

ASSISTÊNCIA AO PARTO PELO ENFERMEIRO OBSTÉTRICO: CARACTERIZAÇÃO DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DE 2006 A 2010

OBSTETRIC NURSING ASSISTANCE:
CHARACTERIZATION OF SCIENTIFIC
PRODUCTIONS FROM 2006 TO 2010

Eteo Junior Carneiro da Silva Minarini¹
Greyce Pollyne Santos Silva Minarini²

RESUMO

Objetivo: Analisar as produções científicas sobre a temática da assistência ao parto pelo enfermeiro obstétrico, entre os anos de 2006 a 2010. **Método:** Elegemos os princípios da pesquisa bibliográfica integrativa, com abordagem qualitativa, realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), cujo resultado obtido conduziu a pesquisa às bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO, sendo o material composto por artigos publicados no período compreendido entre 2006 a 2010, que abordassem a situação da assistência ao parto. **Resultados:** Foi selecionado um total de 13 produções científicas, analisando o conteúdo dos estudos aqui encontrados, estabelecemos três categorias: modelo tecnocrata e profissionais médicos; modelo humanizado; profissionais de enfermagem e assistência de enfermagem. **Conclusão:** A elaboração desta pesquisa possibilitou perceber que quando se trata de assistência ao parto e nascimento, os autores remetem o debate ao modelo tecnocrata e ao modelo humanizado, atrelado sempre aos profissionais que as põem em prática.

Palavras-chave: Assistência. Parto. Enfermagem. Obstetrícia.

ABSTRACT

Objective: To analyze the scientific production on obstetric nurse delivery during the period from 2006 to 2010. **Method:** We chose the principles of integrative bibliographical research, with a qualitative approach, carried out in the Virtual Health Library (BVS), whose results led to the research to the MEDLINE, LILACS and SCIELO databases, and the material was composed of articles published between 2006 and 2010 that dealt with the situation of childbirth care. **Results:** 13 scientific productions were selected, analyzing the content of the studies found here, we established three categories: technocratic model and medical professionals; humanized model; nursing professionals and nursing care. **Conclusion:** The elaboration of this research made it possible to perceive that when it comes to delivery and birth care, the authors refer the debate to the technocratic model and to the humanized model always linked to the professionals who put them into practice.

Keywords: Care. Childbirth. Nursing. Obstetrics.

¹ Especialista em Enfermagem Oncológica. Enfermeiro do Serviço de Radioterapia do Hospital Santa Rita de Cassia, Vitória /ES.

² Mestre em Ciências. Enfermeira Obstétrica do Hospital Universitário Cassiano de Moraes – HUCAM/ES.

INTRODUÇÃO

Muito se fala da institucionalização ou medicalização do parto, porém essas mudanças de modelos assistenciais são marcadas desde os primórdios do século XX, na Europa, quando a figura masculina, os médicos, passaram a utilizar medidas intervencionistas no parto, a fim de diminuir a morbimortalidade materna e fetal, porém fugindo do processo fisiológico e oferecendo à mulher uma medicalização para o alívio da dor, o que resulta no crescente índice de cesárea¹.

Tendo vivenciado, há alguns anos, a assistência prestada à parturiente, em várias oportunidades foram percebidas diversas formas de tratamento, que na verdade são adequadas à instituição e não à mulher. O suporte à mulher deve ser ofertado conforme suas necessidades e singularidades, considerando que esta, no decorrer da sua gestação até o momento do parto, traz consigo a experiência dos sentimentos de medo da dor, insegurança e dúvidas, e muitas vezes em seu processo parturitivo permanecem caladas, sem questionar o tratamento recebido, resultado de uma assistência longe de ser humanizada, reflexo das rotinas hospitalares.

No entanto, é através de produções e publicações de novos saberes acerca da assistência ao parto e nascimento que ela se caracteriza em sua existência, evidencia seus horizontes e determina sua amplitude, exatamente pela capacidade de fomentar e ratificar o debate sobre sua existência e importância.

