizados e analisados, obtendo-se o resumo dos conhecimentos reunidos.

A abordagem qualitativa, segundo Gil (2017), é um método de análise que não tem um roteiro pré-definido, nesse caso, a análise dos dados depende bastante da capacidade e estilo do pesquisador. Baseia-se no entendimento do pesquisador sobre os dados que foram selecionados e organizados ao longo da pesquisa. Deste modo, foi feita a interpretação e síntese dos dados coletados, buscando a identificação e explicitação de possíveis lacunas do conhecimento.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, são apresentados os resultados identificados na literatura científica sobre o papel do enfermeiro no parto humanizado, bem como os direitos da gestante garantidos pela Diretriz Nacional de Parto Humanizado. Ademais, o capítulo também busca estabelecer uma relação entre as diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde e as atuações dos enfermeiros apresentadas na literatura identificada.

A busca realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) resultou em 206 artigos, contudo foram excluídos aqueles publicados em anos anteriores a 2017 e não relacionados ao parto humanizado, ou seja, que não atendiam aos critérios de inclusão, restando 147 artigos. Importante ressaltar que desses 147, foram lidos os títulos e resumos a fim de identificar os artigos que poderiam atender os objetivos desta pesquisa. Após isso, restaram 18 artigos pré-selecionados, que foram lidos na íntegra sendo mantidos apenas aqueles relevantes do ponto de vista dos objetivos dessa pesquisa, selecionados para a amostra final 12 estudos que abordaram a atuação do enfermeiro obstetra no parto humanizado.

Foi realizada a mesma metodologia de escolha de artigos na base de dados PubMed resultando em 26 estudos, realizado leitura dos títulos e objetivos nos quais resultaram em 10 artigos. Destes foram realizadas leitura aprofundada, restando então, 3 estudos que atenderam as necessidades da pesquisa proposta. Cabe salientar que a amostra dessas duas plataformas resultou no total de 15 artigos os quais atenderam as necessidades propostas para esse estudo.

No Quadro 4 são apresentados os dados que caracterizam os 15 estudos analisados quanto ao ano de publicação, metodologia utilizada, autoria, local de realização e objetivo dos estudos.

Quadro 4: Caracterização dos estudos analisados

Nº	Autor(es)/ Ano de publicação	Título	Objetivos	Método	Conclusão
A1	Alvares <i>et al.</i> (2018)	Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar materno.	Analisar a prática de enfermeiras obstétricas atuantes em uma unidade de pré-parto/parto/pós-parto de um hospital universitário do estado de Mato Grosso e o bem-estar materno resultante da assistência nesse cenário.	Estudo de abordagem quantitativa, descritiva e transversal.	A prática das enfermeiras obstétricas está pautada na humanização do parto e nascimento, contudo, a presença de práticas invasivas e desnecessárias no serviço não influenciou o nível de bem-estar materno que foi ótimo para 76% das mulheres. Concluiu-se que a falta de informação pode tornar as mulheres menos críticas e, conseqüentemente, influenciar a avaliação da assistência recebida.
A2	Baggio <i>et al.</i> (2022).	Parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica: significados, experiências e motivação para essa escolha.	Compreender os significados e experiências de mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica e a motivação (das mulheres) para essa escolha.	Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com 16 mulheres, realizado por meio de entrevista semiestruturada e analisada pelos pressupostos da análise temática de conteúdo.	Evidencia-se o protagonismo das mulheres que vivenciaram um parto natural e livre de intervenções. A assistência obstétrica foi centrada nas necessidades da parturiente, proporcionou confiança, segurança, tranquilidade e respeito às suas escolhas. Aponta-se a necessidade de ampliar a assistência ao parto por enfermeiras obstétricas às mulheres que desejam o parto domiciliar planejado. Políticas públicas de assistência ao parto podem viabilizar isso.
A3	Souza <i>et al.</i> (2021).	Uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto normal.	Verificar o uso dos métodos não farmacológicos no alívio da dor em pacientes atendidas em um centro de parto normal.	Estudo quantitativo, descritivo, realizado com 269 mulheres.	Os achados demonstram que os métodos não farmacológicos ainda necessitam ser mais valorizados pelos profissionais durante a assistência ao parto e nascimento.
A4	Baggio <i>et al.</i> (2021).	Significados e experiências de mulheres que vivenciaram o parto humanizado hospitalar assistido por enfermeira obstétrica.	Compreender os significados e as experiências de mulheres que vivenciaram o processo de parto humanizado hospitalar assistido por enfermeira obstétrica e a	Estudo qualitativo com 12 mulheres, por meio de entrevistas semiestruturadas, após 60 dias do parto.	A experiência do parto foi considerada única, grandiosa; um momento singular, fantástico, intenso, emocionante. (...) A enfermeira obstétrica transmitiu paz, segurança e tranquilidade durante o parto, foi promotora de diálogo e respeito, demonstrando

			motivação para essa escolha.		conhecimento, capacidade técnica e empatia.
A5	Ferreira Junior <i>et al.</i> (2021).	Potencialidades e limitações da atuação do enfermeiro no Centro Parto Normal.	Conhecer as potencialidades e limitações da atuação do enfermeiro no Centro de Parto Normal (CPN).	Abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, realizado em 2018, com seis enfermeiras atuantes em CPN intra-hospitalar.	Há desafios que precisam ser superados como a ampliação da autonomia e do respeito ao credenciamento do enfermeiro para atuação no CPN e a harmonização entre a gestão do processo de trabalho e gestão do cuidado clínico por este profissional.
A6	Gonzalez <i>et al.</i> (2021).	Práticas de atenção ao parto na experiência de puérperas: análise à luz da humanização.	Analisar as experiências de puérperas acerca das práticas profissionais desenvolvidas na atenção ao parto à luz do aporte teórico da humanização.	Pesquisa qualitativa, com a participação de dez puérperas que vivenciaram parto vaginal, por meio de entrevista semiestruturada.	As experiências das puérperas foram marcadas, principalmente, por condutas profissionais prejudiciais ou ineficazes, realizadas de forma inadequada e com poucas evidências científicas sobre a sua eficácia.
A7	Oliveira <i>et al.</i> (2020).	Assistência ao parto domiciliar planejado: trajetória profissional e especificidades do cuidado da enfermeira obstétrica.	Analisar a trajetória profissional das enfermeiras obstétricas, que atuam em parto domiciliar planejado.	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com 12 enfermeiras obstétricas que atuam no parto domiciliar planejado.	As enfermeiras obstétricas, as quais atuam no parto domiciliar planejado têm uma trajetória profissional focada, no constante aprimoramento teórico associado a uma aproximação com “experts” na área, conferindo experiência, segurança e qualidade da assistência obstétrica, bem como uma atuação autônoma, neste cenário de cuidado.
A8	Moura <i>et al.</i> (2020).	Humanização do parto na perspectiva da equipe de enfermagem de um centro de parto normal.	Compreender a percepção de uma equipe de enfermagem de um Centro de Parto Normal acerca da assistência ao parto humanizado.	Pesquisa exploratória, descritiva, sob a abordagem qualitativa.	Os profissionais de enfermagem demonstraram conhecimento científico sobre a assistência ao parto humanizado e sobre as práticas de humanização para a parturiente.
A9	Baggio <i>et al.</i> (2019).	Atuação do enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado.	Compreender a percepção que o enfermeiro obstetra que atende ao parto domiciliar planejado tem de sua atuação.	Estudo exploratório de abordagem qualitativa. Como técnica de coleta de	A atuação do enfermeiro obstetra no domicílio constitui um trabalho satisfatório, gratificante e que proporciona autonomia. Entretanto, traz dificuldades, inseguranças e conflitos interprofissionais.

				dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas.	
A10	Vilela <i>et al.</i> (2019).	Percepção dos enfermeiros obstetras diante do parto humanizado.	Desvelar a percepção dos enfermeiros obstetras sobre o parto humanizado.	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório desenvolvido em uma maternidade.	Existe melhor preparação de todos os processos de educação continuada, além de fazer com que o próprio profissional reflita sobre suas atitudes e possa ressignificar sua prática, proporcionando, à paciente, uma assistência qualificada baseada em evidências científicas.
A11	Lessa <i>et al.</i> (2018).	A opção pelo parto domiciliar planejado: uma opção natural e desmedicalizada.	Analisar com base no referencial teórico de Dorothy Smith, a opção de mulheres pelo parto domiciliar planejado com fator de segurança e conforto para a mulher.	Estudo etnográfico institucional, com 17 mulheres que pariram no domicílio no período de 2008 a 2010 no município do Rio de Janeiro, aplicando entrevista semiestruturada na coleta dos dados.	O encontro com o referencial ratifica a conscientização e o fortalecimento da mulher, que se empodera em defesa ao acesso da informação, e uma relação saudável com o profissional de saúde.
A12	Cordeiro <i>et al.</i> (2018).	A humanização na assistência ao parto e ao nascimento.	Analisar as ações de humanização realizadas pelos enfermeiros na assistência ao parto e ao nascimento.	Estudo quantitativo, de campo, descritivo e exploratório, com 30 enfermeiros que atuam em um Centro Integrado de Saúde, por meio de um questionário.	Os enfermeiros possuem limites na execução das ações humanizadas na assistência ao parto como a estrutura física; acomodações inadequadas; dimensionamento da equipe de enfermagem ineficaz; recursos materiais insuficientes; superlotação; profissionais insensibilizados e resistência da parturiente em colaborar com determinadas situações
A13	Inagaki <i>et al.</i> (2018).	Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública.	Identificar fatores associados à humanização da assistência durante o trabalho de parto, parto e nascimento	Estudo quanti-qualitativo, transversal, descritivo, realizado em uma maternidade pública. Foi utilizado formulário	A adequada estrutura física e dimensionamento de pessoal qualificado são necessários para garantir a assistência baseada em evidências, centrada na mulher, visando à garantia dos seus direitos.

				para a coleta de dados.	
A14	Santos <i>et al.</i> (2018).	Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas.	Descrever os resultados maternos e neonatais de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas.	Estudo descritivo, exploratório, retrospectivo, documental e de caráter quantitativo.	Os resultados evidenciam uma assistência de qualidade e segura realizada por enfermeiras obstétricas, corroborando outros achados científicos.
A15	Feijão <i>et al.</i> (2017).	Conhecimento de enfermeiras residentes acerca das boas práticas na atenção ao parto.	Conhecer as percepções, vivências e experiências de residentes de Enfermagem Obstétrica acerca da humanização da assistência pautada nas boas práticas de atenção ao parto de risco habitual.	Estudo descritivo e exploratório de abordagem na investigação qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com 10 residentes de enfermagem obstétrica.	As participantes reconhecem e estimulam as boas práticas durante a assistência fornecida. No entanto, os achados apontam a existência de desafios no cenário prático que necessitam ser superados.

Fonte: elaborado pela autora com base nos estudos selecionados (2022).

Com base nas publicações selecionadas no Quadro 4 foi possível identificar e desenvolver as 3 categorias de análise que irão responder os objetivos propostos neste trabalho, conforme apresentado a seguir nos quadros 5, 6 e 7.

A partir dos 15 artigos analisados no Quadro 4, observa-se, quanto ao delineamento das pesquisas, que descritivo e exploratório foram predominantes, com abordagem de análise qualitativa. De acordo com Gil (2019), as pesquisas exploratórias e descritivas são as mais utilizadas pelos pesquisadores sociais interessados na atuação prática. Enquanto a exploratória visa constituir hipóteses sobre um fenômeno pouco conhecido, o objetivo da pesquisa descritiva é descrever as características de um grupo ou fenômeno, geralmente são feitas a partir de levantamentos, o que também foi identificado na maior parte dos artigos analisados que coletaram os dados por meio de entrevistas semiestruturadas.

As entrevistas tanto podem ser utilizadas para fins descritivos como também para fins exploratórios, sendo a pesquisa exploratória mais flexível quanto aos métodos de coleta de dados e quase sempre incluem a coleta bibliográfica de dados. Nesses estudos, nota-se que os autores priorizaram explorar as percepções

das puérperas quanto à experiência de parto humanizado ou compreender o fenômeno da perspectiva dos enfermeiros principalmente no apontamento de desafios e limitações.

Apenas 4 estudos utilizaram a abordagem de análise quantitativa, ainda conforme colocado por Gil (2019), a pesquisa quantitativa seleciona uma amostra que representa o todo de um universo, se baseando em análises estatísticas.

Quanto ao ano de publicação, a pesquisa inicial nas bases de dados, de acordo com os métodos adotados, mostrou artigos publicados a partir do ano de 2002, porém com predominância entre os anos de 2018 a 2022 como, inclusive, pode ser observado no Quadro 4, sugerindo assim que o interesse maior da comunidade científica pelo tema é recente, bem como a conscientização das mulheres sobre seus direitos e desejo de experienciar o parto humanizado. Outra questão que pode ser apontada é a institucionalização médica do parto que se estabeleceu no século XX. Quanto a este aspecto, o MS afirma que desde 1994 a atenção hospitalar ao parto é superior 95% no Brasil, em 2006 atingiu 97,9% (BRASIL, 2014).

