



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE BACHARELADO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**CONTRIBUIÇÕES DAS BOAS PRÁTICAS AO PARTO E NASCIMENTO POR
ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS**

UBERLÂNDIA
2018

ANAELIZA DOS SANTOS E OLIVEIRA

**CONTRIBUIÇÕES DAS BOAS PRÁTICAS AO PARTO E NASCIMENTO POR
ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS**

Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Uberlândia, apresentado como requisito parcial para a conclusão do Curso e obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Efigenia Aparecida Maciel de Freitas

UBERLÂNDIA
2018

ANAELIZA DOS SANTOS E OLIVEIRA

**CONTRIBUIÇÕES DAS BOAS PRÁTICAS AO PARTO E NASCIMENTO POR
ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS**

Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Uberlândia, apresentado como requisito parcial para a conclusão do Curso e obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Efigenia Aparecida Maciel de Freitas

Uberlândia, ____ de julho de 2018.

Banca examinadora:

Professor 1
Orientadora - Faculdade de Medicina/UFU

Professor 2
Titular - Faculdade de Medicina/UFU

Professor 3
Titular - Faculdade de Medicina/UFU

*Aos meus pais Sandra e Cleuber,
pelo constante incentivo aos meus estudos.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela minha vida, por ter me concedido a nobre missão de ser enfermeira.

Aos meus pais, que sempre tiveram ao meu lado em todas as fases da minha vida acadêmica. Sou eternamente grata pelo esforço e carinho que tiveram comigo durante essa jornada. Amo vocês imensamente!

A minha irmã Lara Carolina, que viu bem de perto as minhas batalhas. Obrigada pela companhia e por ter sido amiga durante esse tempo.

Ao meu namorado, Vinícius Barcelos, meu companheiro, meu amor! Grata por ter me apoiado nas minhas decisões e por entender meus motivos de ausência.

Aos meus amigos, Gabriel, Priscilla, Marcos e Daniela, pelos momentos de descontração, pelos roles. Desculpem as minhas horas de loucuras, mas saibam que antes de vocês eu era uma pessoa plena. Agradeço pelos projetos que fizemos juntos, pelos trabalhos apresentados... Acredito no potencial de cada um de vocês! Melhores amigos para sempre!

A minha orientadora Efigênia Aparecida Maciel de Freitas, pelas orientações, conselhos, pelas longas conversas sobre o parto humanizado. Grata pelas oportunidades e pela confiança. Avante Enfermagem Obstétrica!

Ao pessoal do ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia por terem me recebido de maneira acolhedora. Regina, obrigada pelos ensinamentos!

Grata ao programa Rede Cegonha, por ter fornecido o programa de formação de Enfermeiras Obstétricas, na qual tive oportunidade de ser estagiária. Essa oportunidade potencializou ainda mais meu sonho de me tornar uma enfermeira obstétrica.

A Universidade Federal de Uberlândia, que permitiu com que tudo isso se concretizasse. Grata aos meus mestres, aos preceptores de estágio, saibam que cada um de vocês contribuíram na minha formação. Lembrarei de vocês com bastante carinho.

*“Tudo posso Naquele que me fortalece”
Filipenses 4.13*

RESUMO

Introdução: Com o avanço das tecnologias médicas, o parto que antes era visto como um evento familiar passou a ser institucionalizado e medicalizado, favorecendo o afastamento da família e da rede social no processo do nascimento. Com o intuito de resgatar as boas práticas o Brasil criou políticas de humanização ao parto e nascimento a fim de proporcionar capacitação de profissionais e regularização das instituições no processo parturitivo com o objetivo de resgatar a autonomia da mulher no trabalho de parto. A literatura aponta que o uso dos cuidados não invasivos no momento do parto contribui com a boa vitalidade da mãe e do recém-nascido. A enfermagem obstétrica tem sido representada como a profissão que visa o respeito à fisiologia da mulher através de práticas humanizadas baseadas em evidências. **Objetivo:** identificar as contribuições das boas práticas ao parto e nascimento por enfermeiras obstétricas. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, onde os critérios de inclusão foram artigos publicados em língua portuguesa, disponíveis na íntegra e que estivessem entre os anos de 2012 e 2017. Após o cruzamento de dados entre os descritores juntamente com os critérios de inclusão, observou-se que 14 artigos respondiam a temática do estudo. Os mesmos foram analisados de forma minuciosa a fim de estabelecer as categorias para a discussão. **Resultados:** As parturientes e puérperas se sentiram acolhidas e seguras com a presença de enfermeiras obstétricas. Os métodos não farmacológicos têm sido bastante utilizados, e suas contribuições são favoráveis para o parto. As boas práticas implicam também na saúde do recém-nascido, onde constatou-se que o contato pele a pele possui inúmeras contribuições, sendo a mais enfatizada, o aleitamento materno na primeira hora de vida. Com todo este conjunto observou-se que as boas práticas influenciam na avaliação do índice do Apgar em partos assistidos por enfermeiras obstétricas. **Conclusões:** Observa-se a importância da enfermagem obstétrica no desfecho da saúde perinatal e materna. No entanto o fornecimento de dieta durante o trabalho de parto ainda é pouco incentivado.

Descritores: Parto Normal; Nascimento; Enfermagem; Obstétrica; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: With the advancement of medical technologies, childbirth that was previously seen as a family event became institutionalized and medicalized, favoring the removal of family and social network in the process of birth. With the intention of recovering good practices, Brazil created policies of humanization at birth and birth in order to provide professional training and regularization of institutions in the parturition process with the objective of rescuing the autonomy of women in labor. The literature indicates that the use of non-invasive care at the time of delivery contributes to the good vitality of the mother and the newborn. Obstetric nursing has been represented as the profession that seeks to respect the physiology of women through humanized practices based on evidence. **Objective:** to identify the contributions of good practices to childbirth and birth by obstetrical nurses. **Methodology:** This is an integrative review of the literature, where the inclusion criteria were articles published in Portuguese language, available in full and between the years of 2012 and 2017. After cross-checking the descriptors along with the criteria of inclusion, it was observed that 14 articles answered the theme of the study. They were analyzed in detail in order to establish the categories for the discussion. **Results:** Parturients and postpartum women felt welcomed and safe with the presence of obstetrical nurses. Non-pharmacological methods have been widely used, and their contributions are favorable for childbirth. Good practices also imply the health of the newborn, where it was found that skin-to-skin contact has many contributions, the most emphasized being breastfeeding in the first hour of life. Throughout this set, it was observed that good practices influence the evaluation of the Apgar score in deliveries attended by obstetrical nurses. **Conclusions:** It is observed the importance of obstetric nursing in the outcome of perinatal and maternal health. However the provision of diet during labor is still little encouraged. The need is highlighted.

Descriptors: Normal birth; Birth; Nursing; Obstetric; Quality of Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	14
2.1 Geral.....	14
2.2 Específico	14
3- METODOLOGIA	15
3.1. Etapas da elaboração da revisão integrativa	15
3.1.1. 1ª Fase: elaboração da questão norteadora.....	16
3.1.2. 2ª Fase: busca ou amostragem na literatura	16
3.1.3. 3ª Fase: coleta de dados.....	16
3.1.4. 4ª Fase: análise dos estudos incluídos.....	17
3.1.5. 5ª Fase: discussão dos resultados	17
3.1.6. 6ª fase: apresentação da revisão integrativa.....	17
4- CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE ARTIGOS	18
4.1. Análise dos Artigos incluídos na Revisão Integrativa	19
5- RESULTADO E DISCUSSÃO	19
5.1. Artigos encontrado nas bases de dados e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão	19
5.2. Artigos incluídos no estudo	20
5.3. Categorização dos artigos incluídos.....	34
5.3.1. Categoria 1: A enfermeira obstétrica como mediadora do parto seguro	34
5.3.2. Categoria 2: Práticas humanizadas no Trabalho de Parto e Parto	37
Categoria 2.1: Posições no Trabalho Parto e Parto	37
Categoria 2.2: Contribuições dos Métodos não Farmacológicos no alívio da dor	38
Categoria 2.3: Fornecimento de dieta branda	40
5.3.3. Categoria 3: Contribuições das boas práticas ao nascimento.....	41
Categoria 3.1: Contribuições do contato pele a pele.....	41
Categoria 3.2: Condições do Escore de Apgar em partos assistidos por enfermeiras obstétricas.....	43
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47
ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados.....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Número de Referências bibliográficas	19
Quadro 2: Critérios de exclusão	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos estudos em relação ao ano e autores.....	21
Tabela 2: caracterização dos estudos em relação ao tipo de pesquisa realizada, objetivos do estudo, a seleção da amostra e os critérios de inclusão e exclusão	23
Tabela 3: caracterização dos estudos em relação ao tipo de análise aplicada e os resultados obtidos na pesquisa.....	26
Tabela 4: caracterização dos estudos quanto às conclusões obtidas e recomendações dos autores apresentado pelo estudo	30

SIGLAS E ABREVIACÕES

E.O's: enfermeiras (os) obstétricas (os)

OMS: Organização Mundial da Saúde

RI: revisão Integrativa

RN: recém-nascido

TP: Trabalho de parto

1. INTRODUÇÃO

Por muito tempo, o ato de parturir foi considerado como uma prática realizada pelas mulheres, que com o auxílio de parteiras compartilhavam suas experiências e habilidades (BESSA, 1999).

O nascimento antigamente, em séculos passados, era um processo natural, tendo como protagonista a mulher. (CEGANO; ALMEIDA, 2004). A parteira tradicional era aquela que fornecia cuidados voltados para o parto doméstico. Tendo em vista que seus conhecimentos eram reconhecidos pela comunidade, sustentando assim seu ofício de parturir. (NASCIMENTO et al., 2009).

O campo da medicina não tinha muitos estudos relacionados à fisiologia do parto. Tais conhecimentos eram mais reconhecidos pelas parteiras. (STORTI, 2004). A figura médica normalmente aparecia em casos que houvesse emergências obstétricas, mas ainda assim o poder de decisão era refletido pela mulher ou pela família. (HELMAN, 2003, p. 159).

A instrumentalização do parto começou a ser realizada a partir do surgimento do fórceps, instrumento criado para retirar os bebês em partos emergenciais. Assim, nos meados do século XVI, início do século XVII, aos poucos, as parteiras foram perdendo lugar com o surgimento da figura do cirurgião na assistência ao parto (MALDONADO, 2002) e as mulheres foram desapropriadas de seus saberes, de sua função como parteiras e dos domínios no campo da parturição (TORNQUIST, 2002).

