

FACULDADE SANTA LUZIA
CURSO DE ENFERMAGEM

RAIMUNDA ARITATIANE DAS NEVES PINHO

O PAPEL DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

SANTA INÊS – MA
2024

RAIMUNDA ARITATIANE DAS NEVES PINHO

O PAPEL DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Monografia apresentado ao Curso de Enfermagem como requisito para obtenção de nota na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientador(a): Prof. Dalvany Silva Carneiro

SANTA INÊS – MA

2024

P654p

Pinho, Raimunda Aritatiane das Neves.

O papel da enfermagem obstétrica na humanização do parto/. Raimunda Aritatiane das Neves Pinho. – Santa Inês: Faculdade Santa Luzia, 2024.

47 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) –
Faculdade Santa Luzia, 2024.

Orientador(a): Profª. Dalvany Silva Carneiro.

1. Parto humanizado. 2. Obstetrícia. 3. Enfermagem. I. Carneiro, Dalvany. II. Título.

CDU 616-08

RAIMUNDA ARITATIANE DAS NEVES PINHO

O PAPEL DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Santa Luzia, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Santa Inês, ____ de _____ de 2024

Dedico este trabalho aos meus pais,
professores e amigos que estiveram
comigo na minha jornada acadêmica.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela minha vida e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrado ao longo do curso.

Aos meus pais Raimunda Sousa das Neves Pinho e Antônio Wilson Alves Pinho que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam minha ausência enquanto eu me dedicava a realização do meu sonho.

A minha professora e orientadora Dalvany Carneiro, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional.

À instituição Faculdade Santa Luzia pela oportunidade de estudar esses anos e desenvolver ao meu processo.

Existem dois jeitos de viver: acomodar-se ou ousar. Quando lutamos por ideias nas quais acreditamos nasce daí um sentimento de dignidade de ser alguém que faz a diferença.

Roberto Shinyashiki

PINHO, Raimunda Aritatiane das Neves. **O papel da enfermagem obstétrica na humanização do parto.** 2024. 48 Páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Santa Luzia, Santa Inês, 2024.

RESUMO

Os discursos sobre a humanização nos serviços de saúde assumem ramificações históricas, iniciadas no percurso da Reforma Sanitária, durante a década de 1970. Essa pesquisa justifica-se em buscar os meios de humanização realizado pela enfermagem durante o nascimento do bebê. Objetivou-se nesse estudo compreender o papel da enfermagem obstétrica na humanização do parto. Realizou-se uma revisão de literatura qualitativa. A pesquisa foi realizada entre os meses de março de 2023 a março de 2024 em artigos obtidos nas bases de dados da MEDLINE, SciELO, BDENF e LILACS. Os resultados deste estudo evidenciam que a enfermagem obstétrica deve atuar da forma menos intervencionista possível no parto humanizado. O uso de exercícios de respiração, oferta de banho quente e a utilização de ferramentas facilitadoras no parto podem auxiliar no processo do parto de forma humanizada e com o menor índice possível de intercorrências. O presente estudo atingiu o objetivo proposto, mostrando o papel que a enfermagem obstétrica possui ao adotar condutas com o intuito de humanizar a assistência à mulher no momento do parto. A partir do obtido, nota-se que a realidade ainda está longe de alcançar o ideal, havendo ainda casos de excesso de medicalização e institucionalização, atrelado ao baixo conhecimento e à pouca humanização dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Condutas de Enfermagem. Parto Humanizado. Obstetrícia.

PINHO, Raimunda Aritatiane das Neves. **The role of obstetric nursing in the humanization of childbirth.** 2024. 48 Páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Santa Luzia, Santa Inês, 2024.

ABSTRACT

The discourses on humanization in health services take on historical ramifications, beginning during the Health Reform, during the 1970s. This research is justified in seeking the means of humanization carried out by nursing during the birth of the baby. The objective of this study was to understand the role of obstetric nursing in the humanization of childbirth. A qualitative literature review was carried out. The research was carried out between March 2023 and March 2024 in articles obtained from the MEDLINE, SciELO, BDENF and LILACS databases. The results of this study show that obstetric nursing must act in the least interventionist way possible in humanized childbirth. The use of breathing exercises, offering a hot bath and the use of tools that facilitate childbirth can help in the birth process in a humanized way and with the lowest possible rate of complications. The present study achieved the proposed objective, showing the role that obstetric nursing has in adopting behaviors with the aim of humanizing care for women at the time of birth. Based on what was obtained, it can be seen that reality is still far from reaching the ideal, with there still being cases of excessive medicalization and institutionalization, linked to low knowledge and little humanization of health services.

Keywords: Nursing Conduct. Humanized birth. Obstetrics.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - O papel do enfermeiro obstetra na assistência ao parto humanizado...33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Bases de Dados de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SciELO	Scientific Electronic Library Online
VO	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS.....	15
2.1. OBJETIVO GERAL.....	15
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1. A GESTAÇÃO E SEUS ASPECTOS GERAIS	16
3.2. A VIOLENCIA OBSTÉTRICA NO PARTO E SEUS IMPACTOS	19
3.3. A HUMANIZAÇÃO DO PARTO	23
4 METODOLOGIA	31
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	31
4.2 PERÍODO E LOCAL DE PESQUISA	31
4.3 AMOSTRAGEM	31
4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	31
4.4.1 Critérios de inclusão.....	31
4.4.2 Critérios de não inclusão.....	31
4.4.3 Critérios de exclusão.....	31
4.5 COLETA DE DADOS.....	32
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	32
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1 O PARTO E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA NA SUA REALIZAÇÃO	35
5.2 A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO PARTO HUMANIZADO	39
6 CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

Os discursos sobre a humanização nos serviços de saúde assumem ramificações históricas, iniciadas no percurso da Reforma Sanitária, durante a década de 1970. Desde então, a questão assumiu escopo normativo robusto, principalmente após o advento da Constituição Federal de 1988 (CF-88), a qual passou a dispor do direito à saúde como uma garantia humana, fundamental, social e universal (NOGUEIRA, 2022).

No ano de 1990, a criação da Lei do SUS – Lei n. 8.080 – trouxe consigo uma proposta de atendimento integralizado em saúde, pautado em uma dada igualdade de acesso e de tratamento. Foi no ano de 2013 que, de fato, inclinou-se a validar legalmente uma proposta de humanização nos serviços em saúde, atendendo assim aos objetivos constitucionais de 1988 e da Lei de 1990. A denominada Política Nacional de Humanização (PNH) propõe desde então um acolhimento humanizado no campo da saúde, com a respectiva humanização das ações e serviços desenvolvidos (ALBUQUERQUE, 2019).

Apesar dos esforços normativos, é sabido que, no campo prático, a humanização na saúde está muito longe de alcançar os moldes idealizados, principalmente no âmbito da saúde pública, a qual lida com uma série de dificuldades e desafios. Uma das questões que mais produzem preocupação no contexto da humanização, é o parto. Por anos, discute-se as técnicas aplicadas aos procedimentos de parto que, em muitos casos, violam os direitos das parturientes e ferem a dignidade das mesmas (ARAÚJO *et al.*, 2020).

O problema ganha curvas mais significativas nos casos de parto normal, ou como também denominado, parto vaginal. Isto porque, além dos problemas decorrentes do tratamento pré-parto, parto e pós-parto, das condições ambientais e outros fatores que podem configurar a violência obstétrica, pode ainda ocorrer a prática de episiotomia, a qual, mesmo sendo vedada legalmente e configurar crime, ainda é muito recorrente em inúmeros casos por todo o Brasil (CAMPOS *et al.*, 2021).

As práticas desempenhadas por anos no acolhimento de parturientes são questionáveis, carecendo assim de uma reformulação que se paute pela humanização deste processo. Reconhecer o parto como um momento singular na vida das mulheres, quer seja pelos procedimentos de parto normal ou cesárea, é o primeiro

passo para reconhecer a importância deste momento e a necessidade de humanização do mesmo (ARAÚJO *et al.*, 2020).

O processo de humanização não é uma tarefa fácil, uma vez que se dedica a desconstruir anos de práticas vistas até como desumanas no âmbito dos cuidados médicos. Para que seja possível a reversão do cenário histórico e a construção de um contexto hospitalar mais acolhedor e humanizado, é importante que os profissionais que lidem com os serviços de saúde manuseiem estratégias que sejam capazes de caminhar rumo a práticas humanizadas (FERREIRA *et al.*, 2019).

No rol dos profissionais que se dedicam a atuar profissionalmente no acolhimento de parturientes e auxiliam nos períodos pré-parto, intraparto e pós-parto, os enfermeiros obstétricos são os agentes principais. A enfermagem obstétrica possui uma relevante participação nos processos de parto e, diante dos conhecimentos detidos por seus profissionais, pode dispor de ações e práticas que consigam fomentar a humanização destes processos (CAMPOS *et al.*, 2021).

O estudo se justifica na premissa de entender o papel da enfermagem obstétrica na humanização do parto. Portanto, analisar o papel da enfermagem obstétrica na humanização do parto. Essa pesquisa se justifica pela necessidade da escassez de recursos e mão de obra, atreladas a falta de ambientes adequados e superlotação do sistema de saúde, contribuem para produzir empecilhos diante da efetivação do ideal de humanização.

Todavia, a existência de fatores inadequados não pode deprimir a essencialidade da humanização do acolhimento em saúde, principalmente nos processos que lidam com situações mais específicas, como os processos de parto. Como dito por Nogueira (2022), em seu livro intitulado por “A alma do parto”, durante os processos de parto faz-se necessário um olhar mais cuidado para com as parturientes, considerando a singularidade deste momento, dispondo de práticas mais humanizadas, pois, do contrário, pode-se produzir traumas significativos para estas mulheres.

A enfermagem se diferencia em diferentes aspectos dentro da humanização do parto, tendo com primeiro destaque a educação em saúde, que abrange desde da primeira consulta até os primeiros cuidados exercidos no recém-nascidos logo após o nascimento. Deste modo, tem-se como objetivo geral de pesquisa compreender o papel da enfermagem obstétrica na humanização do parto. Como objetivos específicos, sendo estes apresentados no referencial teórico deste estudo, considera-

se apontar os aspectos que envolvem a gestação, descrever os possíveis casos de violência obstétrica que acontecem no momento do parto e analisar por meio da literatura os prejuízos para o binômio mãe-filho na ausência de humanização do parto.