De acordo com Dias et al. (2022), o Brasil ocupa o 2º lugar no *ranking* dentre os países na América Latina que mais praticam cesarianas no mundo, no ano de 2019, 56,3% de todos os partos no país foram cesáreas. As regiões mais desenvolvidas do país são as mais afetadas, sendo que os hospitais privados são os que mais realizam o parto cirúrgico.

Como colocado por Almeida et al. (2022), a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que as taxas de cesarianas não sejam superiores às faixas de 10 a 15%, independente da região, uma vez que quantidades de cesarianas acima desse percentual estão associadas a maior prevalência de complicações, incluindo a mortalidade materna e infantil. Isso pode ter influenciado para a definição dos caminhos metodológicos adotados pela maioria dos estudos.

A cesariana é uma cirurgia que salva vidas de mães e bebês quando indicada clinicamente, porém está associado a altas taxas de morbimortalidade materna e infantil, por exemplo, os bebês nascidos por cesariana podem desenvolver alteração imunológica, atopia e diminuição da diversidade microbiana intestinal. Dentre os riscos maternos presentes no procedimento está associado a maior chance de óbito e infecção pós-parto (SANDALL et al., 2018).

Levando em consideração os riscos associados às cesarianas, as Diretrizes de Atenção à Gestante do Ministério da Saúde recomenda que as gestantes recebam informações durante a atenção pré-natal sobre os riscos e benefícios das formas de parto e nascimento, na ausência de contraindicações, as gestantes com uma cesariana prévia devem ser encorajadas a tentar um parto vaginal, sempre sendo fornecidas as informações sobre os riscos e benefícios a fim de fornecer subsídios para o poder de decisão da mulher (BRASIL, 2016).

Diante dessas leituras, percebe-se que o papel do enfermeiro no trabalho de parto natural é fundamental, uma vez que é um dos profissionais que mais demonstram valorizar e executar práticas humanizadas ao orientar e apoiar as decisões da gestante, bem como priorizar técnicas não invasivas e escuta atenciosa para a promoção do parto humanizado.

No Quadro 5 apresenta a relação entre ações do enfermeiro no atendimento à gestante em trabalho de parto e a descrição de como esse papel é compreendido e caracterizado.

Quadro 5: Cuidados desenvolvidos pelo enfermeiro na assistência ao trabalho de parto

Ações do enfermeiro	Extratos de textos que caracterizam essas ações
Métodos não farmacológicos (deambulação, banho e bola suíça).(A1,A2,A3,A4,A6,A9,A10 e A15)	As tecnologias não invasivas de cuidado mais utilizadas foram deambulação, banho e bola associados (23,9%), e estiveram presentes em 76,7% dos partos acompanhados pelos médicos, enquanto naqueles acompanhados pelas enfermeiras obstétricas a porcentagem foi de 97,2%. A1 Para o alívio da dor, empregaram-se técnicas não farmacológicas. As mais utilizadas foram o uso de massagem, a bola suíça, o banho de chuveiro e a imersão em água, considerados métodos seguros e que facilitam o relaxamento da musculatura pélvica, favorecendo a evolução do trabalho de parto. A2 Das 161 gestantes que utilizaram algum tipo de MNF a maior parte optou pelo banho de chuveiro (40,6%). Também foram citadas a mobilidade materna (14,4%), a massagem (13,1%), às técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios (16,2%), o cavalinho (8,1%), a bola de pilates (4,4%), a musicoterapia (1,3%) e a banqueta (1,9%). A3
Diminuição do uso de métodos invasivos. (A1,A2,A6,A9,A11 e A14)	Não se deve negar que a assistência no local de estudo foi, em sua maioria, de caráter humanizado, como mostram os resultados apresentados. No entanto, foram utilizadas algumas tecnologias invasivas e muitas vezes desnecessárias, como é o caso da episiotomia, da amniotomia, dos toques vaginais frequentes e incômodos, dentre outras. A1 As experiências das mulheres convergem para o exercício da autonomia e respeito à individualidade. Evidencia-se o protagonismo das mulheres que vivenciaram um parto natural e livre de intervenções. A2
Posicionamento da gestante no trabalho de parto.(A1,A2,A4,A6 e A11)	Em relação à posição corporal assumida no período expulsivo, as mais utilizadas foram as verticalizadas (90,4%). É importante destacar que dos 9,6% de partos realizados em posições horizontais, 5,8% foram na posição litotômica. Todos os partos acompanhados por enfermeiras foram em posições verticais, enquanto as posições horizontalizadas foram adotadas em 16,7% dos partos assistidos por médico. A1