O fórceps foi um método bastante utilizado naquele tempo. A cesárea ainda estava sendo estudada e desenvolvida. No entanto com o avançar das tecnologias médicas, as várias formas anestésicas foram descobertas, propiciando assim um aumento significativo do número de cesarianas. (VENDRÚSCULO; KRUEL, 2016).

Na segunda metade do século XX os partos no Brasil começaram a ser em grande escala um evento hospitalar e cirúrgico, favorecendo a medicalização do corpo feminino (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

O Brasil está entre os países que possuem as mais elevadas taxas de cesáreas no mundo, chegando a mais de 50% (SASS; HWANG, 2009). Partos cesáreos realizados sem reais indicações médicas tem sido alvo de estudos entre vários pesquisadores, pois a sua

realização envolve riscos de morte materna dez vezes maiores se comparada ao parto natural (BARBA; BARIFOUSE, 2014).

Não somente risco para a mulher, mas o parto cesáreo representa aos recém nascidos complicações respiratórias, icterícia fisiológica, anoxia, mortalidade neonatal, prematuridade iatrogênica, além de aumentar as internações em unidades de terapia intensiva (LEAL, 2014).

Vale ressaltar que com a institucionalização do parto houve o afastamento da família e da rede social no processo do nascimento. A estrutura física e os hábitos hospitalares não foram planejados para assistir as parturientes, mas sim, para as necessidades dos profissionais de saúde (DINIZ, 2001; OMS, 1996).

Buscando melhorar este cenário e, conseqüentemente, os indicadores de morbidade e mortalidade relacionados à gestação, parto e puerpério, o Ministério da Saúde no ano de 2000 institucionalizou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, com base nos seguintes princípios:

Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2000).

Além do Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento, o Governo Brasileiro em junho de 2011 instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), visando a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Entre os objetivos da Rede Cegonha está o de “fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses”. No componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha figura como ação a adoção de práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” (OMS, 2000).

A partir da compreensão de que os problemas relacionados à mortalidade materno-infantil só poderá ser solucionada com o envolvimento dos diferentes atores sociais, tem se buscado intensificar as ações de qualificação dos profissionais de saúde, no que tange aos cuidados pré- natais, no parto e no puerpério (ALMEIDA;MEDEIROS;SOUSA, 2012).

Com base nesse entendimento e em recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), a participação da enfermeira obstétrica durante o parto foi regulamentada e passou a ser amplamente estimulada no país, tomando como referência os cuidados e não a intervenção (CAUS et al., 2012).

Neste contexto, objetiva-se com este estudo investigar as contribuições das boas práticas ao parto e nascimento por enfermeiras obstétricas através de evidências científicas disponíveis na literatura.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Caracterizar e apresentar as evidências disponíveis na literatura sobre as contribuições das boas práticas ao parto e nascimento por enfermeiras obstétricas.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar as contribuições das boas práticas aplicadas por enfermeiras obstétricas no parto e nascimento humanizados;
- Apontar as principais tecnologias não invasivas na assistência ao parto e nascimento encontradas na literatura;

3. METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão integrativa (RI), que possui como pressuposto à caracterização e análise de estudos disponíveis na íntegra através de um tema previamente estabelecido. A revisão integrativa da literatura apresenta as evidências científicas disponíveis sobre o tema investigado em artigos e documentos, possibilitando a identificação, análise e síntese do que já se produziu sobre determinado assunto, e assim pode-se sugerir a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde, bem como a identificação de lacunas que direcionam o desenvolvimento de futuras pesquisas (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A RI proposta por Galvão, Mendes e Silveira (2010) é dividido em seis fases:

1. elaboração da pergunta norteadora;
2. busca ou amostragem na literatura;
3. coleta de dados;
4. análise crítica dos estudos incluídos;
5. discussão dos resultados;
6. apresentação da revisão integrativa.

3.1. ETAPAS DA ELABORAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA

A RI é caracterizada por uma abordagem metodológica que se baseia na inclusão de estudos experimentais ou não experimentais, com o objetivo de compreender o assunto estudado. Uma revisão bem elaborada deve-se atentar para: o uso de métodos que assegurem uma análise precisa e objetiva; verificação da teoria, resultados, métodos, sujeitos e variáveis do estudo; proporcionar para o leitor todas as informações encontradas de forma clara e não somente sobre os principais resultados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

3.1.1. 1ª Fase: Elaboração da questão norteadora

Partindo do pressuposto de Mendes, Silveira e Galvão (2010), uma das etapas compreendidas da RI está relacionada com a formulação da questão norteadora, na qual consistirá na problematização do estudo.

A elaboração da temática se deu através do intenso convívio das pesquisadoras na área da enfermagem obstétrica e com a proximidade de assuntos envolvendo a atuação de enfermeiros (as) obstetras (EO) na perspectiva das boas práticas no parto e nascimento humanizados. Partindo deste pressuposto, se formulou a seguinte questão norteadora:

“Como a utilização de tecnologias não invasivas (boas práticas) por enfermeiras obstétricas contribuem para um bom desfecho na saúde materno-infantil”?

3.1.2. 2ª fase: Busca ou amostragem na literatura

Em relação à busca ou amostragem, as mesmas devem ser amplas e diversificadas, sendo que a procura deve ocorrer em bases eletrônicas, com o intuito de determinar os critérios para seleção dos estudos disponíveis na literatura de maneira que os mesmos façam ligações entre o objetivo do estudo (GALVÃO; SWADA; TREVEZIN, 2010).

Primeiramente foram selecionados os seguintes descritores: “Parto Normal”, “Nascimento”, “Enfermagem”, “Obstétrica” e “Qualidade da Assistência à Saúde”. Os estudos foram selecionados através de uma busca avançada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME), sendo encontrados em: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), BDENF e MEDLINE. Foram incluídos os artigos publicados em língua portuguesa, referentes aos períodos de janeiro de 2012 a dezembro de 2017, que correspondem ao assunto tratado nesta revisão.

3.1.3. 3ª fase: Coleta de dados

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados na íntegra em língua portuguesa, que apresentassem o assunto relativo a RI, além de artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados no período compreendido entre janeiro

de 2012 a dezembro de 2017.

Os artigos selecionados foram analisados através de um instrumento de coleta de dados validado, que possui finalidade de simplificar, organizar e resumir as informações encontradas em cada artigo selecionado. O instrumento utilizado para esta análise foi o proposto por URSI (2005) - (ANEXO 1).

3.1.4. 4ª fase: análise dos estudos incluídos.

Semelhante à análise dos dados das pesquisas convencionais, esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Neste sentido os artigos foram analisados conforme a metodologia utilizada, técnicas de análise dos dados e resultados obtidos pelos autores.

3.1.5. 5ª fase: discussão dos resultados.

A partir da interpretação dos resultados, foram comparados os dados evidenciados na análise dos artigos às referências disponíveis (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Na discussão dos artigos encontrados foi aplicada a técnica de categorização lexical (através da classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos e sentidos próximos) (BURDIN, 2009).

Partindo deste pressuposto é possível formular conclusões e inferências resultantes da RI, o que irá promover a reformulação de recomendações e novos estudos científicos no âmbito da enfermagem obstétrica.

3.1.6. 6ª fase: apresentação da revisão integrativa.

A apresentação de revisão integrativa deve conter informações pertinentes e detalhadas, que possa permitir com que o leitor realize uma análise crítica dos resultados advindos de metodologias contextualizadas. Portanto os estudos foram divididos em subgrupos, de acordo com uma categorização estabelecida previamente, tendo em vista à

facilitação da análise e a comparação dos estudos em tópicos específicos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

4. CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DE ARTIGOS

A fim de se responder os objetivos e a questão norteadora da revisão integrativa se fizeram necessário a seleção dos artigos que continham assuntos relacionados com a temática da RI.

Com base no cruzamento dos descritores foi realizado o levantamento dos artigos no endereço eletrônico da BVS-BIREME (www.bireme.br), e avaliados os artigos publicados no banco de dados LILACS, BDNF e MEDLINE, durante o período de janeiro de 2012 a dezembro de 2017.

Os artigos foram selecionados através da observação dos objetivos do estudo e os critérios de inclusão e exclusão.

- Critérios de inclusão: Periódicos indexados na base de dados LILACS, BDNF E MEDLINE; artigos publicados na língua portuguesa; disponíveis na íntegra, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2017.
- Critérios de exclusão: Artigos que não retratavam sobre o assunto em estudo; não disponíveis “online” na íntegra; publicados fora do período estabelecido; disponíveis em língua estrangeira.

Ressalta-se que a inclusão dos artigos se deu através da leitura flutuante dos estudos (título do estudo e os objetivos). O agrupamento das palavras-chaves/descriptores, foram realizadas do seguinte modo:

1. Parto normal, nascimento, enfermagem, obstétrica.
2. Parto normal, enfermagem, obstétrica.
3. Nascimento, enfermagem, parto normal.
4. Qualidade da assistência à saúde, parto normal, enfermagem.

4.1. ANÁLISES DOS ARTIGOS INCLÚIDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

Para a avaliação dos artigos da RI, o instrumento utilizado para análise foi o proposto por URSI, 2005 (ANEXO 1), composto por: identificação, instituição ou departamento sede do estudo; tipo de publicação, características metodológicas do estudo e avaliação do rigor metodológico.

5- RESULTADO E DISCUSSÃO

5.1. ARTIGOS ENCONTRADOS NAS BASES DE DADOS E APLICAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO.

Após o cruzamento entre os descritores na Biblioteca Virtual de Saúde, foram encontrados 1.960 artigos, conforme apresentado a seguir (Quadro 1).