O presente estudo tem como finalidade contribuir para a reflexão sobre o conhecimento produzido, acerca da assistência ao parto e assistência prestada pelo enfermeiro obstetra, fornecendo aos profissionais de saúde um panorama sobre o tema. Assim, o objetivo é analisar as produções científicas sobre a temática da assistência ao parto pelo enfermeiro obstétrico, entre os anos de 2006 a 2010.

REFERENCIAL TEÓRICO

No modelo hospitalar de assistência ao trabalho de parto e parto, dá-se preferência às rotinas hospitalares para todas as parturientes, como despir a mulher; tricotomizar; fazer uso de enema; instalar soro e afastá-las do processo de nascimento com vínculo familiar, além do uso de episiotomia; rotinas cirúrgicas e de fórcepe, geralmente desnecessário, tornando-as prejudiciais, inadequadas e ineficazes. Rotinas essas, desestimuladas pelo Ministério da Saúde, por interferir e prejudicar no processo de nascimento²⁻³.

Por outro lado, para minimizar os possíveis agravos da assistência tecnicista, as políticas públicas de saúde da mulher entenderam que eram necessárias outras mudanças no cenário de parto e nascimento, e a partir disso o parto deixou de ser privativo ao médico, o que fez com que enfermeiros obstetras, capacitados para atender a parturiente, com suporte técnico, mas com o mínimo de intervenções desnecessárias e invasivas, ofertassem uma assistência voltada para o compromisso com a melhoria das condições de saúde da mulher^{1,4}.

O novo modelo de assistência ao parto ganha espaço com o movimento feminista, que passou a questionar práticas obstétricas de rotinas que intervinham no parto, de modo que não era fisiológico da parturiente. Esse modelo trouxe o suporte físico e psíquico, sem interferir no processo fisiológico, permitindo à mulher escolher o seu plano assistencial e tornando menos hierarquizada a relação entre profissional e paciente⁵.

O Ministério da Saúde, através da portaria GM nº 569, de 1/6/2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, ao considerar que a mulher e o recém-nascido devem ter acesso e atendimento digno de qualidade em sua unidade de internação, gozando de medidas humanizadas que possibilitem reduzir a morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registrada do país, assegurando a melhoria do acesso da obstetrícia e da qualidade de acompanhamento da assistência ao parto⁶.

Humanizar a assistência é tratar com dignidade e respeito a parturiente que dá entrada na maternidade, esse é o primeiro passo seguro para se obter bons resultados na evolução do trabalho de parto. Dito isto, o enfermeiro deve demonstrar empatia e comunicação, a depender da necessidade de cada uma, pois estas devem ser tratadas com individualidade, visto que cada uma traz consigo experiências e dúvidas singulares, do mesmo modo que devemos considerar todo parto como o primeiro, sabendo o enfermeiro que a dor e a ansiedade sentida são diferentes e é novidade em cada parto⁷.

MÉTODOS

Elegemos os princípios da pesquisa bibliográfica integrativa, com abordagem qualitativa, realizada na área da saúde e envolvendo as atividades básicas de identificação, compilação e fichamentos dos trabalhos. A pesquisa bibliográfica, através do levantamento de fontes variadas, foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), cujo resultado obtido conduziu a pesquisa às bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE), Literatura latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), sendo o material composto por artigos publicados nos últimos cinco anos, no período compreendido entre 2006 a 2010, que abordassem a situação da assistência ao parto, com os seguintes descritores: assistência; parto; enfermagem; obstetrícia; disponibilizados na íntegra, no idioma português, com definição do método, cenário de estudo (região sudeste), e população estudada. A partir da busca selecionada, foram encontradas 831 publicações científicas, sendo 739 artigos. Analisando essas publicações, temos 71 artigos com textos completos, destes 48 estão no idioma português; entre o período de 2006 a 2010 têm-se 35 artigos; foram descartados 2 artigos repetidos; 2 artigos indisponíveis para acesso e 12 artigos que não referiram a região sudeste, portanto foram selecionadas 19 publicações científicas.