	<p>Diminuir a tensão, relaxar a mulher, deixando-a calma e concentrada no trabalho de parto, incentivando a adoção de posições verticais para proporcionar maior dilatação cervical e menor uso de analgesia instigam o aumento das contrações uterinas e a progressão da apresentação fetal, além de tender a conservar a frequência cardíaca fetal basal e consequentemente, o menor tempo de exposição a intervenções para o desfecho do parto normal. A4</p>
Clampeamento do cordão tardio.(A1,A4 e A14)	<p>Os dados relativos à assistência ao recém-nascido indicam que o clampeamento do cordão umbilical foi oportuno em 76% dos nascimentos. O clampeamento imediato foi realizado em 35% dos partos assistidos por médicos/alunos de medicina e em 5,6% dos partos assistidos por enfermeiras obstétricas. A1</p> <p>As EOs imprimem em sua atuação, humanização e boas práticas de atenção ao parto e nascimento (...) realização de clampeamento tardio do cordão umbilical. A4</p>
Incentivo ao aleitamento materno.(A1,A2,A6 E A14)	<p>(...) e estímulo ao aleitamento materno – foram os procedimentos mais realizados pelas profissionais no contexto deste estudo. A1</p> <p>Além disso, o parto domiciliar favorece a criação de vínculo entre o binômio mãe-filho por meio do contato pele a pele no momento do nascimento e a amamentação nas primeiras horas de vida. A2</p>
Incentivar contato pele a pele.(A1,A2,A6,A12 e A14)	<p>O contato pele a pele mãe e filho foi propiciado para 70,2% dos binômios. Este cuidado esteve presente em 88,9% dos partos assistidos por enfermeiras obstétricas e em 55% dos acompanhados por médicos. A1</p> <p>Além disso, o parto domiciliar favorece a criação de vínculo entre o binômio mãe-filho por meio do contato pele a pele no momento do nascimento (...). A2</p>
Esclarecimento do parto no pré-natal.(A1,A2 e A4)	<p>Do total de mulheres, 96,2% fizeram pré-natal, no entanto, apenas 71% atingiram o número mínimo de consultas recomendado pelo Ministério da Saúde (seis ou mais). Das 100 mulheres que realizaram pré-natal, 86% se sentiram satisfeitas com a assistência recebida nas consultas e 68% receberam informações sobre o trabalho de parto, parto, pós-parto e/ou tiveram suas dúvidas sanadas. A 1</p> <p>Confirma-se que o pré-natal é o período mais adequado para informar as mulheres a respeito do processo fisiológico do parto e que o conhecimento prévio das etapas a serem vivenciadas favorece o empoderamento e o protagonismo feminino durante o parto. A2</p> <p>Salienta-se que, durante as consultas de pré-natal, as EOs devem compartilhar o conhecimento a respeito da fisiologia, tipos e posições de parto, uso de técnicas não invasivas para a progressão do parto e alívio da dor, o que possibilita a participação ativa da mulher no planejamento do parto. A4</p>
Acolhimento e esclarecimento de dúvidas durante o trabalho de parto.(A2,A4,A5,A6,A9 ,A10,A11 e A12)	<p>As EO ofereceram informações necessárias; asseguraram ter materiais, equipamentos e experiência para assistência adequada; apresentaram as possibilidades para transferência para um hospital de referência, em condição de anormalidade; garantiram que estariam ao lado da mulher em tempo integral, entre outros fatores. A1</p> <p>A doula auxilia no alívio da dor com o uso de massagens de conforto, movimentação do corpo com a bola, musicoterapia, hidroterapia e meditação, ações desempenhadas com conhecimento técnico e amor. A2</p>
Fornecer alimentos leves e água.(A2 e A4)	<p>Confirma-se que, durante o processo de parto, as mulheres do estudo tiveram autonomia e liberdade para deambular, alimentar-se e escolher a posição de parto. A2</p> <p>A doula, no desempenho de sua ocupação, mostrou-se preocupada em proporcionar o bem-estar da mulher durante o trabalho de parto (TP), lembrando-a da necessidade de se alimentar, de se hidratar e descansar para repor energias. A4</p>
Equipe capacitada para realizar o parto	<p>O conhecimento técnico-científico frente à prática profissional gera autonomia e segurança</p>

humanizado.(A1,A2,A5,A6,A7,A9,A10 e A11)	profissional. A9 (...) o enfermeiro deve instituir condutas embasadas cientificamente que valorizem o processo fisiológico do nascimento e parto (...). A15
Escuta atenta às necessidades das gestantes.(A1,A5,A7,A9 e A10)	Promover a autonomia da parturiente significa fornecer informações à mulher e proporcionar liberdade às suas escolhas, compreendendo esse envolvimento nas decisões de cuidado. A9 (...)os enfermeiros deixam clara a importância de oportunizar à mulher ser a própria protagonista do seu próprio parto(...). A10

Fonte: elaborado pela autora com base nos estudos selecionados (2022).

Diante do Quadro 5 pode-se perceber a importância do papel desempenhado pelo enfermeiro para garantir que os direitos da gestante sejam estimulados e respeitados e com isso, diminuir a utilização de métodos invasivos com a episiotomia, o uso de ocitocina, a cesariana, aspiração nasofaringeana, bem como para garantir o bem-estar físico e emocional da mulher no durante o parto.

Conforme evidenciado pelo Quadro, o papel do enfermeiro no parto humanizado está muito relacionado à tradição do cuidar que envolve a profissão do enfermeiro. Todavia, baseando os cuidados em evidências científicas que conduzem à humanização do parto como, por exemplo, através de instruções sobre métodos não farmacológicos para o alívio da dor e, também a orientação sobre a possibilidade de variações da posição do parto, proporcionando à mulher o poder de escolha e diminuindo o tempo do trabalho de parto.

De modo geral, nos estudos analisados, os enfermeiros obstetras se mostram preparados para atuar com base em evidências científicas e atualizadas sobre os aspectos relacionados durante e após o parto, como é o caso do clampeamento do cordão tardio. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2016), o clampeamento tardio é definido como aquele feito com um mínimo de 60 segundos até alguns minutos após cessar a pulsação do cordão umbilical.

Estudos recentes apontam que essa prática traz benefícios principalmente para o recém-nascido pré-termo como menor incidência de hemorragia intravenosa (MATOS et al., 2021; BAPTISTA et al., 2022) e menor necessidade de ventilação mecânica pós-parto ou menos dias de internação para o procedimento (KHATERIA et al., 2019).

Logo, o clampeamento do cordão tardio não oferece riscos ao binômio mãe-bebê ao contrário, eleva os benefícios para a saúde do neonato. Como visto

nos estudos analisados, o procedimento do clampeamento do cordão tardiamente foi realizado majoritariamente por enfermeiros, o que corrobora a hipótese de uma atuação científica e atualizada. O mesmo foi observado ao proporcionado em relação ao contato pele a pele logo após o parto que auxilia na estabilização sanguínea e dos batimentos cardíacos, bem como reduz o choro e baixa os níveis de estresse do recém-nascido, além disso, favorece também o aleitamento materno nas primeiras horas de vida do bebê. Conforme Brasil (2015), após o parto e nos primeiros dias de vida do bebê, o leite materno é composto pelo chamado colostro que oferece inúmeros fatores imunológicos ao recém-nascido.

Os benefícios, segundo Brasil (2015), são verificados a curto prazo como na prevenção da morbimortalidade neonatal e para as puérperas pode funcionar como fator protetor nos transtornos do estado de ânimo do humor materno. Ao longo diminui os riscos de diversas doenças na criança como diabetes tipo 1 e 2, anemia e obesidade, em relação a mãe também tem risco diminuído para muitas doenças como diabetes tipo II, câncer de ovário e câncer de mama.

O papel do enfermeiro no parto humanizado também oferece, além do apoio emocional e físico, informações sobre variados métodos não farmacológicos para alívio da dor como uso da bola suíça e banho quente de aspensão que facilitam o relaxamento pélvico favorecendo a evolução do trabalho de parto. No parto humanizado o enfermeiro exerce a empatia, entendendo os desejos da parturiente e agindo com paciência e atenção às suas necessidades, sejam elas relacionadas à dor física, medo e outras emoções que podem emergir durante esse processo. Ao oferecer apoio emocional, o enfermeiro contribui para que a mulher se sinta mais tranquila e motivada a viver a experiência do parto humanizado de forma positiva.