Quadro 1 Número de referências bibliográficas encontradas nas bases de dados LILACS, BDEF, MEDLINE, de acordo com o cruzamento entre os descritores:

Cruzamento palavras-chave	Artigos encontrados
Parto normal, Nascimento, Enfermagem, Obstétrica	319
Parto normal, Enfermagem, Obstétrica	644
Nascimento, Enfermagem, Parto normal	933
Qualidade da assistência à saúde, Parto normal, Enfermagem	64
TOTAL	1.960

Fonte: OLIVEIRA, 2018

O quadro 2 demonstra a distribuição dos estudos de acordo com o número de artigos encontrados e os critérios de inclusão e exclusão. Um total de 1.960 artigos foram encontrado na literatura, no qual 850 estudos foram descartados, pois não estavam disponíveis na íntegra, restando 1.110 referências. Destes foram incluídos os artigos em língua portuguesa, que totalizaram 367 artigos. Foram excluídos os artigos que não estavam dentro do critério de análise entre janeiro de 2012 a dezembro de 2017, no qual somaram 181 estudos. Dos 652,

469 estudos não respondiam aos objetivos da temática proposta e por isso, não foram incluídos na revisão. Restaram 93 artigos que se enquadravam nos critérios de inclusão. Foi necessária a realização da leitura dos artigos na íntegra, a fim de certificar se o artigo possuía a finalidade do estudo em questão.

Após a leitura, foi observado que 14 dos 93 artigos correspondiam aos objetivos da RI. Sendo assim, a amostra final foi composta por 14 estudos, os quais foram categorizados, segundo o instrumento proposto e, analisados posteriormente buscando atender aos objetivos da pesquisa.

Quadro 2 - Distribuição dos estudos incluídos na RI sobre as contribuições das boas práticas no parto e nascimento por enfermeiras obstétricas, os critérios de exclusão que eliminaram os artigos e o número de artigos excluídos. 1946

Número de artigos encontrados	Crítérios de exclusão que eliminaram os artigos	Número de artigos excluídos
1.960	Artigos não disponíveis na íntegra via “online”	850
	Artigos publicados em outras línguas, que não o português	743
	Artigos anteriores a 2017	181
	Artigos não relacionados à temática proposta	93
	Com a leitura na íntegra	79
TOTAL		1946

Fonte: OLIVEIRA, 2018.

5.2 ARTIGOS INCLUÍDOS NO ESTUDO

Como mencionado anteriormente 14 artigos foram selecionados na íntegra, resultantes do processo final de aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foi estabelecida a amostra real desta pesquisa. A Tabela 1 demonstra a caracterização dos 14 artigos, conforme a 3ª etapa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Tabela 1 - Caracterização dos estudos incluídos na RI, quanto a sua procedência, nome dos autores, título e periódico.

Nº	Procedência	Autores/Ano	Título	Periódico
1	MEDLINE	NARCHI;CRUZ; GONÇALVES 2013	O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil	Ciência & Saúde Coletiva
2	BDENF	WEI, et al. 2012	A percepção de puérperas oriundo da atenção primária sobre a humanização da assistência ao parto em um hospital de ensino	O Mundo da Saúde
3	LILACS	PRATA; PROGIANTI 2012	A influência da prática das enfermeiras obstétricas na construção de uma nova demanda social	Rev. enferm. UERJ
4	BDENF	SILVA; NASCIMENTO; COELHO 2015	Práticas de enfermeiras obstétricas para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal	Escola Anna Nery, Rev. Enfermagem
5	BDENF	VARGENS; SILVA; PROGIANTI 2016	Contribuições de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro - Brasil	Escola Anna Nery
6	LILACS	MOTTA, et al. 2016	Implementação da Humanização da Assistência ao Parto Natural	Rev. enferm UFPE
7	BDENF	CAUS, et al. 2012	O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar significados para as parturientes	Esc Anna Nery

8	Medline	QUADROS; REIS; COLOMÉ 2016	Enfermagem obstétrica e educação em saúde: contribuições para vivência do processo de parturição	Rev. Rene
9	BDENF	REIS; et al. 2016	Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento	Res.fundam.care.
10	LILACS	CAMACHO; PROGIANT 2013	A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado	Rev. Eletr. Enf
11	LILACS	MARTINS; REMOALDO 2014	Representações da enfermeira obstetra na perspectiva da mulher grávida	Rev. Bras.Enferm
12	BDENF	REIS,et al. 2015	Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos objetivos de desenvolvimento do Milênio	Rev. Gaúcha de Enfermagem
13	Medline	FREIRE, et al. 2017	Parto normal assistido por enfermeira: experiência e satisfação de puéperas	Rev. enferm UFPE
14	BDENF	ANDRADE,et al. 2014	Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado	Rev. enferm UFPE

A seguir na tabela 2, se encontra os artigos de acordo com sua enumeração, a pesquisa utilizada, os objetivos do estudo, a determinação da seleção de amostra e os critérios para inclusão e exclusão do estudo.

Tabela 2 – Caracterização dos estudos em relação ao tipo de pesquisa realizada, objetivos do estudo, a seleção da amostra e os critérios de inclusão e exclusão.

Nº	Tipo de pesquisa	Objetivos	Tipo de seleção	Critérios de inclusão e exclusão
1	Revisão Integrativa da Literatura	Refletir sobre os direitos que as mulheres possuem para se obter boa qualidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério.		O estudo não evidenciou os critérios de inclusão e exclusão.
2	Trata-se de um estudo, primário, exploratório descritivo de abordagem qualitativa	Conhecer a experiência de mulheres em relação ao contato pele a pele com o seu bebê no momento imediato ao nascimento	Seleção aleatória por conveniência	Critérios de inclusão: mulheres puéperas oriundas de Unidades Básicas de Saúde na área de abrangência do HU-UPS, que voltaram ao hospital para um novo parto. Além de terem tido filhos até o ano de 2001.
3	Estudo primário de abordagem qualitativa	Discutir a percepção das mulheres em relação à prática de enfermeiras obstétricas e analisar os benefícios desta prática sobre as mulheres	Seleção aleatória por conveniência	Critérios de inclusão: Mulheres que tiveram seu trabalho de parto juntamente com enfermeiras obstétricas. Critérios de exclusão: Presença de intercorrências durante qualquer fase deste período.
4	Pesquisa primária, descritiva exploratória de abordagem qualitativa.	Conhecer as práticas dos cuidados utilizadas por enfermeiras obstétricas nos processos de autonomia, dignificação e participação de mulheres durante o parto normal.	Seleção aleatória por conveniência	Critérios de inclusão: mulheres acima de 18 anos, que tenham sido assistidas por enfermeiras durante o parto.

5	Estudo primário, descritivo, quantitativo, transversal.	Identificar as práticas empregadas por enfermeiras obstétricas da rede pública de saúde e sua contribuição na consolidação da humanização do parto e nascimento.	Seleção aleatória por conveniência	Critérios de inclusão: partos realizados por enfermeiros (as) obstetras.
6	Estudo documental, descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa.	Descrever a implementação de boas práticas de atenção ao parto em uma maternidade de referência.	Seleção aleatória por conveniência	Critérios de inclusão: fichas de mulheres que pariram por via vaginal, as quais englobam indicadores às boas práticas do parto e nascimento das usuárias.
7	Pesquisa, primária convergente-assistencial (PCA) de natureza qualitativa.	Compreender os significados que a parturiente atribui ao processo de parir assistido pela enfermeira obstetra no contexto hospitalar. Identificar as contribuições deste processo para promover o cuidado humanístico.	Seleção aleatória por conveniência	Critérios de inclusão: Mulheres na condição de parturientes que vivenciaram o processo de parir, assistida pela enfermagem obstétrica (EO).
8	Pesquisa primária qualitativa.	Compreender as contribuições da enfermagem obstétrica para as ações de educação à saúde.	Seleção aleatória por conveniência	Critérios de inclusão: puérperas primíparas, que realizaram o pré-natal na referida Unidade Básica de Saúde
9	Estudo primário descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa baseado na análise documental.	Analisar partos acompanhados por EO's, relacionando sua prática com a política de humanização do parto e nascimento.	Seleção aleatória por conveniência	Critérios de inclusão: relatórios preenchidos por E.O.
10	Estudo de abordagem qualitativa, com uso da técnica de pesquisa a história oral temática.	Descrever o processo de aquisição das boas práticas no campo obstétrico frente à implantação do modelo humanizado em maternidades públicas do Rio de Janeiro.	Seleção aleatória por conveniência	Critérios de inclusão: a pesquisa foi realizada com 11 enfermeiras, nas quais deveriam ter concluído o curso de especialização em enfermagem obstétrica em

				<p>instituição de ensino privado ou superior; estar no momento da pesquisa atuando na assistência ao parto em instituições hospitalares.</p> <p>Critérios de exclusão: enfermeiras que atuavam em Casas de parto.</p>
11	Estudo de natureza qualitativo descritivo.	Identificar as representações sociais da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica sob o olhar da mulher grávida.	Seleção aleatória por conveniência	Critérios de inclusão: mulheres grávidas que residiam em três municípios do Distrito de Braga.
12	Estudo quantitativo de retrospectivo.	Caracterizar e analisar a assistência ao parto e ao nascimento realizada por residentes em enfermagem obstétrica.	Seleção aleatória por conveniência	Critérios de inclusão: mulheres de risco habitual e que tiveram seus partos assistidos por REO.
13	Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa.	Descrever a experiência e a satisfação de mulheres que tiveram parto normal assistido por enfermeira.	Seleção aleatória por conveniência	Critério de inclusão: mulheres que tiveram gestação de risco habitual e pariram com gestação a termo.
14	Estudo de abordagem qualitativa, realizado a partir de entrevistas semiestruturadas, gravadas e posteriormente, transcritas.	Conhecer como são desenvolvidas as práticas de humanização durante o trabalho de parto em um hospital público da Bahia.	Seleção aleatória por conveniência	Critérios de inclusão: profissionais de enfermagem que atuassem no centro obstétrico.

Fonte: OLIVEIRA, 2018.

Na tabela 3 estão representados os artigos quanto ao tipo de análise utilizada e os resultados do estudo.

Tabela 3 – Caracterização dos estudos em relação ao tipo de análise aplicada e os resultados obtidos na pesquisa.