Para o melhor alcance dos objetivos propostos, realizou-se uma revisão de literatura qualitativa, cuja pesquisa foi conduzida em plataformas digitais de artigos acadêmicos online, sendo a busca realizada entre os meses de março de 2023 a março de 2024.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o papel da enfermagem obstétrica na humanização do parto.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apontar os aspectos que envolvem a gestação;
- Descrever os possíveis casos de violência obstétrica que acontecem no momento do parto;
- Analisar por meio da literatura os prejuízos para o binômio mãe-filho na ausência de humanização do parto.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A GESTAÇÃO E SEUS ASPECTOS GERAIS

A gravidez é um período de grandes mudanças para a mulher, seu companheiro e toda a família. São experiências intensas e, por vezes, emoções conflitantes, momentos de dúvida e ansiedade. Talvez a mulher já sonhe com esse momento há muito tempo, ou talvez tenha sido surpreendida por uma gravidez inesperada. Durante 9 meses, o corpo da mulher mudará enquanto ela se prepara para dar à luz e se tornar mãe. Mesmo que a gravidez seja planejada, a mulher precisará de tempo para se adaptar à nova fase da vida (TEMPESTA; ENEILE, 2021).

Os sintomas mais comuns da gravidez incluem atraso menstrual, náuseas, vômitos, tonturas e sonolência, aumento da salivação e alterações no apetite, aumento da micção, aumento do volume das mamas e mamilos doloridos, vazamento de colostro dos seios, alterações na cor da vulva e aumento do volume abdominal. Algumas mulheres podem desenvolver certas condições durante o pré-natal que requerem acompanhamento especial. Nesse caso, a mulher será transferida para uma maternidade de alto risco, mas permanecerá sob supervisão dos especialistas que iniciaram seu pré-natal na atenção básica (FERREIRA; SILVA, 2020).

Durante o primeiro trimestre de gravidez, o corpo e os sentimentos da mulher estão se ajustando. Parte disso é a oscilação entre aceitar e não aceitar a gravidez. A mulher pode sentir que não quer engravidar, mas isso não fará mal ao feto. Já no decorrer do segundo trimestre, é possível notar os primeiros movimentos do bebê na barriga, que podem começar muito suavemente e ficar mais fortes à medida que o feto cresce. Durante esse período, o corpo da mulher mudará muito rapidamente: sua barriga crescerá, seus seios e quadris também mudarão. A sensação inicial de desconforto costuma diminuir (MINAS GERAIS, 2023).

Por fim, no terceiro trimestre, o bebê começa a ter cada vez menos espaço no abdômen, o que pode causar sensação de peso e desconforto. É possível sentir menos sono, precisar ir ao banheiro com mais frequência ou até mesmo se sentir desconfortável ao realizar atividades diárias. O estômago pode ficar rígido por um tempo, mas você não sentirá nenhuma dor. Simplesmente prepara o útero para o nascimento (MINAS GERAIS, 2023).

No terceiro trimestre os seios da gestante também sofrem alterações, podendo secretar um leite amarelo chamado colostro, que será fornecido ao bebê nos primeiros dias de vida. Este é o momento de se preocupar com o momento do parto. Nesse caso, é aconselhável conversar com um médico e outras pessoas que possam dar confiança e tranquilidade à mulher (BRASIL, 2019).

Esse período também é o momento ideal para a mulher ir à maternidade (Lei nº 11.634/2007). Esse direito é garantido por lei e permite que as gestantes conheçam o ambiente e o funcionamento básico de uma determinada instituição de ensino. Outra prática hoje é criar um plano de parto, documento que descreve o que a mulher deseja desde o nascimento. O ideal é que a mulher faça um plano de parto com os seus profissionais de saúde, pois esta é a forma de obter informações e esclarecer dúvidas (BRASIL, 2019).

Durante o último trimestre gestacional, a maioria dos bebês fica em posição cefálica (de cabeça para baixo já preparado para o parto). A gravidez ganha ritmo próprio de sono e vigília e começa a dar sinais de vontade de parir quando começam as primeiras contrações. Nesse período, o bebê pode ver luz fora do útero materno, abrir e fechar os olhos, ouvir e distinguir diferentes sons como vozes, músicas e pode se assustar com sons altos e repentinamente. O espaço dentro do útero é cada vez mais estreito. É importante aproveitar para cantar e conversar com ele. A data prevista de nascimento é entre 37 e 42 semanas (BITAR et al., 2022).

De acordo com Nogueira (2022), durante a gravidez, a mulher deve seguir uma alimentação saudável e variada, principalmente à base de vegetais, rica em alimentos naturais e o menos processada possível. Isto é importante para a sua saúde e bem-estar, bem como para a adequada formação e desenvolvimento do seu bebê.

Além de comer, caminhar pode ajudar a melhorar a circulação sanguínea, controlar melhor o ganho de peso e melhorar o humor e a saúde. Se não houver contraindicações, deve ser mantida do início ao fim da gravidez. Outra recomendação são os exercícios respiratórios: respire lenta e profundamente várias vezes ao dia. Isso pode ajudar em momentos de desconforto e ansiedade (NOGUEIRA, 2022).

A gravidez é um dos acontecimentos mais importantes na vida de uma mulher e é natural que ela experimente muitas emoções diferentes durante o processo. No entanto, se alguma emoção estiver afetando negativamente a saúde mental de uma mulher grávida, é extremamente importante monitorar isso. Como parte da APS, antes do apoio ao nascimento deve ser feito de uma abordagem indispensável, incluindo a

identificação de sinais e riscos de saúde mental durante a gravidez, bem como avalia a fragilidade da rede de proteção social de mulheres grávidas (TEMPESTA; ENEILE, 2021).

Damasceno, Castro & Fernandes (2020) apontam que a depressão pós-parto pode ocorrer durante e/ou após a gravidez. Mudanças de humor são normais e podem ocorrer até durante a gravidez. Normalmente, as mulheres grávidas se sentem cansadas e desconfortáveis devido às alterações hormonais e corporais. No entanto, se os sentimentos de negatividade e desesperança persistirem, é preciso verificar se a condição evoluiu para depressão.

Estima-se que 1 em cada 10 mulheres no pós-parto desenvolverá sintomas de depressão, chamada depressão pós-parto, dentro de um ano. Este problema pode ter um impacto negativo no vínculo entre mãe e filho e também pode ter consequências negativas no desenvolvimento da criança. Em ambos os casos, a equipe médica deverá intervir diretamente ou transferir o produto para outras instalações para que o problema não se torne grave e prolongado (DAMACENA; CASTRO; FERNANDES, 2020).

Uma condição comum e considerada normal chamada “Baby blues” ou “depressão pós-parto”, ocorre quando a mulher se sente triste, chorosa ou ansiosa na primeira semana após o parto. A “depressão pós-parto” não deve ser confundida com depressão pós-parto porque não dura tanto (até duas semanas) e apresenta sintomas menos graves (BARROS *et al.*, 2023).

Outros transtornos como ansiedade, ataques de pânico, transtornos alimentares, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo podem ocorrer ou piorar durante a gravidez. Portanto, os prestadores de cuidados pré-natais devem estar atentos aos sinais e sintomas de deterioração da saúde mental em mulheres grávidas para fornecer tratamento adequado (ASSEF *et al.*, 2021).

Os desejos e tendências sexuais podem mudar durante a gravidez. Há mulheres que têm menos desejo e há mulheres que têm mais desejo do que antes. Isso também pode acontecer com seu parceiro. Fazer sexo antes do final da gravidez é saudável, pode ser muito divertido, não prejudica o bebê e pode até ajudar no parto. Posições que causem desconforto e dor devem ser evitadas e é importante respeitar a disposição ou relutância da mulher em fazer sexo (LAFAURIE-VILLAMIL; VALBUENA-MOJICA, 2020).

3.2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO E SEUS IMPACTOS

A violência obstétrica (VO) é o tratamento desrespeitoso, abusivo ou negligente de gestantes durante o parto ou atendimento pré-natal por meio de ações que alcançam o físico, mental e psicológico da mulher, comprometendo sua dignidade e direitos humanos, ferindo os princípios da mulher, deixando-a incapaz de tomar sua própria decisão (LEITE *et al.*, 2022).

Mundialmente, muitas mulheres já padeceram nesse ato desumano, portanto, segundo Rattner a VO começa desde a assistência, incluindo também os quadros de cesarianas sem indicação. No Brasil, uma em cada quatro mulheres sofrem de violência obstétrica, tendo como base uma pesquisa realizada em 2010 pela fundação Perseu Abramo, tendo constatado o percentual de 25% das mulheres já passaram por algum tipo de VO (OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA, 2020).

Uma outra pesquisa realizada no Brasil, verificou a preferência pelo tipo de parto no começo da gestação, de parto vaginal com 66%, em cesariana, 27,6%, e as mulheres que não tinham sua escolha em relação ao procedimento era de 6,1%. Diante disso, no fim da gestação os percentuais mudaram, obtendo 51,5% cesariana, sendo 65,7% sem trabalho de parto, dando ênfase no quanto as mesmas são influenciadas acerca de suas decisões e passando a ter medo do parto normal (MARQUES *et al.*, 2020).

No Ceará, a quantidade de mulheres afetadas pela violência obstétrica por conta de procedimentos cirúrgicos tem cerca de 57% de prevalência na rede pública e de 95% na rede privada, atingindo uma escala de média de 76% de casos em meio àquela população (PAIVA *et al.*, 2022).

A OMS aborda que todas as mulheres, tem a posse dos seus direitos, ao mais elevado padrão de saúde, abrangendo uma assistência digna e educada, durante todo período da gravidez e parto, assim como também, os direitos fundamentais de estar livre da violência e discriminação (MATOS; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2021).