Desse modo, entende-se que o papel do enfermeiro no parto humanizado é ajudar a parturiente a estabelecer e/ou restabelecer o equilíbrio físico-psíquico sem intervenções invasivas e muitas vezes exacerbadas que ocorrem com frequência mesmo que já tenham sido contestadas pela ciência.

Além disso, o enfermeiro assume um papel de intermediário entre a mãe e seus direitos ao parto humanizado, bem como no esclarecimento de dúvidas que possam surgir desde o pré-natal até o momento do parto. Para tanto, é importante que sejam conhecidos os direitos das gestantes, que visam garantir a realização do parto humanizado, que foram umas das questões trazidas pelos artigos selecionados, conforme observa-se no Quadro 6.

Quadro 6: Direitos das gestantes com base nos artigos selecionados

variáveis	fragmentos amostra
Escolha do local do parto (A2,A4 e A11)	Além disso, o parto domiciliar favorece a criação de vínculo entre o binômio mãe-filho por meio do contato pele a pele no momento do nascimento e a amamentação nas primeiras horas de vida. A2
Escolha da via de parto (A2,A4,A6, A10 e A11)	(...) a primeira violência cometida contra a parturiente é a pressão psicológica exercida no sentido de compeli-la a não optar pelo parto natural. A10 A mulher reconhece os malefícios de uma cesariana desnecessária. O primeiro objetivo era o parto natural (...). A11
Aleitamento materno (A1,A2,A6 e A14)	(...) e estímulo ao aleitamento materno – foram os procedimentos mais realizados pelas profissionais no contexto deste estudo. A1
Acolhimento da gestante da hora do parto (A2,A3,A4,A7,A9,A11 e A12)	A doula auxilia no alívio da dor com o uso de massagens de conforto, movimentação do corpo com a bola, musicoterapia, hidroterapia e meditação, ações desempenhadas com conhecimento técnico e amor. A2 Cabe destacar que a lei do acompanhante no pré-parto, durante o parto e no pós-parto está sendo respeitada, o que traz uma grande conquista na humanização da assistência para mãe, bebê e família, visto que a parturiente se sente segura por alguém de sua escolha ao seu lado. Ademais, o acompanhante é quem, muitas vezes, auxilia a paciente durante o uso dos MNF. A3 A doula, no desempenho de sua ocupação, mostrou-se preocupada em proporcionar o bem-estar da mulher durante o trabalho de parto (TP), lembrando-a da necessidade de se alimentar, de se hidratar e descansar para repor energias. A4
Contato pele a pele entre mãe e filho (A1,A2,A6,A12 e A4)	Neste estudo, o contato imediato pele a pele foi mais proporcionado em partos assistidos por enfermeiras obstétricas. A1 Além disso, o parto domiciliar favorece a criação de vínculo entre o binômio mãe-filho por meio do contato pele a pele no momento do nascimento (...). A2 Por meio, da assistência provida pelos profissionais de Enfermagem é possível proporcionar à mulher o primeiro contato pele a pele com o bebê, (...). A12
Empoderamento e autonomia (A1,A2,A4,A9,A10,A11,A12 e A15)	Nesse contexto, a(o) enfermeira(o) desponta como profissional capaz de oferecer um cuidado humanizado ao parto e nascimento, assim como promover a autonomia e o protagonismo de mulheres durante a parturição, mediante consultas de pré-natal, informando e esclarecendo suas dúvidas e preparando-as para o momento do parto e do nascimento. A1

	<p>Foi a participação das mulheres em grupo de apoio à gestante que tornou possível o conhecimento acerca do parto normal humanizado e a aproximação da temática, fomentando o pensamento crítico, embasado pelas evidências científicas e compartilhados entre mulheres. Esse fenômeno favoreceu o empoderamento materno, no qual a gestante e a família passaram a acreditar no corpo da gestante/parturiente como uma engrenagem funcional, até então desacreditado pelo modelo biomédico, pautado na medicalização do parto.A4</p> <p>Promover a autonomia da parturiente significa fornecer informações à mulher e proporcionar liberdade às suas escolhas, compreendendo esse envolvimento nas decisões de cuidado.A9</p>
<p>Esclarecimento do parto nas consultas de pré-natal (A1,A2,A3,A4 e A10)</p>	<p>O resultado final da escala revelou que 76% das entrevistadas encontradas em nosso estudo tiveram ótimo bem-estar com a assistência recebida durante a parturição, e a questão mais bem pontuada do instrumento diz respeito à orientação e ao apoio que os profissionais prestaram à parturiente. A1</p> <p>Confirma-se que o pré-natal é o período mais adequado para informar as mulheres a respeito do processo fisiológico do parto e que o conhecimento prévio das etapas a serem vivenciadas favorece o empoderamento e o protagonismo feminino durante o parto. A2</p> <p>Considerando que o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento preconiza o mínimo de acompanhamento de seis consultas Pré-Natal e a Rede Cegonha o mínimo de sete consultas, o presente estudo nos traz a média de $8 \pm (3,0)$ consultas pré-natal. Mesmo diante de um número considerado satisfatório de consultas pré-natal, cabe questionar a qualidade dessas consultas que tange a informação sobre os MNF durante o pré-natal. Tão importante quanto o monitoramento da gestação através de exames de acompanhamento são as informações e orientações que a gestante deve receber durante o pré-natal. A3</p> <p>Salienta-se que, durante as consultas de pré-natal, as EOs devem compartilhar o conhecimento a respeito da fisiologia, tipos e posições de parto, uso de técnicas não invasivas para a progressão do parto e alívio da dor, o que possibilita a participação ativa da mulher no planejamento do parto. Condição confirmada pelos depoimentos. A4</p>
<p>Acompanhamento do parceiro/família no trabalho de parto e pós parto imediato (A1; A2,A3,A4,A6,A8,A12,A13,A14 e A15)</p>	<p>A maioria das mulheres (93,3%) teve um acompanhante de sua escolha, sendo o marido/companheiro eleito com maior frequência (43,9%). A1</p> <p>Esse vínculo foi fortemente experienciado não só pelas mulheres do estudo, como também por seus companheiros, que vivenciaram o processo de parto e nascimento ativamente e puderam acompanhar o início da amamentação. A2</p> <p>Os dados encontrados no local do estudo indicam que a lei do acompanhante n. 11.108 de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, está sendo respeitada, pois 94,4% das pacientes tiveram um acompanhante, durante o parto e nascimento. A3</p>

	Quanto à participação de familiares, a maioria das mulheres escolheu o companheiro para acompanhá-las no trabalho de parto e parto. A mãe, irmã ou amiga foram escolhas comuns para acompanhar a mulher juntamente com o companheiro. A4
Dieta durante o trabalho de parto (A2 e A6)	Confirma-se que, durante o processo de parto, as mulheres do estudo tiveram autonomia e liberdade para deambular, alimentar-se e escolher a posição de parto. A2 A doula, no desempenho de sua ocupação, mostrou-se preocupada em proporcionar o bem-estar da mulher durante o trabalho de parto (TP), lembrando-a da necessidade de se alimentar, de se hidratar e descansar para repor energias. A4

Fonte: elaborado pela autora com base nos estudos selecionados (2022).