Nº	Tipo de análise aplicada	Resultados
1	Revisão da literatura	Muitas mulheres não conhecem seus direitos, submetendo-se ao sistema e ao profissional de saúde, especialmente em momentos cercados de temores e fragilidades, como são a gravidez, o parto e o pós-parto.
2	Entrevista semiestruturada, sendo empregado um instrumento contendo dados sócio-demográficos e as questões norteadoras da entrevista gravada.	<p>Das 35 (100%) mulheres entrevistadas, 29 (83%) relataram que tiveram o contato pele a pele no momento desse parto e 6 (17%) que não tiveram essa experiência.</p> <p>Para nove mulheres, o contato pele a pele com seu bebê trouxe alívio e tranquilidade naquele momento.</p> <p>A interação com o bebê no momento do nascimento foi referida como um atenuante para o processo doloroso da saída da placenta e a realização dos pontos, o que não ocorreu no seu parto anterior.</p>
3	Método de análise de conteúdo de Bardin	<p>A segurança, a confiança e a credibilidade transmitidas para as parturientes devem-se ao reconhecimento do suporte técnico e o saber científico da enfermeira durante a sua prática.</p> <p>As mesmas reconheceram o capital científico das enfermeiras obstétricas, o que contribuiu para que as mulheres se sentissem seguras.</p> <p>O poder simbólico da enfermeira mobilizou a mulher contribuindo para a superação do medo da dor e para potencializar sua força</p>
4	Método de análise através de entrevista semiestruturada.	<p>O estudo apontou que as práticas de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas de um Centro de Parto Normal (CPN), implicadas nos processos de dignificação foram o acolhimento; a promoção da presença de acompanhante; a promoção de um ambiente adequado ao cuidado; e a transmissão de calma e segurança às mulheres. Já a autonomia das mulheres no trabalho de parto foi possível por meio da promoção de relações pessoais entre profissionais e usuárias livres de coerção; e a facilitação no acesso às informações.</p> <p>Além da dignificação e da autonomia, as parturientes foram estimuladas a participar ativamente de todo evento parturitivo.</p>
5	Método de estatística descritiva.	A posição adotada pela mulher no momento do parto, verificou-se que, nos dois hospitais-maternidade, a posição horizontal, litotômica, ocorreu apenas em 109 (3,74%) partos. Nesses partos, houve predomínio das posições verticais em 1.909 (65,51%) mulheres; semiverticais, em 464 (15,94%); laterais, em 275 (9,43%); cócoras, em 86 (2,95%) e a posição de quatro apoios, em 22 (0,75%). Outras posições corresponderam a 49

		<p>(1,68%) partos.</p> <p>Ao emprego de tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem, verificou-se que as parturientes tiveram liberdade de movimentação, deambulando livremente.</p> <p>A episiotomia ocorreu em apenas 3,12% dos partos assistidos pelas enfermeiras obstétricas no Hospital-Maternidade A e 2,12% no Hospital-Maternidade B.</p> <p>A avaliação do índice de Apgar apontou que 97,53% dos recém-nascidos de partos assistidos por enfermeiras obstétricas tiveram Apgar maior que 7 no 5º minuto de vida, considerados com boa vitalidade ao nascer</p>
6	Método de análise descritiva e numérica inferencial.	<p>O número de fichas de monitoramento investigadas nesse estudo foram 300, porém em algumas variáveis foram encontradas quantidades elevadas de informações em branco, demonstrando falhas no preenchimento das fichas.</p> <p>Com relação ao grupo A das boas práticas foi possível constatar que alguns pontos importantes foram avaliados positivamente, como a utilização do partograma, a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, o contato pele-a-pele ininterrupto entre a mãe e o recém-nascido e a amamentação na sala de parto.</p> <p>Contudo, alguns pontos importantes não tiveram avaliação favorável, como a manutenção da dieta zero, a pouca utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto e a impossibilidade da parturiente em ter ao seu lado um acompanhante de sua escolha.</p> <p>No tocante à categoria B das boas práticas, encontrou-se que algumas práticas comprovadamente não recomendadas ainda permanecem sendo realizadas como rotina, à exemplo tem-se: venóclise, tricotomia e posição litotômica durante o período expulsivo</p>
7	Método de análise de diálogo vivido.	<p>Percebeu-se que a EO presta assistência sob a perspectiva das questões de gênero e poder na assistência obstétrica, identificando-se nela alguns estereótipos femininos, como a emotividade, a sensibilidade e a gentileza.</p> <p>O cuidado proporcionado com privacidade, sem expor desnecessariamente a parturiente, fez com que ela se sentisse preservada em sua intimidade.</p> <p>Desinformação das gestantes com relação ao parto, pois percebeu-se que elas não diferenciavam a fase latente da fase ativa do trabalho de parto, não entendendo-a como um processo.</p> <p>É necessário reduzir o máximo possível a ansiedade da mulher no trabalho de parto, a fim de que possa ser aliviada a tensão e o medo de elementos que interferem no processo natural do parto.</p>
8	Análise de conteúdo da	<p>O não conhecimento das parturientes quanto a lei do acompanhante no trabalho de parto e parto.</p>

	temática.	<p>Fragilidades quanto às informações em educação em saúde no pré-natal.</p> <p>Aquelas que realizaram o pré-natal com enfermeiras obstetras ou residentes em enfermagem obstétrica tiveram maiores informações quanto à escolha consciente da vida de parto.</p>
9	Análise através da estatística descritiva, sendo que os dados foram organizados de acordo com a frequência absoluta e relativa no livro de registro de partos.	<p>Constatou-se que do total das parturientes que tiveram seus partos acompanhados pelas enfermeiras obstétricas em 316 (42,42%) o trabalho de parto e o parto evoluíram sem o emprego de práticas intervencionistas.</p> <p>Quanto ao uso de práticas que não interferem no processo fisiológico do parto, constatou-se que 549 (73,69%) tiveram a presença do acompanhante de forma participativa durante o trabalho de parto e parto, 626 (84,03%) utilizaram a prática de exercícios respiratórios. O estímulo à livre deambulação foi adotado em 227 (30,47%), à liberdade de movimentos pélvicos em 194 (26,04%), a adoção de posicionamento lateralizado foi verificada em 159 (21,34%), o uso da água morna através banho de aspersão em 152 (20,40%), a realização de massagens, simultaneamente ao estímulo ao acompanhante para massagear a parturiente 96 (12,89%).</p> <p>Quanto à posição adotada pela parturiente durante o período expulsivo, do total de 736 registros, o posicionamento verticalizado (sentada, semi-sentada, agachada ou em pé), foi verificado em 551 (74,86%) partos</p>
10	Análise realizada análise de conteúdo das narrativas, que na modalidade temática desdobra-se nas etapas de pré-análise (leitura flutuante, constituição do <i>corpus</i> e transcrição); exploração do material (categorização dos dados mediante a leitura exaustiva das entrevistas transcritas); e tratamento dos resultados obtidos e interpretação	<p>Os resultados encontrados foram divididos em duas categorias: formação de enfermeiras obstetras antes do modelo de humanização e formação de enfermeiras obstetras após a política de humanização.</p> <p>Antes da implantação da Política de Humanização do Parto e Nascimento pela SMS-RJ, na cidade do Rio de Janeiro, a grande maioria das enfermeiras pesquisadas que atuavam no campo obstétrico, reproduziam a obstetria clássica com o modelo biomédico hospitalar.</p> <p>As enfermeiras pesquisadas perceberam que a realidade de sua prática obstétrica começou a mudar na cidade do Rio de Janeiro, no final da década de 90, inicialmente com o reconhecimento do Estado brasileiro de sua atuação no parto e nascimento.</p>
11	Análise de conteúdo tradicional, alicerçada na construção de análises temáticas. Uso da temática de Bardin.	<p>Mulheres com baixo grau de escolaridade possuem dificuldades em decifrar a função da enfermagem obstétrica.</p> <p>A enfermeira obstetra passa segurança em todo o processo gestacional.</p> <p>Na opinião de algumas mulheres, a parteira permitiu a sua participação ativa no processo de gravidez.</p>

12	Análise de conteúdo através do diálogo vivido.	<p>Percebeu-se que a EO presta assistência sob a perspectiva das questões de gênero e poder na assistência obstétrica, identificando-se nela alguns estereótipos femininos, como a emotividade, a sensibilidade e a gentileza.</p> <p>De modo geral, a EO assiste o parto, respeitando-o como um processo fisiológico.</p> <p>Havia desinformação das gestantes com relação ao parto, pois percebeu-se que elas não diferenciavam a fase latente da fase ativa do trabalho de parto, não entendendo-a como um processo, por isso supervalorizavam o período expulsivo.</p> <p>O uso de métodos não-farmacológicos no alívio da dor foram bem aceitos pelas parturientes.</p>
13	Análise estatística descritiva médias e o desvio padrão das variáveis quantitativas, além de frequências absolutas e relativas de cada variável, com o uso do programa Statistical Package for Social Sciences – SPSS	<p>A maioria das mulheres referiu ter recebido bastante apoio de um acompanhante (companheiro, familiar ou amigo) tanto no TP e no P, citado por 81,1% das puérperas, enquanto que, no pós-parto (PP), esse suporte foi citado por 75,6% delas.</p> <p>A maioria das mulheres referiu ter pelo menos um pouco de conhecimento sobre os acontecimentos do processo parturitivo.</p> <p>No que se refere aos dados perinatais dos partos assistidos por enfermeira analisados nesta pesquisa, a prevalência de recém-nascidos com boa vitalidade (score de Apgar maior ou igual a sete no primeiro e no quinto minuto de vida).</p> <p>A maioria das mulheres utilizou algum método de relaxamento e respiração e conseguiu relaxar pelo menos um pouco durante trabalho de parto e parto.</p>

14	Análise estatística descritiva, através do <i>software Epi info</i> , versão 3.5.1	<p>Em relação à posição adotada pela mulher no momento do parto, verificou-se que, nos dois hospitais-maternidade, a posição horizontal, litotômica, ocorreu apenas em 109 (3,74%) partos.</p> <p>Quanto ao emprego de tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem, verificou-se que as parturientes tiveram liberdade de movimentação, deambulando livremente (1.616 = 55,48%) ou exercitando movimentos pélvicos (573 = 19,67%).</p> <p>A episiotomia ocorreu em apenas 3,12% dos partos assistidos pelas enfermeiras obstétricas no Hospital-Maternidade A e 2,12% no Hospital-Maternidade B, totalizando, apenas, 148 (5,24%) casos.</p> <p>A avaliação do índice de Apgar apontou que 97,53% dos recém-nascidos de partos assistidos por enfermeiras obstétricas tiveram Apgar maior que 7 no 5º minuto de vida, considerados com boa vitalidade ao nascer.</p>
----	------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: OLIVEIRA, 2018.

A Tabela abaixo demonstra as conclusões e recomendações de cada autor em seu respectivo estudo.

Tabela 4 – Caracterização dos estudos quanto às conclusões obtidas e recomendações dos autores apresentado pelo estudo.