A dificuldade de reconhecimento pelas mulheres da vivência de violência obstétrica é questão complexa e influenciada por diversos fatores, semelhante às situações de violência doméstica. Há uma distância entre indicar a agressão sofrida, reconhecer-la e nominá-la como violência ou maus tratos. Além de informação adequada, a relação de poder entre profissionais e mulheres na atenção ao parto

interfere no exercício da sua autonomia e preservação da integridade corporal e psicológica, para a decisão e escolhas informadas (ROCHA; FERREIRA, 2020).

Atualmente, o que se pode observar nas maternidades, em especial as do serviço público, é o impedimento da mulher em ser a protagonista do ato de parir, fazendo com que seus direitos, naquele momento, não sejam reconhecidos. Além disso, a violência obstétrica vai contra os direitos do bebê, que tem seu tempo desrespeitado e que pode sofrer com as intervenções para acelerar o seu nascimento, acarretando prejuízos para o seu desenvolvimento cognitivo (CASTRO; ROCHA, 2020).

As diferentes formas de violência obstétrica sofridas por todas as mulheres acusam a precariedade da qualidade da assistência obstétrica e neonatal oferecida nos serviços de saúde, corroborando a realidade apontada nas literaturas a respeito da prevalência de violência na parturição a nível nacional e internacional (KATZ *et al.* 2020).

Em estudo realizado por Vieira *et al.* (2020), obteve-se que aproximadamente 87% das pacientes sofreram algum tipo de violência durante o trabalho de parto e parto, considerando o uso de intervenções desnecessárias. Mais de 65% das mulheres referiram o incentivo aos puxos voluntários, a incidência da posição supina e de litotomia foi de 27% e 12%, respectivamente, enquanto o uso de oxicina e de aminiotomia foi de 41% e 31%, respectivamente. O clampeamento precoce do cordão umbilical ainda foi realizado em 30% das pacientes.

Embora a assistência humanizada à mulher faça parte de programa do Ministério da Saúde desde 2016, ainda se observa despreparo, negligência e imperícia na prática de profissionais da obstetrícia, sejam médicos, enfermeiros, enfermeiros obstetras ou auxiliares de enfermagem, levando a inúmeras violências obstétricas vivenciadas e presenciadas em suas rotinas de trabalho (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Para grande parte das mulheres a violência obstétrica é pouco entendida como sendo um ato violento e sim percebida como algo rotineiro e comum, pois no momento em que acontecem, estas geralmente se encontram em situação de vulnerabilidade e tendem muitas vezes a se calar por medo de possíveis consequências, ficando submissas à ação do profissional (CAVALHEIRO; FARIA; DE LIMA, 2021).

Segundo o estudo de Ferreira & Silva (2020), o parto hospitalar relatado pelas entrevistadas lhes ofereceu pouca ou nenhuma possibilidade de exercício de poder

sobre o próprio corpo e suas experiências de parto. Na maioria dos casos, segundo os relatos, as intervenções feitas não foram negociadas, nem explicadas. Boa parte das entrevistadas, por sua vez, também não questionou os profissionais sobre qualquer conduta ou procedimento realizado, e o conhecimento sobre o próprio corpo sequer foi mencionado por elas durante a entrevista.

A imagem da mulher consolidada culturalmente como um ser reprodutor, submisso, com inferioridade física e moral, abre precedente para a dominação, o controle, os abusos e a coação de seus corpos e de sua sexualidade, entrelaçados pelas questões discriminatórias (TEMPESTA; ENEILE, 2021).

De acordo com Leite *et al.* (2022), as falas das puérperas evidenciaram práticas convencionais na assistência ao parto, tais como o uso indiscriminado de ocitocina, a realização rotineira de episiotomia, amniotomia, puxos dirigidos, adoção exclusiva de posições horizontalizadas para o parto, além da negação do direito ao acompanhante. Também foram relatadas restrições desnecessárias, sentimentos de abandono, descaso, desvalorização das queixas e falta de informações adequadas.

A VO subdivide-se em cinco relevantes tipos de agressões: Violência física, violência moral, violência institucional, violência sexual, violência psicológica e verbal. A Violência obstétrica tem como consequência a violação de direitos: direito à liberdade de danos e maus tratos, a informação e autonomia, a confidencialidade e a privacidade, a dignidade e ao respeito, a igualdade e a não discriminação (RUSSO; NUCCI, 2020).

Em relação à violência física, Ferreira & Silva (2020) destacam o exame de toque vaginal doloroso, repetitivo, sem obedecer a critérios, realizado na mesma parturiente por diversos profissionais e ainda sob a alegação de finalidade didática. A violência verbal destaca-se sob a forma de tratamento grosseiro, ameaças, repressões, gritos, humilhações e desrespeito.

A violência psicológica é materializada pela falta de acolhimento, rispidez, negligência. Relatos de abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante o parto são registrados por mulheres de todas as partes do mundo. Essas práticas proporcionam consequências adversas para o binômio, principalmente por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade para a mulher (FERREIRA; SILVA, 2020).

A dor do parto, no Brasil, muitas vezes, é relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com práticas institucionais e de profissionais de saúde que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher

e de seu corpo, agressões a parturiente e ao recém-nascido são comuns devido a cumplicidades de profissionais desqualificados. Além disso, a impunidade se torna mais nítida àqueles que realizam práticas sem escrúulos e sentimento algum, que agredem o binômio mãe-bebê (CAVALHEIRO; FARIA; DE LIMA, 2021).

Segundo o estudo de Katz *et al.* (2020), a submissão das mulheres a essas práticas contra sua vontade gera sentimentos de violência, ferimento e maltrato. Tais experiências podem resultar em ressentimento e trauma. No entanto, a expressão dessas dores ainda causa estranhamento, uma vez que essas condutas não são amplamente reconhecidas como atos violentos, capazes de provocar trauma e sofrimento.

A violência obstétrica pode causar diversos traumas para as mulheres, as mesmas ficam sujeitas a desenvolver transtorno de estresse pós-traumático, depressão, intensos sentimentos de perda e sofrimento. Pois a violência que iriam vivenciar, se transformaria em um estresse emocional que seria traumático para elas. Isso seria resultado das ações ou omissões dos profissionais de saúde (OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA, 2020).

De acordo com Castro & Rocha (2020), tais vivências negativas impactam em muitos aspectos da vida podendo levar a manifestações cognitivas, comportamentais, sociais e psicológicas. Nas participantes deste estudo verifica-se uma tendência de buscar alternativas para lidarem com estas ocorrências, sejam através de tratamentos psicológicos, por apoio jurídico ou pela militância contra a violência de gênero.

Segundo o artigo de Matos, Magalhães & Féres-Carneiro (2021), além do sofrimento, medo, dor, falta de privacidade e conhecimento acerca da violência obstétrica, estas mulheres ainda são afetadas, a partir das suas experiências ruins, na criação do vínculo com os seus filhos. Deve-se reforçar que o desenvolvimento social, emocional, físico e cognitivo de recém-nascidos e crianças e os modelos de relações que estabelecerão ao longo da vida estão intimamente ligadas ao vínculo com a mãe.

Contudo, pode-se dizer que são inúmeros os danos causados nas mulheres, não sendo apenas durante o parto, mas durante todo atendimento obstétrico. Dentre alguns sentimentos desencadeados pelas puérperas que sofrem violência obstétrica, é o sentimento de impotência, pois diante da situação, nada podem fazer por medo de serem deixadas de lado ou abandonadas pela equipe. Há também o desapontamento e revolta em relação aos profissionais de saúde que deveriam

prestar uma boa assistência, cuidando e respeitando a mulher no momento especial da sua vida (PAIVA et al., 2022).

Vale ressaltar que quando esse momento é bem respeitado e a mulher se sente mais informada, isso contribui para a diminuição da sua dor e cria um processo mais positivo. Pois, dessa forma, sua segurança e confiança são alimentadas para que consiga ter concentração no seu objetivo de conseguir dar à luz. Caso contrário, a falta de informação e humanização produz mais ansiedade, ocasionando na experiência uma sensação mais dolorosa e insegura (ROCHA; FERREIRA, 2020).

Mesmo assim, observa-se que muitos obstáculos dificultam os avanços na assistência ao parto, como: a manutenção da medicalização do parto, o uso abusivo de tecnologias, o financiamento insuficiente, a deficiente regulação do sistema, a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, a permanência de taxas elevadas de morbimortalidades materna e perinatal e a indiferença à presença de tratamentos hostis contra as mulheres, em hospitais públicos e privados de todo o país (ROCHA; FERREIRA, 2020).

Cabe ressaltar que a atuação do enfermeiro obstetra para a redução de casos de violência é fundamental pois, é capaz de reduzir intervenções que são desnecessárias durante o trabalho de parto e parto, a partir de um cuidado mais integral e humanizado. A maior necessidade das mulheres é de apoio emocional, conforto e segurança durante as intervenções que se fizerem necessárias o que pode ser alcançado a partir de um cuidado obstétrico baseado em evidências (LEITE et al., 2022).

É necessário compreender que não são necessárias grandes mudanças estruturais e nem um investimento em altas tecnologias e sim um olhar mais atencioso do (a) profissional, reconhecendo as individualidades da paciente, buscando oferecer uma assistência baseada em evidências científicas. Além disso, suas ações devem ser fundamentadas nas diretrizes da bioética e do Código de Ética de cada profissão e, portanto, nos seguintes princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (VIEIRA et al., 2020).

3.3 A HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Até o século XIX, a assistência para as gestantes era realizada por parteiras, mulheres que aprenderam seu ofício na prática, ocorrendo o trabalho de parto no

ambiente domiciliar. A partir do século XX, o parto tornou-se um evento médico e passou a ser realizado dentro de ambiente hospitalar. A institucionalização do nascimento e principalmente o fato de o parto ser visto como um acontecimento médico contribuiu para a redução de nascimentos por via vaginal e aumento de cirurgias cesarianas (RUSSO et al., 2019).