Diante do que foi exposto no Quadro 6, de acordo com os artigos trabalhados, pode-se perceber a importância do esclarecimento dos direitos das gestantes, gerando autonomia e poder de escolha durante o processo de trabalho de parto.

Os autores mencionam que o parto domiciliar oferece diferentes benefícios ao binômio mãe-filho como demonstrado nos estudos de A2, A4 e A11. Em estudo de revisão sistemática nacional, Cursino e Benincasa (2020) buscaram compilar dados acerca do parto domiciliar planejado no Brasil, as autoras concluíram que há uma forte insatisfação das mulheres quanto ao modelo obstétrico vigente, isso estimula a procura por informações sobre o parto domiciliar planejado e a necessidade e desejo de exercerem a autonomia. Assim como em outros países, o parto domiciliar se mostra seguro quando assistido por profissionais de saúde como enfermeiros e próximo a hospitais de referência para possíveis eventualidades. Porém, no Brasil, a quantidade de mulheres que têm a oportunidade experienciar essa vivência ainda é escassa, deste modo, Cursino e Benincasa (2020) destacam que seria importante esforços no sentido de democratizar o parto domiciliar através do Sistema Único de Saúde (SUS), mas ao mesmo tempo ponderam que antes é necessário melhorar a assistência obstétrica no país.

Como colocado por A2, A4, A10 e A11, uma das violências sofridas pelas parturientes é a repressão à qual são submetidas para a realização de uma cesariana invés do parto normal. Medeiros et al. (2017) verificaram que a maior parte das mulheres tem como desejo inicial a realização do parto natural, porém muitas mudam ideia ao decorrer do pré-natal. De acordo com esses autores, além da influência de familiares, há escassez de informações e esclarecimentos sobre as vantagens do parto de via vaginal, pois além do medo da dor, as parturientes temem também pela saúde do bebê, acreditam que o parto natural oferece mais riscos a si

e ao neonato. Nesse contexto, Medeiros et al. (2017) destacam que o período pré-natal é essencial para desmistificar sobre as vias de parto e o enfermeiro é fundamental nesse processo já que, muitas vezes, fica incumbido do papel de em saúde.

O aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido é outra ação que traz benefícios para o binômio mãe-filho, inclusive é uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018 *apud* 2018) para o sucesso da prática do aleitamento materno. Embora, nos estudos de A1, A2, A6 e A14 o aleitamento materno na primeira hora de vida tenha sido uma das práticas mais estimuladas, em estudo Silva et al. (2018) identificaram que mesmo em um hospital de Recife certificado como Hospital Amigo da Criança, o aleitamento materno na primeira hora pós parto é extremamente baixo, ocorrendo em menos de 30% dos partos. Um dos fatores que favorecem a prática é a presença de um enfermeiro na sala de parto e peso do recém-nascido igual ou superior a três quilos. As autoras Silva et al. (2018), acreditam que bebês com baixo peso podem precisar de cuidados médicos após o nascimento, o que justificaria esse cenário, contudo, elas afirmam que como preconizado pela OMS, o aleitamento imediatamente após o nascimento ou no máximo até uma hora depois só deve ser dispensado quando for imprescindível que o bebê receba cuidados técnicos prontamente.

Diante do que foi discutido anteriormente em relação aos direitos das gestantes e papel do enfermeiro cabe entender o que as diretrizes definidas pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE em relação ou parto humanizado preconizam como ações a serem realizadas durante o processo de gestação, parto e pós parto.

Quadro 7: Diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde para o Parto Humanizado

Empoderamento e autonomia	(...)acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões.
Acolhimento e esclarecimento de dúvidas durante o trabalho de parto	(...)estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas.
Esclarecimento do parto no pré-natal	(...)riscos e benefícios das diversas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto. (...)controle da dor e métodos disponíveis na unidade.(...)riscos e benefícios de cada método. (...)estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe para auxiliar as mulheres em escolhas bem

	informadas.
Escolha do local do parto	<p>(...)mulheres que optarem pelo planejamento do parto em Centro de Parto Normal (extra, peri ou intra-hospitalar), se disponível na sua área de abrangência ou próximos desta, e cientes dos riscos e benefícios desses locais, devem ser apoiadas em sua decisão.</p> <p>Informar a todas as gestantes que a assistência ao parto no domicílio não faz parte das políticas atuais de saúde no país.</p>
Apoio físico e emocional	Todas as parturientes devem ter apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto, de preferência por pessoal que não seja membro da equipe hospitalar.
Dieta durante o trabalho de parto	<p>(...)podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água.</p> <p>(...)parturientes que não estiverem sob efeito de opióides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve.</p>
Estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto	<p>(...)oferecido à mulher a imersão em água para alívio da dor no trabalho de parto.</p> <p>(...)proporcionar condições para o redesenho das unidades de assistência ao parto visando a oferta da imersão em água para as mulheres no trabalho de parto.</p> <p>Se uma mulher escolher técnicas de massagem e relaxamento durante o trabalho de parto que tenham sido ensinadas aos seus acompanhantes, ela deve ser apoiada em sua escolha.</p> <p>Os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser oferecidos à mulher antes da utilização de métodos farmacológicos.</p>
Analgesia intramuscular e endovenosa	Os opióides não devem ser utilizados de rotina pois estes oferecem alívio limitado da dor e apresentam efeitos colaterais significativos para a mulher.
Analgesia inalatória	O óxido nitroso a 50% em veículo específico pode ser oferecido para alívio da dor no trabalho de parto, quando possível e disponível (...).
Assistência no primeiro período do parto	<p>oferecer informações sobre o que a mulher pode esperar na fase de latência do trabalho de parto e o que fazer.</p> <p>oferecer informações sobre o que esperar quando procurar assistência.</p> <p>estabelecer um plano de cuidados com a mulher, incluindo orientação de quando e com quem contatar posteriormente.</p> <p>oferecer orientação e apoio para o(s) acompanhante(s) da mulher.</p>
Intervenções e medidas de rotina no primeiro período do parto	<p>(...)enema não deve ser realizado.</p> <p>(...)tricotomia pubiana e perineal não deve ser realizada.</p>