Nº	Conclusões	Recomendações dos autores
1	Considera-se fundamental conduzir a assistência obstétrica menos complexa de volta à comunidade, provendo instalações adequadas e profissionais com as competências necessárias, o que significa dizer que urge criar maior número de Centros de Parto Normal extra ou intrahospitalares coordenados por O e EO, profissionais que, a partir da perspectiva da promoção da saúde, podem colaborar na constituição de uma rede mais efetiva de cuidados.	<p>Buscar parcerias, fortalecer órgãos de classe, unir esforços, atuar politicamente, refletir sobre a prática, atualizar-se continuamente, ser flexível e aceitar inovações, colaborar com outros agentes</p> <p>de saúde e com a comunidade, contribuir para a mudança do modelo de atenção, são elementos imprescindíveis para a devida valorização e inserção dessas profissionais na promoção da gravidez segura, no incentivo ao parto normal e seguro, na prática orientada por revisões sistemáticas</p> <p>de ensaios clínicos randomizados, no estar com a mulher de forma a garantir-lhe os direitos.</p>
2	A prática do contato pele a pele do bebê com a sua mãe ao nascimento foi percebida positivamente para a maioria das participantes. Essa experiência resgatou a emoção do momento do nascimento, que, em partos anteriores, não ocorria devido à separação da mãe do seu bebê.	Como pedras fundamentais das diretrizes de humanização das práticas de saúde estão a educação e a conscientização dos direitos do usuário, em consonância com a proposta da integralidade nas ações de saúde, em que foi baseada a criação do Sistema Único de Saúde. Nessa perspectiva, acreditando-se na relevância de possibilitar uma assistência mais

		humanizada à mulher no processo de parturição, todos esses aspectos devem ser considerados na elaboração e implementação de normas e práticas institucionais.
3	As representações mentais das mulheres demonstraram que os atributos profissionais das enfermeiras obstétricas foram reconhecidos por elas e pontuados como propriedades distintivas da prática destas agentes.	Novos estudos sobre as estratégias a serem utilizadas pelos gestores, no campo político, para suprir a demanda social das usuárias dos serviços do SUS, criada pela enfermagem obstétrica.
4	<p>O CPN estudado precisa avançar mais em relação aos meios de promoção do protagonismo da mulher e do seu empoderamento por meio de cuidados de enfermagem que favoreçam a sua autonomia e participação ativa.</p> <p>Acresce frisar que, com a utilização desses conceitos, revelou-se uma situação de alerta ao observar que, mesmo em poucas situações, houve uma supervalorização das práticas baseadas em evidências, sem, no entanto, evidenciar uma consciência crítica por parte das profissionais envolvidas, e nem utilizado o bom-senso para se verificar o momento adequado para a utilização dessas práticas</p>	Para que as enfermeiras possam continuar prestando um atendimento de qualidade é indispensável possibilitar a desconstrução do viés de gênero, que coloca as mulheres em situação de subalternidade frente às relações existentes entre profissionais e usuárias, sendo esse um determinante biológico que as impedem de fazerem uma escolha consciente e de terem o controle sobre o seu próprio corpo.
5	O uso frequente das tecnologias não invasivas de cuidado levou à conclusão de que as enfermeiras obstétricas estão em um processo de transformação de sua prática em direção ao rompimento com o modelo medicalizado e uma atuação menos intervencionista. Assim, contribuem para o alcance dos objetivos propostos pela OMS para redução de cesarianas e intervenções na assistência ao parto, privilegiando o processo natural.	É imprescindível a reflexão da enfermeira obstétrica para que a transformação no cenário hospitalar de atenção ao parto permaneça contínua e busque novos trajetos aliados ao conhecimento técnico-científico e ao cuidado humanizado.
6	<p>Com relação à categoria A que é composta por práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas observou-se que a maioria das práticas ainda são pouco implementadas.</p> <p>Sobre a categoria B formada por práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas constatou-se que os índices de realização de tricotomia (14,7%) são baixos, demonstrando que não há um uso rotineiro dessa prática, porém existe, ainda, um percentual alto de mulheres que são mantidas em venóclise (54,0%) e que parem na posição semi-sentada (60,7%).</p>	

7	<p>Quanto às contribuições do processo de parir atendido pela EO para promover o cuidado humanístico, a utilização da teoria humanística de Paterson e Zderad mostrou-se como um modelo que permite à enfermeira olhar para a parturiente com os olhos do coração, com sensibilidade, colocando-se em seu lugar e entendendo-a em seu existir-no-mundo.</p>	
8	<p>As ações de educação em saúde realizadas durante o acompanhamento pré-natal por enfermeiros e/ou residentes em enfermagem obstétrica contribuíram para mudanças na percepção de mulheres em relação ao processo de parturição.</p> <p>Observou-se um movimento social em prol da humanização que visa assistência digna e segura às mulheres e recém-nascidos.</p>	<p>É essencial a ampliação e o reconhecimento da atuação do enfermeiro obstetra, assim como sua inserção nos serviços de saúde e legitimação profissional.</p>
9	<p>O estudo aponta que mesmo no ambiente hospitalar, onde ainda predomina o modelo de assistência tecnocrático e medicalizado, a enfermeira obstétrica, que atua sob a perspectiva da atenção humanizada ao parto e nascimento, tem se mostrado agente importante na desmedicalização do parto e nascimento.</p>	
10	<p>Ao descrever o processo de aquisição pelas enfermeiras das práticas obstétricas frente à implantação do modelo humanizado em maternidades públicas do Rio de Janeiro foi observado que um grupo de enfermeiras obstétricas incorporaram habilidades específicas advindas de novos conhecimentos que foram agregados em seu <i>habitus</i></p>	<p>As ações de manutenção, nos serviços de saúde, das estruturas que sustentem os princípios das práticas humanizadas no parto e nascimento, são de fundamental importância para que as enfermeiras continuem trabalhando e lutando no sentido de contribuir para a sustentação da política pública de humanização e de incentivo ao parto normal no campo obstétrico.</p>
11	<p>Tendo por base a perspectiva das entrevistadas, que a parteira ou a enfermeira especialista, independentemente do lugar onde desempenha funções, é encarada como uma amiga, uma guia e um suporte fundamental, disponível para a ajudar na vivência de todo o processo inerente ao nascimento.</p>	<p>Desenvolvimento por parte da enfermeira da sua competência social definida como a capacidade de relacionamento humano.</p>
12	<p>Foi possível identificar que o Programa de Residência em Enfermagem, enquanto estratégia para qualificação dos profissionais possibilita a redução do número de intervenções obstétricas desnecessárias, refletindo diretamente na melhoria da saúde perinatal e, conseqüentemente, nas taxas de morbimortalidade materna, sendo este um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.</p>	<p>Divulgação de experiências como esta, que evidenciam a necessidade de ampliação da formação e atuação de enfermeiras obstetras, do seu espaço de atuação e da aceitação do seu trabalho por outras categorias profissionais e pela sociedade. No que tange a pesquisa, enfatiza-se a importância da realização de pesquisas que demonstrem a relevância do</p>

		trabalho na área da enfermagem obstétrica.
13	<p>Embora a dor tenha sido relatada como de grande intensidade durante o trabalho de parto e o parto, percebe-se que a atuação da Enfermagem como cuidadora, que se envolve em fornecer apoio físico e emocional à parturiente, foi fundamental para auxiliar no relaxamento e no enfrentamento deste momento tão único e delicado.</p> <p>Percebe-se, ainda, que a assistência de Enfermagem Obstétrica tem buscado se adequar às recomendações atuais, com práticas mais humanizadas, menos intervencionistas, que permitem que o parto de risco habitual aconteça da forma mais natural possível.</p>	<p>Buscar compreender quais aspectos pode influenciar, positiva ou negativamente, a satisfação com o parto normal, avaliar a qualidade das consultas pré-natais e identificar quais ações pode ser desenvolvido para proporcionar uma assistência obstétrica cada vez mais qualificada e humanizada no Brasil.</p>
14	<p>Em relação à estrutura física dessa instituição, evidenciou-se, através das falas dos profissionais de enfermagem, que o parto é realizado em quarto individualizado, algo que é visto como resultado positivo diante da proposta da Rede Cegonha no tocante à humanização na assistência ao parto.</p> <p>Constatou-se, também, que os profissionais de enfermagem têm o conhecimento científico sobre as práticas de humanização no parto para a parturiente em processo de parturição.</p>	<p>O responsável pela maternidade deve implantar práticas humanizadas, e os profissionais de saúde devem atuar baseando-se nessa nova modalidade de assistência.</p>

Fonte: OLIVEIRA, 2018.

5.3 CATEGORIZAÇÃO DOS ARTIGOS INCLUÍDOS

Após leitura minuciosa e análise dos artigos selecionados para o estudo, o próximo passo constitui-se na categorização lexical dos achados (BARDIN, 2009). Abaixo se encontra as categorias a serem abordadas e os respectivos artigos que retratam a temática:

Categoria 1: A enfermeira obstétrica como mediadora do parto seguro – 1,3,4,7,10,11.

Categoria 2: Práticas humanizadas no trabalho de parto e parto – 5,6,7,8,9,10,12,14.

Categoria 2.1: Posições no Trabalho de Parto e Parto.

Categoria 2.2: Contribuições dos Métodos não Farmacológicos no Alívio da Dor.

Categoria 2.3: Fornecimento de dieta branda.

Categoria 3: Contribuições das boas práticas ao nascimento – 2,5,7,13,14.

Categoria 3.1: Contribuições do contato pele a pele.

Categoria 3.2: Condições do Escore de Apgar em partos assistidos por enfermeiras obstétricas.

5.3.1. Categoria 1: A enfermeira obstétrica como mediadora do parto seguro

Quanto à necessidade de mudanças no cenário obstétrico observou-se na literatura que os enfermeiros (as) obstétricos (as) possuem grande importância na busca de melhores condições na assistência ao parto e nascimento. Conforme descrito no artigo de número 1 mudar o quadro da atenção à saúde materna e perinatal no Brasil requer diversas intervenções, sendo elas: qualidade da assistência voltada para as necessidades das mulheres, o que requer mudança na cultura dos serviços de saúde; ambiente acolhedor e favorável, o que exige reformas na estrutura dos serviços de saúde; garantia de participação à mulher no processo, exercendo sua autonomia de forma compartilhada, o que advirá de maior controle social, bem como enfoque na discriminação e na perspectiva de gênero; respeito à fisiologia do processo,

o que requer transformação na atuação do profissional de saúde; e, finalmente, capacitação, reconhecimento e autonomia dos profissionais.