A gestação é uma fase importante na vida da mulher, caracterizando mudanças físicas e fisiológicas. Durante esse período, o organismo materno se prepara para o parto, fazendo com que ocorram alterações para adaptação do corpo da mulher. Para que isso ocorra como o planejado a puerperal deve estar preparada e ciente dos sinais de parto e vias de parto (HIRSCH, 2019).

A cada ano acontecem no Brasil cerca de 3 milhões de nascimentos, envolvendo quase 6 milhões de pessoas, ou seja, as parturientes e os seus filhos ou filhas, com cerca de 98% deles acontecendo em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados (BRASIL, 2019).

O modelo de parto nos países em desenvolvimento ainda tem sido bastante medicalizado, além de tratado como algo patológico, em que a figura do médico é colocada no foco central de todo o procedimento; porém, já se tem investido em programas que buscam por uma mudança. Contudo, em 1996 houve a recomendação da OMS acerca das boas práticas para o parto e o nascimento; em 2000, no Brasil, houve a implementação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento e, em 2011, a implantação da Rede Cegonha, garantindo a gestante o acesso e o cuidado de forma integral (RUSSO; NUCCI, 2020).

De acordo com os resultados da ‘Pesquisa Nascer no Brasil’, a preferência da mulher pelo parto normal ou pela cesariana está relacionada a fatores socioeconômicos, paridade, sistema de saúde utilizado (público ou privado). O medo da dor relatado pelas mulheres é um forte fator para sua decisão; além desse, experiências anteriores negativas, informações recebidas através de familiares ou grupos de afinidade e até mesmo a opinião do profissional também foram aspectos encontrados na influência de sua decisão (BRASIL, 2019).

É comum ouvir relatos de mulheres que se consideram incapazes de parir por via vaginal. Desconsideram ou desconhecem alternativas para o alívio da dor, como as práticas não farmacológicas incentivadas pela OMS: livre movimentação durante o trabalho de parto, massagens, banhos, acupuntura, musicoterapia, entre outras. A vivência que a mulher terá neste momento será mais ou menos prazerosa, mais ou

menos positiva, mais ou menos traumática, a depender de uma série de condições, desde aquelas intrínsecas à mulher e à gestação, até aquelas diretamente relacionadas ao sistema de saúde (GOMES *et al.*, 2019).

Para que seja possível fortalecer a autonomia da mulher, Rocha & Ferreira (2020) relatam que é imprescindível que os profissionais de saúde trabalhem em prol do empoderamento feminino, dando a ela conhecimento e suporte para que sua cidadania seja fortalecida. O empoderamento da mulher amplia o seu conhecimento sobre sua situação social e de saúde, e reforça o conhecimento do seu papel na sociedade, tornando-a capaz de modificar as relações de poder e de exercer escolhas conscientes para si.

As preferências da gestante sobre as vias de parto se constroem a partir de seu autoconhecimento, de suas experiências anteriores e do conhecimento que transita entre ela e a comunidade onde vive, de suas expectativas e do acesso às informações que ela terá durante a gestação (ROCHA; FERREIRA, 2020).

A efetivação da humanização nos serviços de saúde depende diretamente das ações e práticas estratégicas, voltadas na valorização da individualidade e subjetividade de cada sujeito, sob a perspectiva da sua natureza humana (HIRSCH, 2019).

Humanizar o acolhimento e os serviços de saúde é um objetivo imposto pelas normas legais, ora vigentes, possuindo respaldo constitucional, diante do valor afigurado à dignidade da pessoa humana. Sob este viés político-legal, a Política Nacional de Humanização (PNH), desde o ano de 2013, dispõe de diretrizes que demonstram a importância do manejo de práticas humanizadas no campo da saúde (BRASIL, 2020). Há uma carência pela humanização dos mais distintos campos da saúde, mas, tal carência emerge com mais significância no campo dos processos de parto (SILVA *et al.*, 2021).

A necessidade pela humanização do parto advém de uma série de problemas que, durante anos, promoveram prejuízos para as parturientes e seus filhos, dentre os quais pode-se destacar: a falta de uma atenção humanização no período pré-parto; a demora no atendimento e a elevação dos riscos asfixia perinatal, sendo ela a falta de oxigênio, elevando os riscos de lesão cerebral, óbito do bebê e outros; práticas desumanizadas durante o procedimento do parto, a exemplo da episiotomia; e outros (COSTA *et al.*, 2021).

Os processos de partos ainda são permeados por tratamento desumanos, que atingem diretamente a dignidade das parturientes, produzindo riscos para elas e suas proles. O estudo prático desenvolvimento pelos autores aqui referenciados em um hospital público na cidade do Rio de Janeiro, constatou um elevado índice de realização do parto cirúrgico, bem como a realização rotineira da episiotomia, identificando assim uma desumanização clara do parto na unidade de saúde analisada (SALES *et al.*, 2020).

O atual cenário hospitalar dos processos de parto ainda é cercado por inúmeros casos de violência obstétrica, o que pode produzir uma série de traumas para as parturientes, elevar os riscos para elas e seus filhos, bem como produzir situações vexatórias (GIMENES *et al.*, 2021). Segundo Machado *et al.*, (2021) um ambiente não humanizado eleva a dor e o sofrimento das parturientes, as quais passam a lidar com sentimentos de medo, constrangimento e outros, os quais provocam a exacerbação da vulnerabilidade delas.

Os descasos ocorridos no parto, principalmente em unidades públicas de saúde, não se tratam se caso isolados. Mas, a grande maioria dos partos realizados no sistema público de saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta agravantes desumanizadoras que caminham na contramão da pretensão de humanização do parto. Tal condição não se limita aos partos realizados no campo da saúde pública, apesar de ser mais recorrente, também ocorre no âmbito privado da atenção à saúde (GIMENES *et al.*, 2021).

Alguns fatores interferem diretamente na qualidade dos processos de parto, dificultando assim a humanização dos mesmos. No rol destes fatores, os autores destacaram: a inadequação dos ambientes hospitalares; a escassez de material; a limitação da mão-de-obra hospitalar; a superlotação; a falta de conscientização dos profissionais da saúde; e outros (SILVA *et al.*, 2020).

De acordo com eles, o alcance da humanização do parto requer a produção de um ambiente acolhedor, que seja capaz de propiciar conforto para as parturientes, mesmo diante de fatores que levam as dificuldades de alcance deste objetivo (SALES *et al.*, 2020).

Mendes, Silva & Leal Jr. (2022) trazem contribuições científicas-epistemológicas que destacam modelos de assistência que são capazes de humanizar os processos de parto, quer seja natural ou cesáreo. Para eles, cabe aos profissionais da saúde reconhecer o protagonismo das parturientes no momento do

parto, principalmente na efetivação da escolha por um parto natural ou cesáreo – quando cabível. No combate à violência obstétrica, um olhar mais acurado na humanização e no acolhimento humanizado das mulheres e seus filhos é importante em todo o percurso pré, intra e pós-parto (SILVA *et al.*, 2021).

O “cuidado transpessoal” é considerado um caminho eficaz na humanização dos processos de parto na saúde brasileira. O cuidado transpessoal é definido pela produção de condições humanizadas que levam em consideração as questões mentais, físicas, socioculturais e espirituais, desenvolvendo assim uma relação de ajuda-confiança entre os agentes que lidam com os processos de parto e as parturientes (ARAÚJO *et al.*, 2020). De igual modo, Nogueira (2022) afirma que os cuidados no parto devem correlacionar-se com a “alma” ali existente, reconhecendo a singularidade do momento para o binômio mãe-filho.

Nos contornos práticos pró alcance da humanização do parto, a enfermagem obstétrica assume simétrica relevância. Almeida *et al* (2020) considera a enfermagem obstétrica um importante campo dos cuidados da enfermagem, onde os profissionais assumem considerável relevância no auxílio aos processos do parto, natural ou cirúrgico. Os conhecimentos dos enfermeiros obstétricos, de acordo com Nascimento *et al.* (2020), são capazes de produzir as condições necessárias para humanizar o acolhimento das parturientes e proles.

Na superação dos desafios e dificuldades existentes no ambiente hospitalar, tanto o estudo de Batista *et al.* (2021), quanto o estudo de Nascimento *et al.* (2020), afirmam que a enfermagem obstétrica é um campo formado por profissionais que detêm conhecimento multidisciplinares capazes de alcançar tal objetivo, em prol da materialização da humanização do parto.

A enfermagem obstétrica possui uma representação social muito importante nos processos de parto, principalmente as enfermeiras obstétricas, uma vez que elas são capazes de compreender a vulnerabilidade subjetiva de cada parturiente, produzindo um diálogo mais individualizado (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

Dias, Quirino & Damasceno (2022) e Oliveira, Branco & Souza (2022), destacam que a atuação da enfermagem obstétrica nos processos de parto é de grande singularidade e relevância, uma vez que os enfermeiros obstétricos detêm não apenas conhecimento técnicos-práticos necessários, mas também são capazes de manejar conhecimentos que podem promover um ambiente mais humanizado, quer

seja pela construção de um diálogo humanizado, quer seja pela disposição de estratégias que sejam mais acolhedoras ao binômio mãe-filho.

Ao contrário do que acredita a crença popular ao redor do tema, Oliveira, Elias & Oliveira (2020) dizem em sua pesquisa que o parto humanizado em nada relaciona-se a escolha da via de parto ou ao local/ambiente onde este ocorre. Ele também não se pauta em haver sua ocorrência em ambiente intra-hospitalar ou doméstico.

A humanização no momento do parto se trata de um conceito, de uma forma de realização desse procedimento, do acompanhamento à parturiente. Ele deve ser associado à existência do respeito e da compreensão das individualidades e características e da gestante com a prática clínica embasada nas mais qualificadas evidências científicas. Tal ocorrência deve ter como foco principal colocar a parturiente como foco principal de todo o cuidado (OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA, 2020).

Corroborando com essa ideia, Teixeira *et al* (2020) relata em seu estudo que a palavra “humanizado” não tem relação com a via de parto escolhida, mas à maneira que ocorre a assistência à mulher, levando em consideração suas vontades e decisões, de modo que o respeito seja preservado. Em outras palavras, nem todo parto normal/vaginal significa que seja humanizado, e igualmente a realização de uma cesárea pode ser interpretada como a desumanização do parto.