	As mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto.
Assistência no segundo período do parto	(...)desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável, incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios. Se houver prolongamento do segundo período do trabalho de parto, ou se a mulher estiver excessivamente estressada, promover medidas de apoio e encorajamento e avaliar a necessidade de analgesia/anestesia.
Assistência no terceiro período do parto	Reconhecer que o período imediatamente após o nascimento é um período bastante sensível, quando a mulher e seus acompanhantes vão finalmente conhecer a criança. Assegurar que a assistência e qualquer intervenção que for realizada levem em consideração esse momento, no sentido de minimizar a separação entre mãe e filho.
Clampeamento do cordão tardio	Realizar o clampeamento do cordão umbilical entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contra indicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal.
Contato pele a pele entre mãe e filho	Estimular as mulheres a terem contato pele-a-pele imediato com a criança logo após o nascimento. Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina.
Aleitamento materno	Estimular o início precoce do aleitamento materno, idealmente na primeira hora de vida.

Fonte: elaborado pela autora com base em Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2022).

Diante da análise do Quadro 7, pode-se perceber a importância dos direitos ao empoderamento e autonomia como, por exemplo, por meio da escolha do local para o trabalho de parto. Além disso, os esclarecimentos sobre o parto durante o pré-natal também são fundamentais para que a mulher e familiar se sintam empoderada e segura para tomar suas decisões.

Contudo, para que os direitos a um parto humanizado sejam respeitados é fundamental a atuação da equipe de saúde, especialmente do enfermeiro, os cuidados e assistência preconizados devem sempre promover o bem-estar e segurança do binômio mãe-bebê. Como pode ser observado, os direitos da gestante e parturiente definidos pelas diretrizes do MS estão em consonância com as condutas e ações praticadas nos artigos selecionados para esse estudo e descritos nos Quadros 4, 5 e 6.

Uma questão importante a ser ressaltada nos achados literários, é que os enfermeiros em diversas situações demonstraram maior atenção aos direitos da gestante e parturiente do que outros profissionais da equipe de saúde. Por exemplo, métodos não farmacológicos para alívio da dor, clampeamento tardio, contato pele a pele e aleitamento materno na primeira hora estiveram significativamente mais presentes nos partos assistidos por enfermeiros obstetras em comparação com os partos assistidos por médicos.

Deste modo, evidencia-se que o MS traz um fortalecimento de práticas que asseguram os direitos maternos da mulher durante sua gestação, parto e pós-parto. Assim, as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros obstetras observadas nos estudos são endossadas pelo MS, devendo ser mantidas e expandidas. Salienta-se que cabe ao enfermeiro não apenas prestar assistência emocional e física da parturiente, mas é parte de seu papel orientar a mulher quanto a seus direitos, assumindo o papel educativo fundamental para desmistificar medos e crenças que a mulher traz de experiências anteriores ou experiências de outrem e assim, torne-se capaz de exercer seu empoderamento e autonomia.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O parto cesariano, quando clinicamente indicado, reduz complicações para a mãe e o bebê, no entanto, também está associado à maior incidência de morbimortalidade materna e infantil. Apesar disso, no Brasil, o parto cirúrgico está entre os mais praticados mesmo quando não há indicações, outros métodos invasivos como episiotomia e utilização de métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto também são prevalentes sendo, muitas vezes, aplicados desnecessariamente. Assim, dada a relevância do tema, o objetivo geral deste estudo foi analisar por meio da literatura especializada o papel do enfermeiro relacionado ao trabalho de parto segundo as diretrizes nacionais do parto humanizado.

Através da análise foi evidenciado que o papel do enfermeiro no parto humanizado é garantir o bem-estar físico e emocional da parturiente como nos artigos (A2, A3, A4, A7, A9, A10, A11, A12), bem como proporcionar estratégias para estimular a aproximação da mãe com o recém-nascido por meio contato pele a pele e do aleitamento materno na primeira hora de vida (A1,A2,A6,A12 e A14). Além de prestar assistência no pré-parto, intraparto e pós-parto, também é seu papel contribuir para esclarecimentos sobre o parto natural e direitos da gestante dispostos nas diretrizes do MS durante o pré-natal ou momento em que se faça necessário. O papel educativo do enfermeiro é fundamental para favorecer o empoderamento e autonomia materna (A1, A2, A3, A9).

Quanto aos direitos da gestante garantidos pela diretriz nacional de parto humanizado são eles: o empoderamento e autonomia da gestante e parturiente, receber informações sobre o parto durante o pré-natal, o acolhimento e esclarecimento durante o trabalho de parto, o apoio físico e emocional especialmente por alguém escolhido pela própria gestante, mas também à assistência por um profissional de saúde no primeiro, segundo e terceiro períodos do parto. A redução de métodos não invasivos durante o parto também deve ser preconizada, assim como o clampeamento tardio, o aleitamento materno e contato pele que já se provaram cientificamente benéficos para o binômio mãe-bebê.

Conforme evidenciado na literatura analisada, os enfermeiros seguiram as diretrizes definidas pelo MS para o parto humanizado, aliás, constatou-se que foram os principais profissionais envolvidos no parto que buscaram garantir os direitos,

segurança e conforto materno durante o parto. Todavia, é importante que os hospitais também viabilizem a atuação do enfermeiro com bases nas diretrizes, proporcionando o preparo e desenvolvimento da autonomia desses profissionais.

Por fim, cabe dizer que a escolha do tema foi motivada pela insatisfação de mulheres quanto à assistência prestada pelos profissionais de saúde durante o pré-natal e/ou trabalho de parto. A falta de informações e esclarecimentos à mulher, seja no pré-natal ou durante o parto, está entre as razões que aumentam a incidência de intervenções cirúrgicas e farmacológicas desnecessárias ou até mesmo situações de violência obstétrica. Ademais, os resultados aqui expostos podem servir de base de dados para pesquisas futuras.