Neste sentido considera-se de fundamental importância a inserção de um número maior de EO's (enfermeiros obstétricos) que estejam preparados para exercer as competências obstétricas. Conforme apontado no artigo de número 4, pesquisas demonstram que EO's possuem total qualificação que proporciona dignificação, segurança, autonomia e resgate do parto como um evento fisiológico (OLIVEIRA, 2006).

Porém, a fim de fornecer boa qualidade na assistência ao parto e nascimento é necessário com que tais profissionais passem por etapas que os qualifiquem. O artigo de número 10 retrata como era a assistência da enfermagem obstétrica na cidade de Rio de Janeiro antes e após a implantação da Política de Humanização do Parto e Nascimento.

➤ Antes da implantação da política de Humanização do Parto e Nascimento:

“Eu aprendi obstetria no livro que é médico e com o médico, quando eu fui fazer enfermagem obstétrica”. (Entrevista 10)

“Elas trabalhavam junto com os médicos e a assistência era basicamente a mesma, tinha aquela questão da dieta zero, da gestante ter que ficar no leito. O que os médicos faziam as enfermeiras faziam”. (Entrevista 05)

“Eu venho do modelo biomédico, saturado do poder, você decidia o que fazer, como fazer, que horas fazer, sem ter a mulher como participante desse processo decisório”. (Entrevista 04)

Observa-se nas falas que antes da implementação os profissionais atuantes na obstetria viam a mulher como um paciente, sem autonomia, sem vontades e não protagonista do processo de parturição.

➤ Após a implementação da Política de Humanização do Parto e Nascimento:

“Eu acho que eu só tive a ganhar quando tive contato com a nova obstetria [...] A humanização parte de um pressuposto do respeito ao outro como indivíduo, de seu espaço, seu querer, sua vontade, seu desejo de alguma coisa.” (Entrevista 04)

“Em 2004 eu tive um contato mais profundo com a questão da humanização através da especialização que tem a humanização como o seu alicerce, então foi quando eu comecei a ter um

contato mais profundo com os princípios da humanização, com a assistência humanizada, com a mulher retomando ao seu papel de protagonista do seu próprio trabalho de parto, do seu próprio parir.” (Entrevista 04)

O artigo de número 7 enfatiza que a EO em seu campo de atuação necessita desenvolver habilidades e competências a fim de adquirir segurança técnica e perceber múltiplos fatores que podem interferir no processo de parturição. Dentro destas habilidades se encontra a valorização da mulher, respeito ao tempo, além dos cuidados durante do trabalho de parto e parto que envolve alívio da dor, banhos, deambulação, adoção de posições, dentre outros.

A segurança, a confiança e a credibilidade fornecidas para as parturientes estão atreladas ao reconhecimento do saber científico da enfermeira durante a sua prática (NASCIMENTO,2011). O artigo 3 aborda como essas características são reconhecidas pelas parturiente e puérperas, como demonstra nas falas citadas abaixo:

“Para mim foi muito importante ter ela ali na hora. Senti segurança total! (E7)

“Foi ótimo para mim, uma pessoa competente que me passava confiança[...]. Todas elas passam confiança e credibilidade!” (E12)

O artigo 11 também ressalta como as parturientes e puérperas reconhecem as EO's como um profissional que visa resgatar a autonomia das mulheres durante o trabalho de parto de modo a transmitir segurança, como dito no artigo 11:

“A enfermeira é uma pessoa muito importante. Porque ela ajuda-nos a sentir à vontade. A gente sente-se mesmo à vontade para decidir. (...) Se eu fosse parteira seria como ela. Teria que pôr a grávida à vontade, para lhe explicar basicamente aquilo que ela queria saber para viver bem a sua gravidez e para colaborar melhor comigo. Explicar o que era melhor para ela e para o seu filho. Fazer com que ela se sentisse segura. Ajudar mais no que pudesse e fazer com que ela colaborasse comigo” E9

5.3.2. Categoria 2: Práticas humanizadas no trabalho de parto e parto.

Conforme descrito no artigo 5 a intensa medicalização do parto provocou aumento nas taxas de mortalidade materna, o que levou com o Ministério da Saúde providenciasse medidas na tentativa de diminuir esse índice, sendo uma delas a participação efetiva de enfermeiras obstétricas na atenção ao parto e nascimento (VARGENS;SILVA;PROGIANTI, 2017).
referencia do próprio artigo 5

Em muitos países, incluindo o Brasil, parturientes de baixo risco obstétrico são submetidas a infusões intravenosas rotineiras e a administração de ocitocina durante o trabalho de parto e parto sem real indicação (AMORIM, 2010).

Ainda se tem lugares onde ainda se segue à risca o modelo medicalizado onde a tricotomia, o enema, a amniotomia, a redução do colo, a compressão do fundo de útero e a episiotomia são aplicados rotineiramente, ignorando por completo as recomendações da OMS para um parto normal saudável e humanizado (BRASIL, 2002).

Mediante ao exposto, esta categoria foi subdividida em duas classes, com o objetivo de apontar as principais técnicas não invasivas encontradas na literatura e suas contribuições.

Categoria 2.1: Posições no Trabalho de Parto e Parto.

No artigo de número 5, verificou-se que 81,45% das parturientes optaram por parir em posições verticalizadas, tendo como apoio e incentivo enfermeiras obstétricas.

Estas posições são consideradas benéficas à passagem do feto, pois favorecem os movimentos de rotação e flexão do pólo cefálico além de proporcionar melhor conforto e autonomia para a mulher durante o parto (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2011).

O artigo 6 demonstra que na maioria das maternidades a parturiente ainda é convencida a permanecer deitada, em decúbito lateral esquerdo , durante o TP (trabalho de parto).

Vale ressaltar que esta posição permiti uma melhor oxigenação fetal em comparação ao decúbito lateral direito e a posição supina. Mas enfatiza-se a importância de fornecer meios para que a parturiente escolha a posição que melhor lhe convier, enaltecendo as posições verticais, pois as mesmas não oferecem maiores riscos e proporciona menor duração do TP além de diminuir a necessidade de analgesia (GALO; SANTANA; MARCOLIN, 2014).

No entanto ainda se observa que a posição litotômica ainda é bastante utilizada em centros obstétricos. No artigo 12 é retrato que em uma maternidade do estado do Rio Grande do Sul, a posição litotômica ou semissentada prevaleceu em relação às posições verticalizadas, compreendendo 88% dos partos. Mas nota-se que ainda assim é um número menor comparado em um estudo a nível nacional onde se concluiu que 91,7% das parturientes brasileiras parem em posição litotômica.

Comparando as posições verticais e a litotômica é importante apontar alguns aspectos, dentre eles: diminuição da sensação dolorosa e cansaço, redução do período expulsivo, diminuição dos partos dirigidos, episiotomia e demais intervenções obstétricas (RIESCO, et.al.2011).

Conforme o artigo 9, a posição não litotômica ou supina já tem sido bastante utilizada por enfermeiras obstétricas de uma maternidade municipal do Rio de Janeiro, onde se apontou que 87,09% das parturientes, pariram em posições verticais. Mulheres que tem seus filhos em posições não supinas possuem melhor condição perineal (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

O artigo 14 presume que é necessário orientar a parturiente a trocar de posições a cada 30 minutos, sentando-se, caminhado, ajoelhando, ficando de pé, de quatro apoios, sendo que tais práticas são consideradas como humanizadas durante o trabalho de parto (SILVA, et al. 2011).

Categoria 2.2: Contribuições dos Métodos Não Farmacológicos no Alívio da Dor.

Visando a diminuição de práticas inofensivas à saúde materno e infantil e a garantia de uma assistência obstétrica de qualidade, foram criadas estratégias que enfatizam a atenção humanizada através de boas práticas na atenção ao parto e nascimento (MELO, et al. 2017).

O artigo 5 retrata que a participação da enfermeira obstétrica torna-se fundamental neste processo, e por prestar atendimento humanizado e acolhedor os hospitais estão cada vez mais interessado na inserção destes profissionais (MENEZES;PORTELLA;BISPO, 2012).

De acordo com o artigo 9 as boas práticas na atenção ao parto e nascimento devem ser enfatizadas desde a primeira consulta de pré-natal. Para o Ministério da Saúde o acompanhamento de pré-natal visa estabelecer também que o nascimento ocorra de forma acolhedora, sem prejuízos para a saúde da mãe e o bebê (BRASIL, 2012).

O artigo 8 salienta a importância da enfermeira obstétrica nos repasses de informações em relação aos métodos não farmacológicos no alívio da dor durante as consultas de pré-natal:

“Quando cheguei aqui [maternidade] eu já sabia que ia usar a bola, sabia do banho morno e até de acocar [posição de cócoras] para o bebê descer mais rápido. Isso elas me explicaram [enfermeiros e/ou residentes] no pré-natal, e foi mais rápido para a dilatação. Me ajudaram [enfermeiros e/ou residentes] bastante.”

Em uma maternidade do Rio Grande do Sul, conforme descrito no artigo 12, os métodos não farmacológicos no alívio da dor são amplamente utilizados por residentes em enfermagem obstétrica. Dentre as práticas de alívio à dor se destacou o banho de aspersão.

As evidências científicas demonstram que a utilização de métodos não farmacológicos no alívio da dor é capaz de possibilitar a substituição de anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto e parto, favorecendo menos chances de intervenções (OSÓRIO;SILVA;NICOLAU, 2014).

O artigo 7 retrata que as puérperas tiveram relato positivo quanto aos métodos não farmacológicos no alívio da dor empregados pela enfermeira obstétrica, sendo estes os utilizados: massagem na região sacral e dorsal, banhos térmicos e exercícios na bola. As falas a seguir demonstram a boa aceitação destes meios:

“As massagens nas costas foram muito boas e eu não queria que parasse”. (Alfa)

“Ajuda...aquele lá (as massagens) relaxa o corpo pra não ficar tão apreensiva”. (Épsilon)

Em um estudo realizado com base na massagem lombossacral durante as três fases clínicas do trabalho de parto (fase latente, ativa e expulsivo), constatou-se que este método ajuda a aliviar a intensidade da dor (ALMEIDA et al., 2005).