Segundo Costa *et al* (2021) relatam em seu estudo que a ocorrência de partos vaginais podem, por vezes, abranger atos extremamente violentos e o uso de meios e recursos altamente desnecessários. Em oposição, apesar de o parto cesáreo se tratar de um procedimento cirúrgico, é completamente possível que seja realizada com humanização.

A humanização no parto cesáreo faz com que este tipo de parto seja chamado de “cesáreas respeitosas”. Mesmo sendo um procedimento cirúrgico e possuindo um contexto que justifica a necessidade da cirurgia, é possível ainda que a parturiente se torne o alvo de toda a humanização e com alguns cuidados, como: contato pele a pele precoce, baixa luminosidade e controle de temperatura da sala (MATOS; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2021).

Contudo, evidencia-se no estudo de Leite *et al* (2022) que existem no cotidiano algumas práticas rotineiras, sistematizadas e que abrangem todas as mulheres sem o estabelecimento de algum critério que fazem o parto ser algo desumanizado e sofrido. A exemplo, tem-se a realização da lavagem intestinal (para que a mulher não evague no decorrer do parto), a imposição da posição litotômica

para a realização do parto, ditar à mulher o momento em que ela deve fazer força e a realização desnecessária de uma episiotomia (corte na vagina) para aumentar a via de parto.

Com relação a questão sobre mulher o momento em que ela deve fazer força e empurrar o bebê no parto vaginal, considera-se como ideal que a mulher realize essa força por vontade espontânea, chamada como “puxo”. “Manejar o parto fazendo a paciente empurrar com orientações pode aumentar as chances de ter lacerações” (KATZ *et al.*, 2020).

Rocha & Ferreira (2020) elucidar que aquilo que é rotineiramente estigmatizado pela sociedade trata-se da crença de que o parto humanizado sempre consiste na realização de um parto vaginal, ou seja, sem fazer uso de quaisquer tipos de recursos. Contudo, há métodos que, quando realizados por situação necessária, não significam que o parto realizado não é humanizado. A exemplo, tem-se o uso do vácuo extrator, do fórceps ou mesmo a ocorrência da cesárea.

Esses recursos são utilizados quando existe indicação e, por seu uso, não deixará de ser humanizado, sendo justificado pelo fato da ocorrência de uma violência obstétrica poder igualmente acontecer por omissão, ou seja, a parturiente necessitar de determinado recurso e o médico não utilizá-lo (ROCHA; FERREIRA, 2020).

Na realidade do Brasil, a humanização do parto ainda não faz parte dos procedimentos da maior parte das maternidades existentes, independentemente de estarem no setor público ou privado, uma vez que a maioria dos profissionais que atuam frente a assistência humanizada realizam atendimentos particulares, onde muitas das parturientes não possuem condições financeiras de pagar. Ademais, falta estrutura adequada para proporcionar privacidade às pacientes (PAIVA *et al.*, 2022).

Um dos maiores benefícios do parto humanizado, segundo Cavalheiro, Faria & De Lima (2021, é o de propiciar à paciente o papel de protagonista, tornando-se foco principal do cuidado ofertado e respeitando desejos e vontades. Nesse sentido, a parturiente deve exercer papel ativo durante sua história de parto.

Na humanização do parto, a gestante possui liberdade para se locomover da maneira que achar mais confortável, podendo se alimentar e ingerir líquidos durante o processo de parto, além de conceber na posição que lhe causar menos dor. Em geral, também é feito o contato pele a pele precoce entre bebê e mãe, sendo logo após o parto. Todos os procedimentos devem ser respeitados se for desejo da mãe e se ambos estiverem bem (CAVALHEIRO; FARIA; DE LIMA, 2021).

Cabe ressaltar que quanto menor a quantidade de intervenções, melhor a recuperação para mãe e bebê. Desta forma, o parto é um evento fisiológico que, com a assistência humanizada, traz inúmeros benefícios para a mãe e o recém-nascido. Com isso, entende-se que a humanização do parto protege parturiente e recém-nascido de eventuais complicações (TEMPESTA; ENEILE, 2021).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se uma revisão de literatura qualitativa.

4.2 PERÍODO E LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada entre os meses de março de 2023 a março de 2024 em artigos obtidos nas bases de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

4.3 AMOSTRAGEM

Foram analisadas as literaturas que versavam sobre o papel da enfermagem obstétrica na humanização do parto, suas contribuições e sua atuação na prevenção da violência obstétrica no parto. A amostra final foi obtida em manuscritos obtidos nas bases de dados citados anteriormente, abrangendo: artigos científicos, capítulos de livros, portarias e resoluções dos últimos 6 anos.

4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

4.4.1 Critérios de inclusão

Foi levado em consideração publicações encontradas nas bases selecionadas, em língua portuguesa e inglesa, de artigos obtidos na íntegra e de forma gratuita sobre temática escolhida, publicados entre 2013 a 2023.

4.4.2 Critérios de não inclusão

Não foram incluídos artigos que não condizem diretamente com o objetivo geral da pesquisa, textos incompletos e os trabalhos não disponíveis na íntegra e que fugiam da temática.

4.4.3 Critérios de exclusão

Foram excluídas ainda manuscritos que não foram publicados em periódicos indexados.

4.5 COLETA DE DADOS

Foram utilizados, durante a pesquisa, os descritores controlados: “Condutas de enfermagem”, “Parto Humanizado” e “Obstetrícia”. Estes foram cruzados entre si para uma melhor obtenção de resultados. Foram utilizados na coleta os operadores booleanos “and” e “or” para uma busca mais aprofundada dos dados.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Visando à categorização dos dados, foi desenvolvido um instrumento de coleta contendo dados referentes à autoria e dados relativos às publicações (título, ano, tipo de estudo e principais resultados obtidos). Posteriormente, foram extraídas as principais contribuições abordadas em cada artigo e de interesse para a pesquisa. As mesmas foram comparadas e agrupadas por similaridade de conteúdo, tendo os resultados sido apresentados em forma de quadro.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho respeitou as normas éticas de trabalhos acadêmicos. Por ser uma pesquisa de natureza bibliográfica, conforme preconiza a resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, não se faz necessário o envio deste projeto para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo foram formados por 11 artigos após a busca de amostragem na literatura. Os artigos encontrados foram publicados nos anos de 2019 (1 artigo), 2020 (3 artigos), 2021 (2 artigos), 2022 (2 artigos), 2023 (2 artigos) e 2024 (1 artigo). O Quadro 1 mostra os principais resultados obtidos, segundo ordem cronológica de publicação:

Quadro 1 - O papel do enfermeiro obstetra na assistência ao parto humanizado.

Autoria	Ano	Título	Tipo de estudo	Resultados obtidos
SOUZA, Francisca M.L.C. et al.	2019	Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado.	Estudo reflexivo	Foram apontados neste percurso o uso de tecnologias leve e leve-dura como ferramentas apropriadas para o parto humanizado, pois favorecem a autonomia da mulher e sua subjetividade, porém, as tecnologias duras em alguns momentos são importantes no processo parturitivo, como uma intervenção cirúrgica conforme as recomendações do Ministério da Saúde.
ALMEIDA, Brenda S. et al.	2020	Autonomia percebida pelo enfermeiro obstetra na sala de parto.	Pesquisa qualitativa	Evidenciou-se a autonomia da enfermeira no contexto da equipe multiprofissional na sala de parto, percebendo-se como agente transformador no cuidado humanizado, sendo de fundamental importância na mudança de paradigmas e qualificação da assistência em obstetrícia, sendo primordial sua presença frente aos serviços de saúde com maior enfoque nos Centros de Parto Humanizado.
PEREIRA, Vanessa D.V. et al.	2020	A Atuação do Enfermeiro Obstetra e sua Efetividade na Educação em Saúde às gestantes.	Revisão bibliográfica	Esse profissional pode ter um contato mais próximo com a cliente durante o ciclo gravídico-puerperal, desenvolvendo atividades de educação em saúde, de modo que o parto e o pós-parto sejam eventos livres de incertezas e questionamentos e bem enfrentados diante de possíveis intercorrências.
SANTOS, Carla B. et al.	2020	Métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto normal.	Estudo exploratório	O enfermeiro obstetra deve utilizar ferramentas como hidroterapia, deambulação e mudança de posição, exercícios de relaxamento, aromaterapia, técnica de respiração, massagem, musicoterapia, bola de parto, estimulação elétrica e acupuntura para auxiliar no alívio da dor.
CAVALCANTE, Larissa G. et al.	2021	Estratégias do enfermeiro obstetra para diminuição dos	Revisão bibliográfica	Comprovou-se que o banho quente é a estratégia mais utilizada pelos enfermeiros; os principais exercícios facilitadores foram a respiração, o uso