O parto é o momento mágico e único onde ocorre o primeiro contato visual com a mãe e o bebê, mas se não realizado de forma humanizada traz angústia e desconforto para a mulher. O enfermeiro através do embasamento científico tem autonomia para realizar cuidado de forma humanizada, priorizando o desejo da gestante, pode perceber na prática a importância de exercer os direitos da gestante preconizado pelo MS, orientar e esclarecer dúvidas trazendo autonomia e alívio no processo de trabalho de parto, momento de incertezas e medos, o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor como massagem, banho de aspersão e posicionamento da gestante na bola suíça acelera esse processo, tornando esse momento lindo, mágico e de realização para a mulher e sua família.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Luana Carla Gonçalves Brandão Santos. *et al.* Incidência de cesarianas, suas indicações e a classificação de Robson em maternidades de alto risco de Alagoas. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, e30311528272, 2022

ALVARES, Aline Spanevello *et al.* Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 2620-2627, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qtTNByrxCbX3sfPYG9PYgGv/?lang=en>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BAGGIO, Maria Aparecida *et al.* Parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica: significados, experiências e motivação para essa escolha. **Cienc Cuid Saude**, v. 21, p. e57364, 2022.

BAGGIO, Maria Aparecida *et al.* Significados e experiências de mulheres que vivenciaram o parto humanizado hospitalar assistido por enfermeira obstétrica. **Rev baiana enferm.**, v. 35, e42620, 2021.

BAPTISTA, Vanessa da Silva *et al.* O clampeamento imediato ou tardio na redução da mortalidade perinatal: uma revisão de literatura. **REAMed**, v. 15, p. 1-7, 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher**. 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736> Acesso em: 22 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf Acesso em: 21 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 569, de 1 junho de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html Acesso em: 30 de junho de 2022.

CORDEIRO, Eliana Lessa *et al.* A humanização na assistência ao parto e ao nascimento. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, v. 12, n. 8, p. 2154, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236334>. Acesso em: 25 abr. 2022.

CURSINO, Thaís Peloggio.; BENINCASA, Miria. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1433-1443, 2020.

DIAS, Barbara Almeida Soares *et al.* Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. e00073621, 2022.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto.** 2001. 264f. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <https://docplayer.com.br/32913-Entre-a-tecnica-e-os-direitos-humanos-possibilidades-e-limites-da-humanizacao-da-assistencia-ao-parto.html> Acesso em: 22 de junho de 2022.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e paradoxo perinatal. **Rev Bras Cresc Desenv. Hum.** v. 19, n. 2, p. 313-326, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf> Acesso em: 24 de junho de 2022.

ERCOLE, Flavia Falci *et al.* Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 18, n. 1, p. 9-11, jan. 2014. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20140001. Acesso em: 28 maio 2022.

FEIJÃO, Leticia Bastos Vilela *et al.* Conhecimento de enfermeiras residentes acerca das boas práticas na atenção ao parto. **Enferm. Foco**, v. 8, n.3, p. 35-39, 2017.

FERREIRA JUNIOR, Antonio Rodrigues *et al.* Potencialidades e limitações da atuação do enfermeiro no Centro Parto Normal. **Esc Anna Nery**, v. 25, n. 2, p. e20200080, 2021.

GALLO, Rubneide Barreto Silva *et al.* Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**, v. 39, n. 1, p. 41-48, 2011.

GONZALEZ, Pâmela da Rosa *et al.* Práticas de atenção ao parto na experiência de puérperas: análise à luz da humanização. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, n. 37, p. 1-23, 2021.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GOMES, Cleidiana Moreira.; OLIVEIRA, Marilucia Priscila Silva. **O Papel do Enfermeiro na Promoção do Parto Humanizado.** 2019. 17 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Brasília, 2019. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/305/1/Cleidiana_Moreira_0001570_Marilucia_Priscilla_0001800. Acesso em: 16 abr. 2022.

HECKERT, Ana Lúcia Coelho; PASSOS, Eduardo; BARROS, Maria Elizabeth Barros. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface**, v. 13, n. 1, p. 493-502, 2009.

HURT, Joseph K.; GUILLE, Matthew W.; BIENSTOCK, Jessica L. **Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

INAGAKI, Ana Dorcas de Melo *et al.* Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 12, n. 7, p. 1879-1886, Recife, 2018.

LESSA, Heloisa Ferreira *et al.* A opção pelo parto domiciliar planejado: uma opção natural e desmedicalizada. *J. res.: fundam. care. Online*, v. 10, n. 4, p. 1118-1122, 2018.

MASCARELLO, Keila Cristina *et al.* Analysis of early and late maternal complications associated with delivery using propensity score. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, n. 1, p. 1-13, mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2021.v24/e210027/pt/#>. Acesso em: 15 abr. 2022.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp *et al.* Aspectos relacionados à preferência da gestante pela via de parto. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 8, n. 1, p. 603-621, 2017.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto contexto – enferm.** v. 28, e20170204, 2019.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa.; REZENDE FILHO, Jorge. **Rezende: Obstetrícia Fundamental**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2017.

MOURA, José Wellington Silva *et al.* Humanização do parto na perspectiva da equipe de enfermagem de um centro de parto normal. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 3, p. 202-208, 2020.

NASSIL, Anair Andréia. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 16, n. 1, p. 34-40, 2012.

OLIVEIRA, Thalita Rocha. Assistência ao parto domiciliar planejado: trajetória profissional e especificidades do cuidado da enfermeira obstétrica. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 29, p. e20190182, 2020.

POSSATI, Andrêssa Batista *et al.* Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. 1-6, 7 ago. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/VVsfXjcBCgnXBYVNf7m68XS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2022.

REIS, Thamiza da Rosa. Obstetric Nurses: contributions to the objectives of the Millennium Development Goals. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, p. 94-101, 2015.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. São Paulo: Grupo GEN, 2019.

SANDALL, Jane *et al.* Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. **Lancet.**, v. 13, p. 1349-1357, 2018.

SANTOS, Juciele Gomes dos *et al.* A importância da enfermagem frente a humanização do parto natural: revisão integrativa / the importance of nursing in the humanization of natural childbirth. **Brazilian Journal Of Development**, v. 8, n. 2, p. 9138-9151, 2022. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/43685/pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SANTOS, Simone Silva *et al.* Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. **Rev Enferm UFSM**, v. 8, n. 1, p. 129-143, 2018.

SILVA, Carlos Henrique M. *et al.* **Manual SOGIMIG - Assistência ao parto e puerpério**. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2019.

SILVA, Ismara Alves. *et al.* Percepção das puérperas acerca da assistência de enfermagem no parto humanizado. **Revista UNINGÁ**, v. 53, n. 2, p. 37-43, 2017.

SILVA, Juliane Lima Pereira da *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 4, p. e4190017, 2018.

SOUZA, Bruna *et al.* Uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto normal. **J. nurs. health.**, v. 11, n. 2, p. e2111219428, 2021.

VENDRUSCÚLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**, n. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

VILELA, Anny Torres. Percepção dos enfermeiros obstetras diante do parto humanizado. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 13, p. e241480, 2019.

ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia básica**. Barueri: Editora Manole, 2015.