Quanto à utilização dos banhos térmicos, houve boa aceitação da parturiente, como demonstra a seguinte fala:

Eu recomendo o banho bem quente nas costas. Naquele momento bem tenso...nossa, quando você fala aí em bem-estar, nossa, eu nem percebi ali que a bolsa estourou. E estourou ali, bem na hora do chuveiro". (Beta)

Os sinais gerados pelo banho quente estimulam os termorreceptores da epiderme que alcançam o sistema nervoso central de maneira mais rápida em relação aos enviados pelos receptores da dor, bloqueando assim de maneira efetiva a transmissão e percepção da dor (BARBIERI et al., 2013).

Contudo, outros métodos não farmacológicos, como por exemplo, uso da bola suíça, agachamento e banqueta no período expulsivo não foram amplamente mencionados nos estudos selecionados desta revisão integrativa. No decorrer do artigo 9 é evidenciado pelos autores que vários fatores podem contribuir para a não realização de alguns métodos não farmacológicos. Um dos itens citados é que ainda existe muita resistência das instituições hospitalares que apesar das políticas públicas de humanização ao parto e nascimento se acomodaram com o modelo medicalizado.

Categoria 2.3: Fornecimento de dieta branda.

De acordo com a OMS, o fornecimento de dietas brandas, para repor as fontes de energia no trabalho de parto, previne a desidratação e a cetose, garantindo o bem-estar da mulher (OMS,1996).

O artigo 6 explora que 26,7% das parturientes receberam dieta líquida, 67% em dieta zero e 6,3% não foi informado. O estudo aponta que a prática de coibir alimentação no local onde se foi realizado o estudo deve-se ao receio de ocorrer aspiração de conteúdo estomacal durante uma anestesia.

No entanto o risco de aspiração está associado à anestesia geral, em mulheres de risco habitual (MELO, et al. 2017).

O artigo 12 evidencia que o número de parturientes que tiveram acesso a dieta branda foi maior que do o mostrado no estudo 6, representando 30,7 %. Já em uma pesquisa realizada

em um hospital universitário de Minas Gerais apontou que apenas 25,2% das mulheres foram alimentadas durante o trabalho de parto.

Tais resultados são reflexos de informações insuficientes por parte dos profissionais da saúde e até mesmo pelas parturientes, que ainda acreditam que a hidratação no trabalho de parto agrava as complicações obstétricas.

A literatura aponta que na necessidade de manter uma hidratação e um aporte calórico adequado à parturiente, assim como oferecer conforto e bem-estar, a permissão para a mulher ingerir alimentos leves ou fluidos durante o trabalho de parto não aumenta a incidência de complicações (BRASIL, 2014).

5.3.3. Categoria 3: Contribuições das boas práticas ao nascimento.

O trabalho de parto e o parto é caracterizado por uma interação complexa entre a mãe e o seu conceito, por meio de vários eventos fisiológicos e psicológicos, no qual o feto é expelido do útero, culminando com o nascimento de um bebê (RICCI, 2015).

Em relação às práticas, o artigo 2 retrata que as diretrizes em políticas públicas reformularam ações, visando boa assistência na saúde integral à mulher e ao recém-nascido, de modo a proporcionar o mínimo de intervenção, mas que ao mesmo tempo fosse seguro para ambos (DINIZ, 2005).

O artigo cita também que as ações se voltaram a priorizar o contato pele a pele do recém-nascido com a mãe para a manutenção da temperatura corpórea e a secção tardia do cordão umbilical, permitindo com que a parturiente toque e reconheça seu bebê (OMS, 2001).

Mediante ao exposto esta categoria foi dividida em duas subcategorias, a fim de que os assuntos relacionados com o tema fossem apontados de maneira mais evidentes e ao mesmo tempo organizados.

Categoria 3.1: Contribuições do contato pele a pele.

O termo “contato pele a pele” foi utilizado para nomear o *Método Mãe Canguru*, que foi criado para bebês prematuros e de baixo peso. O objetivo era favorecer a redução das altas taxas de mortalidade neonatal, pois antigamente havia falta de recursos tecnológicos, infecções cruzadas, desmame precoce e abandono materno (WEI, et al. 2012).

Os benefícios desse método são proporcionados também para as mães, pois traz segurança e estabilidade emocional, além de fortalecimento de vínculos afetivos (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004).

O artigo 2 aborda que em uma pesquisa realizada no alojamento conjunto do HU-USP, o contato pele a pele foi capaz de proporcionar o fortalecimento de vínculo entre mãe e bebê, como aponta nas seguintes falas:

“É muito bom porque parece que o neném te conhece, depois de algumas horas que passou já te conhece, acho que só eu falar ele já fica procurando, se tá chorando, você pega, dá uma acalmadinha, já sabe que é você, acho que o bebê fica seguro, é interessante...” (E12)

“Eu achei mais gostoso, você sente o bebê, você encosta e ele já para de chorar, se acalma, é muito legal, a mãe já vê o bebê, o bebê já sente o cheiro da mãe, já sente a pele.” (E29)

Em relação à tranquilidade e alívio para as mães evidenciou-se que as práticas da equipe de enfermeiras obstétricas foram positivas quanto ao contato pele a pele:

“Da Camila os pediatras já tiraram, botaram no bercinho e foram examinar. Dela primeiro as enfermeiras obstétricas botaram em mim, depois que foram examinar, colocaram um tempinho. Eu acho melhor esse jeito, esse contato, já vê a criança.” (E35)

O artigo 14 constatou em seus resultados que a equipe de enfermagem possui grande potencial e embasamento científico para realizar as práticas humanizadas no parto e nascimento, pois são profissionais que proporcionam segurança, conforto e aumento do vínculo mãe-filho.

Como descrito anteriormente o contato pele a pele além de proporcionar segurança/alívio para a mãe e aumento do vínculo afetivo, o método possibilita também o aleitamento materno. A amamentação na primeira hora de vida é associada à maior duração do aleitamento materno (MOORE; ANDERSON; BERGMAN, 2012).

O artigo de número 13 apontou que dentre as boas práticas ao parto e nascimento realizadas por enfermeiras obstétricas, tais profissionais implementaram o aleitamento materno na primeira hora de vida em 86,5% dos partos. A assistência de enfermagem nessa primeira interação entre mãe/bebê atua como facilitadora, motivando e desmitificando mitos e tabus acerca da amamentação (LEITE, et al. 2016).

Outro aspecto evidenciado no artigo 2 é em relação ao contato pele a pele e o quarto período clínico do parto, que corresponde a dequitação da placenta.

“Colocaram ela assim, então ela ficou bem quietinha, foi outra coisa, nem senti eles costurarem, foi parto normal, mas teve o corte, nem senti tirarem a placenta nem nada. Do outro eu já senti eles tirarem a placenta, que também incomoda. E pra costurar também foi ruim.” (E1)

O contato pele a pele favorece o aleitamento materno na primeira hora de vida, que proporciona benefícios para o recém nascido (RN), mas também é importante apontar que essa ação contribuiu para a mãe. A sucção da mama logo após o parto estimula a produção e liberação de hormônios (prolactina e ocitocina). A ocitocina reduz o sangramento puerperal, facilita a dequitação da placenta e acelera a involução uterina (MERCES, et al. 2007).

Categoria 3.2: Condições do Escore de Apgar

O artigo de número 9 aborda que a Avaliação do Apgar, implantado e utilizado desde o ano de 1950, continua sendo o único método realizado para avaliar a vitalidade do RN em muitos países. Valores de Apgar menor do que 7 no 5º minuto tem sido o referencial mais importante no diagnóstico e no prognóstico de asfixia (OLIVEIRA et al., 2012).

O artigo 5 aponta que um das principais características da política de humanização do parto e nascimento é sua preocupação com as repercussões para o recém-nascido (VARGENS;SILVA;PROGIANTI, 2016).

No entanto, o artigo 9 enfatiza que as práticas humanizadas baseadas em evidências científicas durante o processo de parturição possui grande importância no desfecho da recepção e avaliação do recém-nascido (REIS et al., 2016).

Como já enfatizado nas demais categorias, a enfermagem obstétrica possui papel importante no desfecho da assistência durante o parto e nascimento. Neste sentido as práticas humanizadas são um dos fatores que podem propiciar boa vitalidade ao bebê. A seguir será exposto os estudos desta revisão integrativa que abordaram as condições do apgar em partos assistidos por enfermeiras obstétricas.

Um estudo (artigo 9) realizado em uma maternidade do Rio de Janeiro, demonstrou que o apgar no 5º minuto de vida extra uterina foi igual ou maior a 7 (representando 99,45%

dos partos assistidos por E.O's), no entanto a pesquisa não demonstrou os índices no 1º minuto de vida extra uterina.

Já no artigo 13 tanto o 1º minuto quanto o 5º minutos foram avaliados, demonstrando que 94,6% dos recém nascidos tiveram apgar igual ou maior a 7 no primeiro minuto. Todos os recém nascido tiveram o apgar maior que 7 no quinto minuto de vida.

O artigo 5 enfatizou que a avaliação do índice de apgar representou 97,53% dos partos assistidos por enfermeiras obstétricas, sendo o valor mais alto dentre os estudos selecionados, podendo ser reflexo das boas práticas no parto e nascimento onde o estudo apontou que na instituição os cuidados não invasivos e o respeito a fisiologia do parto representaram 98,8%.

Em uma maternidade no Rio Grande do Sul (artigo12) constatou que os recém nascidos tiveram boa vitalidade ao nascer, sendo que 87,7% tiveram apgar maior que sete no primeiro minuto e 96,7% no quinto minuto.

Observa-se que dentre os estudos selecionados os partos com a presença de enfermeiras obstétricas é benéfico para a saúde neonatal. Os movimentos que enfatizam a redução de intervenções desnecessárias e o aumento de práticas não invasivas baseadas em evidências científicas no processo de parto e nascimento pode resultar na redução da mortalidade perinatal no cenário brasileiro (REIS et al., 2015).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos artigos incluídos nesta RI é possível afirmar que as boas práticas ao parto e nascimento com a presença da enfermeira obstétrica são importantes no desfecho da saúde materna e perinatal.

A literatura demonstra que as enfermeiras obstétricas possuem grande importância na melhoria das condições na assistência ao parto e nascimento, pois são profissionais que proporcionam segurança, autonomia e respeito ao evento fisiológico do parto. No entanto é necessário que haja a qualificação destes profissionais, principalmente no entender das políticas de humanização ao parto e nascimento afim de que os mesmos tenham competências e habilidades obstétricas voltados aos cuidados não invasivos. Quanto aos conhecimentos e as práticas implementadas pelas enfermeiras obstétricas, as parturientes e puéperas se sentiram seguras e encorajadas quanto à presença das enfermeiras obstétricas.