		métodos intervencionistas durante o parto normal.		da bola suíça e a caminhada; incentivar a adoção de diferentes posições durante o parto contribui para uma melhor evolução do processo parturitivo.
MANDUJANO, Tatiana B.S.; MAIA, L.F.S.	2021	O papel do enfermeiro obstetra no parto humanizado.	Revisão bibliográfica	O acompanhamento, as boa práticas, um olhar holístico, um cuidado com equidade e direcionado a cada necessidade; papel fundamental do enfermeiro (a), profissional capacitado, formação completa necessária para atender a gestante de baixo risco ou risco habitual, portadores de diploma; com certificado de obstetriz ou enfermeiro (a) obstetra, bem como especialistas em enfermagem obstétrica e na saúde da mulher; embasado cientificamente, onde no decorrer de cada atendimento, desmistifica o cuidado humanizado, o que não significa apenas ao parto normal e, sim ao tratamento e cuidado para com a parturiente.
ANDRADE, Giulia S. et al.	2022	Papel do enfermeiro obstetra na assistência ao parto normal humanizado.	Estudo descritivo	O papel do enfermeiro obstetra no parto humanizado parte das primícias de que a gravidez e o parto são eventos na vida da mulher em sua maioria saudáveis, que não precisam de intervenções como são realizadas no Brasil, é um cuidado diferenciado, cuidado já provado por evidências de maior qualidade.
LIMA, Mayra C.R.F.; DE OLIVEIRA, Maria G.V.; DE BRITO, Rayana G.	2022	A Percepção Do Enfermeiro Obstetra Diante Do Parto Humanizado Em Uma Maternidade De Referência Em Manaus-AM.	Estudo exploratório	O papel do enfermeiro (a) no do parto humanizado é fundamental. Dentro desse processo esse profissional contribui para alcançar os objetivos propostos pela OMS para redução de partos cesarianos e intervenções desnecessárias ao parto, privilegiando sempre o processo natural.
ALMEIDA, Malena S. et al.	2023	A identidade da enfermagem obstétrica no centro de parto normal.	Estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa	A compreensão da identidade profissional das enfermeiras no Centro de Parto Normal é o ponto central para garantir a sua valorização e sua atuação com respeito, legitimando seu direito, pois, com a identidade alicerçada, garantem-se maior qualidade e mudanças no modelo hegemônico obstétrico.
REZER, Fabiana; NUNES, Irma T.	2023	A importância do enfermeiro frente a priorização do parto natural humanizado.	Revisão de Literatura	Os resultados mostram a importância da inclusão do enfermeiro com adesão as práticas humanizadas no cenário de parto, assim como acomodações, equipe e carga horária pertinente para a assistência.
RIBEIRO, Kelly S.C. et al.	2024	Obstetric and neonatal adverse events and association	Estudo de coorte prospectivo	Os eventos adversos tiveram menor probabilidade média de ocorrência no serviço operado exclusivamente por enfermeiras obstétricas, no qual foi

		with care models: a cohort study.		identificada maior aplicação das recomendações para assistência ao parto e nascimento.
--	--	-----------------------------------	--	--

Fonte: PINHO, R.A.N. 2024.

Os resultados deste estudo evidenciam que a enfermagem obstétrica deve atuar da forma menos intervencionista possível no parto humanizado. O uso de exercícios de respiração, oferta de banho quente e a utilização de ferramentas facilitadoras no parto podem auxiliar no processo do parto de forma humanizada e com o menor índice possível de intercorrências.

5.1 O PARTO E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA NA SUA REALIZAÇÃO

Anteriormente, o trabalho de parto era realizado por parteiras que eram desprovidas de formação técnica ou acadêmica. Essa prática ocasionava às parturientes muitas complicações durante o parto e puerpério, podendo também levar a óbito materno e fetais. Com o passar do tempo, os avanços científicos e a busca pela redução dessa alta taxa de mortalidade no parto e puerpério, se fez necessário a institucionalização dos procedimentos cirúrgicos-obstétricos, tornando-os intra-hospitalares (ALMEIDA et al., 2023).

Ao analisar os riscos que os pacientes poderiam ser acometidos nas instituições de saúde, achou-se necessária a melhoria da qualidade na assistência ao paciente, promovendo a segurança, e identificando as situações e oportunidades que possam prover risco ao paciente, mantendo a prevenção e o controle (RUSSO et al., 2019).

No entanto sabe-se que o parto é um processo complexo e dotado de intercorrências, que acometem as parturientes no pré-parto, parto e pós-parto, mediante a isto a lista de verificação da Organização Mundial da Saúde para parto seguros foi criada no intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados a mulheres que dão à luz visando manter uma assistência de alta qualidade até o momento que a mãe e o recém-nascido recebem alta (SOUZA et al., 2019).

A Lista de Verificação é uma lista organizada de práticas fundamentais a serem realizadas durante o processo de parto, baseadas em evidências, que visa as principais causas de morte materna e natimortos por causas relacionadas ao parto e

das mortes neonatais que ocorrem em unidades de saúde, em território mundial (BRASIL, 2019).

De acordo com Russo e Nucci (2020, p. 07):

"A elaboração desse instrumento foi estimulada especialmente pela existência de dados que indicam que entre os 130 milhões de partos ocorridos a cada ano, cerca de 303 mil resultam em morte materna, 2,6 milhões em natimortos e 2,7 milhões em morte neonatal. Apesar da redução de 45% das mortes maternas em todo o mundo desde 1990, 800 mulheres ainda morrem a cada dia por causas preveníveis antes, durante ou depois do momento do parto, e 99% dessas mortes maternas preveníveis ocorrem em países de baixa e média renda".

A diminuição da mortalidade relacionada ao nascimento vem sendo uma prioridade na saúde global: esteve entre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, finalizados em 2015, e está entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, também visando à redução do número de mortes maternas evitáveis, até 2030 (BRASIL, 2019).

Com o objetivo principal de reduzir os danos causados nas parturientes e consequentemente diminuir a mortalidade materna e neonatal o Programa de Humanização do Parto e Nascimento vincula a reorganização da assistência, o acesso ao pré-natal, parto e puerpério como forma de garantir a qualidade do atendimento com um conjunto mínimo de procedimentos. Este programa apresenta duas características principais: O olhar integral à assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporadas como normas institucionais (RIBEIRO *et al.*, 2024).

É de suma importância assegurar a gestante sobre o processo do parto e suas complexidades, e enfatizar que tudo aquilo que foi explicado e falado pra gestante sobre promover a segurança da mãe e do recém-nascido é um direito dela e integra uma assistência com base nos cuidados mais seguros possíveis para as parturientes (BITAR *et al.*, 2022).

Um desfecho importante do estudo foi a mortalidade neonatal, especialmente a mortalidade neonatal precoce (mortes ocorridas de 0 a 6 dias após o nascimento). Essas mortes, a maioria delas envolvendo prematuros, podem estar relacionadas a condições clínicas específicas do bebê e/ou da mulher, como infecção; e organizar uma rede que tenha impacto direto no acesso e na qualidade dos cuidados durante o parto e nos cuidados pós-natais imediatos. As condições socioeconómicas e o estilo de vida também contribuem para o aumento das mortes nesta faixa etária. Estima-se

que 75% destas mortes sejam devidas a causas evitáveis e, portanto, são consideradas eventos adversos evitáveis (GIMENES *et al.*, 2021).

A infecção perinatal (18,5%) é a terceira causa mais comum de morte neonatal em todo o mundo, depois da prematuridade (30,3%) e dos defeitos congênitos (22,8%). Esta é uma causa amplamente evitável e, portanto, um indicador sensível da qualidade dos cuidados prestados pelos serviços de saúde durante os cuidados pré-natais e o parto (CAVALCANTE *et al.*, 2021).

A investigação mostra que a sensibilidade social relacionada com a organização dos cuidados, a qualidade dos recursos humanos e materiais e a organização dos serviços estão fortemente relacionadas com os resultados perinatais. Além disso, as falhas nos cuidados pré-natais associadas às elevadas taxas de nascimentos hospitalares aumentaram o acesso neonatal às unidades de cuidados intensivos, o que pode contribuir para taxas mais elevadas de natalidade (SANTOS *et al.*, 2020).

O trabalho de parto prolongado, com duração superior a 12 horas, está associado a maus resultados obstétricos e ao aumento da mortalidade materna e neonatal, mesmo nas primeiras horas após o nascimento. Além da ameaça à segurança de mulheres e crianças, o trabalho de parto prolongado pode causar desconforto laboral e estresse psicológico significativo, o que incentiva as mulheres a optarem por cesarianas durante a gravidez (MATOS; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2021).

A hemorragia pós-parto é citada como uma das principais complicações que levam à morte materna. Essas mortes foram eventos significativos e foram devidas principalmente a causas obstétricas diretas. Fatores relacionados com a organização e estrutura do serviço (linhas de introdução pouco claras, baixas qualificações e experiência profissional, equipamentos e materiais inadequados), fatores sociais (apresentação escolaridade, rendimento, ocupação, local de residência, comportamento, pertença a uma minoria étnica) e fatores pessoais (idade, paridade, condições obstétricas e comorbidades) contribuem para a incidência e aumento da mortalidade (ROCHA; FERREIRA, 2020).

Nesse contexto, é importante ampliar os mecanismos de vigilância dos fatores que contribuem para a hemorragia pós-parto, segunda causa de morte materna no Brasil, responsável por 12,4% dos casos. Esses mecanismos de vigilância incluem o

desenvolvimento de conhecimentos especializados na identificação precoce de riscos e na gestão adequada de casos (ARAUJO *et al.*, 2020).

Além disso, a integração e análise de dados epidemiológicos e a integração de mecanismos de vigilância ajudam especialistas e gestores a planear, implementar e tomar decisões. O fornecimento de equipamentos e suprimentos adequados para cuidados obstétricos de emergência, bem como profissionais treinados e experientes na detecção precoce de sinais de alerta, permitirá o monitoramento e tratamento oportunos dos riscos obstétricos, ajudando a reduzir a mortalidade por hemorragia pós-parto (PEREIRA *et al.*, 2020).

O governo brasileiro, em cooperação com a OMS, desenvolveu uma série de iniciativas. Esta é a Estratégia para reduzir a mortalidade materna devido a hemorragia pós-parto, implementada em 2014 para mobilizar governos, sociedade civil e comunidades para reduzir a mortalidade materna devido a hemorragia pós-parto. Contudo, apesar dos esforços concertados de líderes, profissionais de saúde e organizações governamentais para reduzir a morbidade e mortalidade materna, os resultados ainda são insuficientes (BRASIL, 2019).

Outro aspecto levantado são os atrasos nos serviços de atendimento às mulheres, que contribuem para o aumento da morbimortalidade materna, fetal e neonatal. O modelo conceitual de três atrasos avalia o acesso aos cuidados de maternidade sob três perspectivas: (1) atrasos individuais e/ou familiares na procura de cuidados; (2) atraso no recebimento de cuidados médicos apropriados; (3) demora em receber cuidados adequados (HIRSCH, 2019).

Esses atrasos podem estar relacionados a aspectos socioeconômicos e culturais das mulheres, ao seu acesso aos serviços e à organização do atendimento nas maternidades. Estes são fatores interrelacionados que contribuem para o aumento das taxas de mortalidade materna e infantil e para situações inseguras. Por outro lado, o acesso oportuno aos cuidados de saúde melhora a segurança dos cuidados de saúde e reduz significativamente os resultados obstétricos e os partos mal sucedidos (HIRSCH, 2019).

O parto tardio é uma forma de violência obstétrica porque viola o direito da mulher a cuidados oportunos, seguros e de alta qualidade. É a violência baseada no gênero caracterizada por atos cometidos contra mulheres e recém-nascidos no sistema de saúde e de cuidados durante a gravidez, o parto e o período pós-parto, incluindo em situações relacionadas com o aborto. É classificada como violência

mental, física, psicológica e/ou emocional contra a mulher e pode ser cometida por qualquer profissional de saúde envolvido no cuidado à mulher (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

Finalmente, mecanismos deficientes para identificar com precisão os pacientes nas maternidades aumentam a probabilidade de erros nos cuidados de dupla modalidade mãe-bebê. Embora façam parte das diretrizes internacionais de segurança do paciente, o não cumprimento delas resultará em uma série de eventos adversos, incluindo a substituição do recém-nascido no momento da alta e/ou retorno à família (BATISTA *et al.*, 2021).

5.2 A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO PARTO HUMANIZADO

Humanizar a assistência de enfermagem materno-infantil é de grande importância, pois garante à mulher o seu acesso ao pré-natal, garantindo-lhe uma assistência digna, uma gravidez segura e saudável, com as informações necessárias para realizar o parto e sobre o quais procedimentos serão realizados (LIMA; DE OLIVEIRA; DE BRITO, 2022).

Para que a realização do parto seja o mais humano possível, a equipe de enfermagem pode tomar algumas atitudes como apoiar a gestante e orientá-la sobre os procedimentos, permitir acompanhante, evitar realização de enema e tricotomia, fornecer ambiente confortável e calmo para a paciente e permitir que a mesma relaxe. Deve-se ter em mente que o parto é um momento único na vida da mulher e deve ter o mínimo de intercorrências possíveis. A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, com intervenções que sejam necessárias, permitindo o máximo possível de autonomia à mulher no parto (RIBEIRO *et al.*, 2024).

No puerpério ou período pós-parto é a fase em que ocorrem manifestações corporais que fazem a mulher ter seu corpo de volta ao que era antes da gestação, recuperando o organismo das modificações locais e sistêmicas provocadas pela gravidez e parto. Didaticamente, pode ser dividido em três períodos: imediato (do 1º ao 10º dia após a parturição), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia). Nesta etapa ocorre o efetivo exercício da maternidade, na qual a mulher experimenta profundas modificações. Assim, este evento pode ser concebido como um fenômeno

de âmbito tanto biológico quanto psicológico e sociocultural (MANDUJANO; MAIA, 2021).

Durante a fase de recuperação, após o parto, a puérpera apresenta momentos de dependência dos cuidados de enfermagem oferecidos a ela e ao bebê; estes momentos serão decisivos para que o enfermeiro possa direcionar um cuidado que venha a atender às necessidades de ambos. Os profissionais de saúde devem estar mais atentos e preocupados em avaliar a satisfação do paciente em relação ao cuidado recebido (MATOS; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2021).

Em adolescentes que se tornam mães, o profissional deve estar atento ao fato de haver mudanças socioculturais e psicológicas inesperadas na vida delas, o que pode demandar um cuidado redobrado do profissional para com a paciente. O olhar humanizado deve estar presente, prestando todo o auxílio que estiver ao alcance da equipe multidisciplinar (CAVALCANTE *et al.*, 2021).

Cabe ao enfermeiro reconhecer sua contribuição no momento do parto e do pós-parto, sendo ele o responsável por auxiliar essa gestante, retirando-lhe todas as suas dúvidas e inseguranças, e contribuindo para uma recuperação sem complicações para a mulher, e auxiliando-a a desenvolver algumas atividades para com a criança, como o aleitamento materno (REZER; NUNES, 2023).

O suporte que os profissionais de saúde oferecem durante o processo do parto as mulheres é de extrema importância, pois, através destes, o profissional de saúde mostra-se próximo, preocupado e disposto a cuidar e escutar a paciente, para a criação de laços de confiança e afeição, facilitando o processo e fazendo dele um momento de cuidado e conforto. É importante reiterar que o atendimento deve ser realizado, sem interferir na preservação da integridade da paciente durante os procedimentos feitos, especialmente no que diz respeito ao parto, permitindo-lhe ter a melhor experiência para o momento, sendo o menos invasivo e o mais humano possível. O atendimento deve ser satisfatório para a equipe e para a paciente (PEREIRA *et al.*, 2020).

De acordo com art. 11 da Lei nº 7.498/86, as atribuições do enfermeiro como integrante da equipe de saúde incluem o atendimento à gestante e o acompanhamento do trabalho de parto e parto sem distocia. As enfermeiras e parteiras, especialistas em parto vaginal, têm autonomia profissional na prestação de cuidados de acordo com o art. 9º do Decreto 94.406/87. Apesar disso, a enfermagem materna ainda é muito subestimada. Os salários são baixos, mesmo que não sejam

comparáveis a outras categorias. Em termos de benefícios, os dados mostram que as mulheres estão mais satisfeitas com a sua experiência de parto. Foi uma experiência positiva, não só que o nascimento não foi prejudicial, mãe e filho não foram prejudiciais (BRASIL, 2019).

Também apresenta melhores resultados e desfechos para a mãe e para o recém-nascido, como: menos líquido amniótico, menos períneo, menos parto prematuro, etc. Vale lembrar que os bebês prematuros são onerosos para o sistema de saúde e para o trabalho das autoridades sanitárias. Os obstetras da unidade reduzem o número de partos prematuros. Isso por si só já é um argumento para trazer esses profissionais para o sistema de atenção (DIAS; QUIRINO; DAMASCENO, 2022).

Em alguns países, a integração da obstetrícia nos cuidados é uma prioridade máxima porque sabem que os cuidados proporcionam os melhores resultados, inclusive em termos de relação custo-eficácia. Não faltam evidências sobre a eficácia dos cuidados de maternidade que precisam de ser apresentadas aos líderes. Não desperdiçamos recursos, mas investimos no cuidado das mulheres e dos bebés (VIEIRA *et al.*, 2020).

Os cuidados de maternidade são eficazes tanto para partos de baixo risco como de alto risco. Eles trabalham com partos de alto risco, mas não prestam atendimento nesses casos. O trabalho não deve ser limitado a médicos e enfermeiros de alto risco. O cuidado é distribuído no âmbito da prática de cada especialista, estando cada pessoa dentro dos limites de sua capacidade (MENDES; SILVA; LEAL JR., 2022).

A assistência da enfermeira obstétrica é uma opção segura e legal durante o pré-natal, trabalho de parto e pós-parto, proporcionando assistência integral à mulher nas diferentes fases da vida, especialmente com atenção especial à gravidez e à amamentação. Esses especialistas estão à disposição para analisar a situação de cada paciente, investigar problemas que possam prejudicar seu filho e buscar tratamentos e soluções que beneficiem a família (KATZ *et al.*, 2020).

Por serem educadoras de saúde de coração, as enfermeiras obstétricas concentram-se no que fazem: educar, capacitar e promover a saúde. Visa sempre preservar o estado físico, mental e os valores da mãe no momento do parto (OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA, 2020).

Outra parte essencial do trabalho de uma enfermeira obstétrica é desenvolver vínculos entre profissionais de maternidade, mulheres grávidas e seus cuidadores. Isso porque a relação de confiança e comprometimento exigida durante o parto não acontece da noite para o dia, mas é construída ao longo do tempo. Portanto, a equipe que trabalha com essa mulher consegue muitas vezes melhores resultados, parto tranquilo e menor risco de complicações (ANDRADE *et al.*, 2022).

O enfermeiro obstetra possui toda a formação necessária para cuidar de mulheres com gravidez de baixo ou normal risco. Graças à sua formação inicial, ele terá acesso a unidades de terapia intensiva, serviços de emergência, etc., mas não realizará cesarianas. Trata-se de um atendimento integral que foca nos aspectos técnicos e psicológicos da gestante. Em alguns países europeus atendem a maioria dos partos, mas no Brasil nem todas as gestantes têm acesso a esses especialistas. As enfermeiras obstétricas também podem realizar partos vaginais de baixo risco e monitorar pacientes durante a gravidez (COSTA *et al.*, 2021).

Durante o processo de nascimento, esses especialistas avaliam a saúde da mãe e do bebê, incluindo: por meio de exames: ausculta (frequência cardíaca fetal), progressão da dilatação cervical, progressão da postura e redução da pressão arterial do feto e da mãe. A enfermagem materna atua numa perspectiva humanitária, olhando a mulher como um todo, cuidando dela no seu tempo (OLIVEIRA; BRANCO; SOUZA, 2022).

6 CONCLUSÃO

Observou-se que a humanização no momento do parto é algo já abordado pelos serviços de gestão em saúde, contudo possui uma difícil implementação por aspectos que abrangem desde a falta de preparo profissional à falta de estrutura dos hospitais. A atuação do enfermeiro obstetra no parto humanizado proporciona redução dos índices de eventos adversos envolvendo parturiente e neonato.

O enfermeiro obstetra pode ser visto como uma peça fundamental no processo de mudança na assistência à parturiente e bebê visto que, é membro inerente da equipe de saúde tendo potencial para sensibilização destes profissionais, quanto à promoção e implementação de boas práticas, além de possuir virtude para promover uma assistência integral e empoderar as mulheres durante todo o processo de nascimento de seu filho, contribuindo, dessa forma, para uma assistência qualificada e humanizada.

Ademais, pode-se inferir que a assistência em saúde deve iniciar-se por meio das orientações e de atividades de educação em saúde, podendo ser a nível individual, coletivo e comunitário. Tais atividades podem tirar as dúvidas das pacientes, encorajar-lhes a comparecer nos serviços de saúde para acompanhamento pré-natal e reduzir os riscos à saúde, favorecendo também a humanização no ciclo gravídico-puerperal. Uma maior reflexão do tema pode possibilitar a realização de ações de prevenção e educação em saúde.