Em relações as práticas humanizadas no decorrer do trabalho de parto, os estudos evidenciaram que as enfermeiras obstétricas utilizam rotineiramente os métodos não farmacológicos no alívio da dor. Dentre as posições utilizadas percebe-se que as verticais são bastantes utilizadas e bem aceitas pelas parturientes, sendo um método que acelera o TP e diminuiu a sensação de dor. No entanto ainda se encontra o emprego das posições litotômicas em partos assistidos por enfermeiras obstétricas. O banho de aspersão e a massagem lombosacral tem sido adotado em grande escala, pois na visão das parturientes e nas evidências científicas é um método que proporciona relaxamento e conseqüentemente o alívio da dor. No entanto outros métodos não farmacológicos no alívio da dor não foram apontados no estudo, podendo ser reflexo da resistência dos hospitais em aderi-los. Quanto ao fornecimento de dieta branda durante o trabalho de parto, percebe-se que os profissionais possuem receio em fornecer alimentos leves para as parturientes.

As boas práticas também são benéficas ao recém-nascido, no entanto os estudos que abordam as relações entre a humanização nos cuidados durante o parto sobre a saúde perinatal ainda são escassos. Dentre os artigos selecionados, novamente a enfermagem obstétrica se destacou na atenção à saúde do RN, proporcionando o contato pele a pele, a formação de vínculo entre mãe/bebê e o aleitamento materno na primeira hora de vida. Em relação ao Apgar em partos assistidos por enfermeiras obstétricas, os valores indicam boa vitalidade do RN, afirmando assim que as enfermeiras obstétricas são importantes profissionais na tentativa de redução da mortalidade perinatal.

Como sugestão, sugere-se a implementação de educação continuada nos serviços de saúde, visando não apenas o aperfeiçoamento de conhecimentos técnicos, mas também a sensibilização para o atendimento humanizado, visando às boas práticas de atenção ao parto e nascimento estabelecidas pela OMS. Salienta-se a necessidade de estudos relacionados ao recém nascido no âmbito das boas práticas, para que assim haja meios de estabelecer condutas entre os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Nilza Alves Marques; MEDEIROS, Marcelo; SOUZA, Marta Roverly. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 4, p. 819-27, 2012.

AMORIM, Melmina Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa; SOUZA, Alex Sandro Rolland Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, v.38, n. 11, p. 583-91, 2010.

BARBIERI, Márcia et al. Banho quente de aspensão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 5, 2013.

BARBA, Mariana Della; BARIFOUSE, Rafael. Normal ou cesárea? Conheça riscos, mitos e benefícios de cada tipo de parto. São Paulo, 2014. Acessado em 15 de maio de 2018. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/04/140411_cesareas_indicacoes_rb>

BESSA, Lucineide Frota. Condições de trabalho de parteiras tradicionais: algumas características no contexto domiciliar rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 33, n. 3, p. 251-254, 1999.

BORGES OSÓRIO, Samara Maria; GOMES DA SILVA JÚNIOR, Lourival; OLIVEIRA NICOLAU, Ana Izabel. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 1, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e no nascimento. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 121, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.

BRASIL. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CAUS, Eliz Cristine Maurer et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 34-40, 2012.

CECAGNO, Susana et al. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 3, 2004.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, p. 627-637, 2005.

HELMAN, Carlos. CULTURA, SAÚDE, DOENÇA. PORTO ALEGRE: ARTES MÉDICAS, 2003.

GALLO, Rubneide Barreto Silva et al. Swiss ball to relieve pain of primiparous in active labor. **Revista Dor**, v. 15, n. 4, p. 253-255, 2014.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2010.

LEAL, Maria Clara. Pesquisa nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. 2014. Acesso em 17 de maio de 2017. Disponível em: <http://www.conass.org.br/sintese_pesquisa_nascer_brasil.pdf>

LEITE, Maura Fernanda Ferreira et al. Promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido por profissionais da enfermagem. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 20, n. 2, 2016.

MALDONADO, Marcos Túlio. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 16. Ed. São Paulo Saraiva, 2002.

MELO, Bruna Marques et al. Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 3, p. 376-382, 2017.

MENEZES, Paula Fernanda Almeida; PORTELLA, Sandra Dutra Cabral; BISPO, Tania Christiane Ferreira. A situação do parto domiciliar no Brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 1, n. 1, 2012.

Ministério da Saúde (BR). Cadernos humaniza SUS: humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

MOORE, Elizabeth R. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 5, n. 3, 2012.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 651-657, 2005.

NASCIMENTO, K.C; SANTOS, E.K.A; ERDMAN, A.L., et al. A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 319-327, 2009.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane et al. A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 319-327, 2009.

OLIVEIRA, Tatiana Gandolfi et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein (16794508)**, v. 10, n. 1, 2012.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. **Revista de Antropologia**, p. 13-37, 1996.

Organização Mundial da Saúde. Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Saúde Materna e Neonatal/ Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS, 1996.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília: OMS; 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. OMS, 1996.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2015.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez et al. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Rev enferm UERJ**, v. 19, n. 1, p. 77-83, 2011.

SASS, Nelson; HWANG, Susane Mei. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. **Diagn Tratamento**, v. 14, n. 4, p. 7-33, 2009.

SILVA, Larissa; BARBIERI, Márcia; FUSTINONI, Suzete Maria. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, 2011.

SOUZA, Marcela Tavares; DA SILVA, Michelly Dias; DE CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-6, 2010.

STORTI, J.P. O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal. 2004. 118f. Dissertação (Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública) - Escola de

Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos feministas**, v. 10, n. 2, p. 483, 2002.

URSI, Elizabeth Silva; GAVÃO, Cristina Maria. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124-131, 2006.

VARGENS, Octavio MC; SILVA, Alexandra CV; PROGIANTI, Jane M. Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth—The Brazilian nurse midwives' view. **Midwifery**, v. 29, n. 11, p. e99-e106, 2013.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas**, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

VENANCIO, Sonia Ioyama; ALMEIDA, Honorina de. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **J Pediatr (Rio J)**, v. 80, n. 5 Supl, p. S173-80, 2004.

Artigos da Revisão:

- 1- NARCHI, N.Z.; CRUZ, E.F; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1059-1068, 2013.

- 2- WEI, Chang Yi et al. A percepção de puérperas oriundas da Atenção Primária sobre a Humanização da Assistência ao parto em um hospital de ensino. **Mundo Saúde**, v. 36, n. 3, p. 468-474, 2012.
- 3- PRATA, Juliana Amaral; PROGIANTI, Jane Márcia. A influência da prática das enfermeiras obstétricas na construção de uma nova demanda social. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 1, p. 23-28, 2013.
- 4- SILVA, Andréa Lorena Santos; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 424-431, 2015.
- 5- VARGENS, Octavio Muniz da Costa; SILVA, Alexandra Celento Vasconcellos da; PROGIANTI, Jane Márcia. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017.
- 6- MOTTA, Martins Franco et al. IMPLEMENTAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NATURAL. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 2, 2016.
- 7- CAUS, Eliz Cristine Maurer et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 34-40, 2012.
- 8- DE QUADROS, Jacqueline Silveira; DOS REIS, Thamiza Lauriany da Rosa; COLOMÉ, Juliana Silveira. Enfermagem obstétrica e educação em saúde:

- contribuições para vivência do processo de parturição. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 17, n. 4.
- 9- REIS, Carlos Sérgio Corrêa et al. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento Analysis of births attended by nurse midwives under the perspective of humanization of childbirth. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 4, p. 4972-4979, 2016.
- 10-CAMACHO, Karla Gonçalves; PROGIANTI, Jane Marcia. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 646-53, 2013.
- 11-SILVA VIEIRA MARTINS, Maria de Fátima; ALMEIDA CADIMA REMOALDO, Paula Cristina. Representações da enfermeira obstetra na perspectiva da mulher grávida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, 2014.
- 12- REIS, Thamiza da Rosa et al. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 94-101, 2015.
- 13-FREIRE, Hyanara Sâmea de Sousa et al. Parto normal assistido por enfermeira: experiência e satisfação de puérperas. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 6, p. 2357-2367, 2017.
- 14-ANDRADE, Lidinea Oliveira de et al. Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. supl. 6, p. 2576-2585, 2017.

ANEXO 1- Instrumento para coleta de dados (validado por Ursi, 2005)

A. Identificação	Título do artigo; Título do periódico; Autores; Nome; Local de trabalho; Graduação; País; Idioma; Ano de publicação.
B. Instituição sede do estudo	Hospital; Universidade; Centro de pesquisa; Instituição única; Pesquisa multicêntrica; Outras instituições; Não identifica o local.
C. Tipo de publicação	Publicação de enfermagem; Publicação médica; Publicação de outra área da saúde. Qual?
<p>D. Características metodológicas do estudo</p> <p>1. Tipo de publicação 1.1 Pesquisa</p> <p>2. Objetivo ou questão de investigação</p> <p>3. Amostra</p> <p>4. Tratamento dos dados</p> <p>5. Intervenções realizadas</p> <p>6.. Resultados</p>	<p>() Abordagem quantitativa () Delineamento experimental() Delineamento quase-experimental() Delineamento não-experimental</p> <p>() Abordagem qualitativa</p> <p>1.2 Não pesquisa() Revisão de literatura</p> <p>() Relato de experiência () Outras</p> <p>3.1 Seleção</p> <p>() Randômica() Conveniência() Outra</p> <p>3.2 Tamanho (n)() Inicial () Final</p> <p>3.3 Características: Idade; Sexo: M () F ();Raça ;Diagnóstico; Tipo de cirurgia.</p> <p>3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos</p> <p>5.1 Variável independente</p> <p>5.2 Variável dependente</p> <p>5.3 Grupo controle: sim () não ()</p>

<p>7. Análise</p> <p>8. Implicações</p> <p>9. Nível de evidência</p>	<p>5.4 Instrumento de medida: sim () não ()</p> <p>5.5 Duração do estudo</p> <p>5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção</p> <p>7.1 Tratamento estatístico</p> <p>7.2 Nível de significância</p> <p>8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados</p> <p>8.2 Quais são as recomendações dos autores</p>
<p>E. Avaliação do rigor metodológico</p> <p>Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados) Identificação de limitações ou vieses.</p>	