A enfermagem além de dispor dos conhecimentos técnicos científicos, tem uma facilidade para construir uma relação interpessoal, trabalhando o acolhimento das parturientes e seus familiares, estabelecendo uma comunicação clara e objetiva e dispondo de uma boa interatividade com a grávida, criando assim um ambiente mais agradável e seguro no momento do parto. Os recursos hospitalares também favorecem muito na humanização do parto, pois contribui de maneira significativa na prestação de cuidados na assistência dessas parturientes.

O presente estudo atingiu o objetivo proposto, mostrando o papel que a enfermagem obstétrica possui ao adotar condutas com o intuito de humanizar a assistência à mulher no momento do parto. A partir do obtido, nota-se que a realidade ainda está longe de alcançar o ideal, havendo ainda casos de excesso de medicalização e institucionalização, atrelado ao baixo conhecimento e à pouca humanização dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Noyale L. A. et al. Representações sociais de enfermeiras da atenção básica sobre o parto normal. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 1, p. 34-35, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17944/11742>. Acesso em: 01 mar. 2023.
- ALMEIDA, Brenda S. et al. Autonomia percebida pelo enfermeiro obstetra na sala de parto. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 1, p. e2073-e2073, 2020.
- ALMEIDA, Malena S. et al. A identidade da enfermagem obstétrica no centro de parto normal. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20230024, 2023.
- ANDRADE, Giulia S. et al. Papel do enfermeiro obstetra na assistência ao parto normal humanizado. **Revista Científica Intellectus**, v. 67, n. 1, 2022.
- ARAÚJO, Kydja M.S.T. et al. Humanização do parto à luz da teoria do cuidado transpessoal: revisão integrativa. **Revista Recien**, v. 10, n. 32, p. 295-304, 2020.
- ASSEF, Mariana R. et al. Aspectos dos transtornos mentais comuns ao puerpério. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 29, p. e7906-e7906, 2021.
- BARROS, Maria S.F. et al. Baby blues e suas implicações na saúde psíquica da mulher: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 6, p. e8012641977-e8012641977, 2023.
- BATISTA, Mikael H. J. et al. Desafios da enfermagem frente ao parto humanizado: percepções de profissionais sobre a humanização em obstetrícia. **Saúde Coletiva**, v. 11, n. 67, p. 6949-6955, 2021.
- BITAR, Alessandra A.B. et al. Relação da infecção pelo papilomavírus humano com desfechos adversos na gravidez e parto: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 17, p. e15111739192-e15111739192, 2022.
- BRASIL. [Lei do SUS]. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 01 mar. 2023.
- BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicacompile.htm. Acesso em: 01 mar. 2023.
- BRASIL. Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização – PNH de 2019**. 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 01 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. Tabnet: Nascidos vivos – Brasília/DF, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 15 dez. 2023.
- CAMPOS, Rayanne L. et al. O papel do enfermeiro na humanização do parto normal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5202-e5202, 2021.
- CASTRO, Antonia T.; ROCHA, Sibele P. Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura. **Enferm foco**, v. 11, n. 1, 2020.

- CAVALCANTE, Larissa G. et al. Estratégias do enfermeiro obstetra para diminuição dos métodos intervencionistas durante o parto normal. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e49510211896-e49510211896, 2021.
- CAVALHEIRO, Edson A.M.; FARIA, Gleison; DE LIMA, Mariana K.D.G. Violência obstétrica: revisão de literatura. **Revista Artigos. Com**, v. 26, p. e6695-e6695, 2021.
- COSTA, Juliana A. et al. Violência obstétrica e humanização no parto. Percepção de alunos de graduação em Medicina e Enfermagem. **Revista de Saúde**, v. 13, v. 1, p. 28-33, dez. /mar. 2022.
- DAMACENA, Medllyn P.R.; CASTRO, Jeverson R.C.R.A.; FERNANDES, Fernanda S. Depressão pós-parto e os efeitos no desenvolvimento infantil: uma revisão de literatura. **Revista Panorâmica online**, v. 30, 2020.
- DIAS, Joana C. A.; QUIRINO, Simone R.; DAMASCENO, Ana J. S. Atuação da enfermagem obstétrica na humanização do parto eutóxico. **Enferm Foco**, v. 13, e-202242ESP1, p. 1-5, 2022.
- FERREIRA, Mariana C. et al. Percepções de profissionais de enfermagem sobre humanização do parto em ambiente hospitalar. 2019.
- FERREIRA, Marlene; SILVA, Isabel. Seremos pais informados?-Literacia sobre a gravidez e parto: uma revisão sistemática. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 21, n. 1, p. 144-151, 2020.
- GIL, Antonio C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.
- GIMENES, Julia S. et al. Bem-estar e qualidade de vida: importância da assistência de enfermagem humanizada no parto. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 6242-6250 mar. /apr. 2021.
- GOMES, L.O.S. et al. Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 6, p. 2576-2585. 2019.
- HIRSCH, Olivia N. **Parto natural, parto humanizado: perspectivas de mulheres e camadas populares e médias**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019.
- KATZ, Leila et al. Quem tem medo da violência obstétrica?. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 623-626, 2020.
- LAFAURIE-VILLAMIL, María M.; VALBUENA-MOJICA, Yeimy. A participação do par masculino na gravidez, parto e pós-parto: percepções da equipe de saúde en Bogotá. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, v. 9, n. 2, p. 129-148, 2020.
- LAKATOS, Eva M.; MARCONI, Marina A. **Fundamentos de metodologia científica**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2021.
- LEITE, Tatiana H. et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 483-491, 2022.
- LIMA, Mayra C.R.F.; DE OLIVEIRA, Maria G.V.; DE BRITO, Rayana G. A Percepção Do Enfermeiro Obstetra Diante Do Parto Humanizado Em Uma Maternidade De Referência Em Manaus-AM. In: **15º Congresso Internacional da Rede Unida**. 2022.

MACHADO, Jéssica A. et al. Parto cesáreo humanizado: desafio dos profissionais de enfermagem. **Epitaya E-Books**, v. 1, n. 2, p. 32-46, 2021.

MANDUJANO, Tatiana B.S.; MAIA, L.F.S. O papel do enfermeiro obstetra no parto humanizado. **Revista Atenas Higieia**, v. 3, n. 3, 2021.

MARQUES, Silvia B. et al. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos ibero-americanos de direito sanitário**, v. 9, n. 1, p. 97-119, 2020.

MATOS, Mariana G.; MAGALHÃES, Andrea S.; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Violência obstétrica e trauma no parto: o relato das mães. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e219616, 2021.

MENDES, Janaine B.F.; SILVA, Adriana O.; LEAL JR., José O. Parto humanizado: modelo de assistência. **Revista Coleta Científica**, a. 6, v. 6, n. 11, jul./jul. 2022.

MINAS GERAIS. **Gestação – Saúde materno-infantil**. Belo Horizonte/MG: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1915-cuidado-materno-gestacao>. Acesso em 12 jan. 2024.

NASCIMENTO, Evany R. et al. Desafios da assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, v. 6, n. 1, p. 141-146, mar. 2020.

NOGUEIRA, Adriana T. **A alma do parto**. 1. ed. Porto Alegre: Simplíssimo, 2022.

OLIVEIRA, Amanda K.S.; BRANCO, Yasmym B.A.C.; SOUZA, Camila S. Atuação da enfermagem no parto natural: vaginal e humanizado. **Scire Salutis**, v. 12, n. 1, p. 244-252, out. /jan. 2022. Disponível em: <http://sustenere.co/index.php/sciresalutis/article/view/6328/3505>. Acesso em: 01 mar. 2023.

OLIVEIRA, Mariana R.R.; ELIAS, Elayne A.; OLIVEIRA, Sara R. Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem. **Revista enfermagem UFPE on line**, p. [1-8], 2020.

PAIVA, Antonia M.G. et al. Representações sociais da violência obstétrica para puérperas e profissionais da saúde: análise fatorial de correspondência. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, p. e75198, 2022.

PEREIRA, Vanessa D.V. et al. A Atuação do Enfermeiro Obstetra e sua Efetividade na Educação em Saúde às gestantes. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 62890-62901, 2020.

REZER, Fabiana; NUNES, Irma T. A importância do enfermeiro frente a priorização do parto natural humanizado. **Revista da Saúde da AJES**, v. 9, n. 17, 2023.

RIBEIRO, Kelly S.C. et al. Obstetric and neonatal adverse events and association with care models: a cohort study. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 32, p. e20230079, 2024.

ROCHA, N.F.F.; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 1, p. 556-568. 2020.

RUSSO, J. et al. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. **Revista Mana**, v. 25, n. 2. 2019.

RUSSO, J.; NUCCI, M.F. Parindo no paraíso: parto humanizado, oxitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. **Interface**, v. 24, n. 2, p. 01-14. 2020.

SALES, Julianne L. et al. Assistência ao parto em um hospital da baixada litorânea do rio de janeiro: desafios para um parto respeitoso. **R. pesq.: cuid. Fundam.**, online, v. 12, n. 1, p. 108-114, jan/dez. 2020.

SANTOS, Carla B. et al. Métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto normal. **Global Academic Nursing Journal**, v. 1, n. 1, p. e2-e2, 2020.

SILVA, Esther L. et al. Parto humanizado: benefícios e barreiras para sua implementação. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, e528101523275, p. 1-10, 2021.

SILVA, Rafael R. C. P. et al. Fatores que interferem na qualidade da assistência ao parto humanizado. **Revista Eletrônica Acervo Científico - REAC**, v. 14, n. 1, p. 1-7, 2020.

SOUZA, Francisca M.L.C. et al. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 2, 2019.

TEIXEIRA, Patrícia C. et al. Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: a dor que querem calar. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 261, p. 3607-3615, 2020.

TEMPESTA, Giovana A.; ENEILE, Morgana. Racismo obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento. **Amazônica-Revista de Antropologia**, v. 12, n. 2, p. 751-778, 2021.

VIEIRA, Thaís F.S. et al. Conhecimento das mulheres sobre violência obstétrica: Uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 9912-9925, 2020.