Após a seleção dos artigos indexados e catalogados em ficha bibliográfica adaptada, procedeu-se a leitura superficial dos títulos e resumos, para selecionar o que era de interesse da pesquisa. Assim, 6 publicações científicas das selecionadas não discorriam sobre a assistência à parturiente pela enfermeira obstétrica, em que se referiam ao ensino; depressão pós-parto; amamentação; incontinência urinária de esforço; e sentimentos vivenciados pelos pais no nascimento do filho; sendo então, excluídos no presente estudo. Após selecionados os 13 artigos, foi realizada uma leitura minuciosa, a fim de não serem perdidos aspectos importantes para o enriquecimento do estudo e a confecção da redação final da pesquisa, analisando os seguintes aspectos das produções: ano de publicação; local de publicação; as ideias principais; os objetivos principais; ideias e conceitos principais; resultados e conclusões principais; recomendações principais, e maneiras como foi abordado o seu objeto de estudo nas produções. Para análise dos dados foi utilizada a temática de análise de conteúdo de Bardir⁸.

Foram selecionadas um total de 13 produções científicas para o estudo, as quais foram distribuídas nos seguintes periódicos: 2 publicações da Revista Brasileira de Enfermagem^{2,9}, 3 periódicos da Revista da Escola de Enfermagem da USP^{5,10-11}, 3 publicações da Revista de Enfermagem da UERJ¹²⁻¹⁴, 1 publicação da Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery¹⁵, 1 da revista Texto de Contexto de Enfermagem¹⁶, 1 da revista Investigação e Educação em Enfermagem¹⁷, 1 da revista Saúde e Sociedade¹⁸ e 1 publicação da revista Interface¹⁹.

Quanto ao período correlacionado, analisando o total de 13 artigos, temos: 2 publicações no ano de 2006^{5,9}, 1 publicação no ano de 2007¹⁷, 4 publicações no ano de 2008^{10,12,15,19}, 2 publicações no ano de 2009^{2,13}, 4 publicações no ano de 2010^{11,14,16,18}.

Observando que as produções investigadas tiveram a região de São Paulo como maior concentração de pesquisa, na qual constatamos 8 artigos^{2,5,9,11,15-19}. Na região de Rio de Janeiro foram encontrados 5 artigos^{10,12-15}. No aspecto

levantado quanto ao tipo de pesquisa, tem-se estudos qualitativos^{5,9-10,13-15,17,19}, e deste ainda com abordagem reflexiva^{5,9,15}, com abordagem descritiva¹⁷, com abordagem histórico-social¹³; e estudos quantitativos^{2,11-12,16,18} com abordagem descritiva, observacional e análise documental¹², com abordagem descritivo-exploratório^{2,16,18}, com abordagem descritivo e retrospectivo dos dados¹¹.

RESULTADO

Analisando o conteúdo dos estudos aqui encontrados estabelecemos três categorias:

1ª Categoria: Modelo Tecnocrata e Profissionais Médicos

Destaca-se neste agrupamento temático o modelo tecnocrata, estando ele muito atrelado aos profissionais médicos na nossa contemporaneidade, porém que nos remete à excessiva medicalização e a riscos de obter efeitos potencialmente adversos.

Na análise encontramos produções que enfatizam, como características deste modelo, a manipulação do corpo da mulher e técnicas pré-estabelecidas pelas instituições^{5,10,15}. No modelo tecnocrata, os procedimentos invasivos se caracterizam por manipular a vidas das mulheres e por estabelecer padrões de cuidado que não levam em consideração a história do corpo feminino, este é marcado pelo modelo tecnocrático, implementado a partir da obstetrícia científica¹⁵. A formação no modelo biomédico sofreu influências intervencionistas, de cunho medicalizado e rotineiro, fazendo com que as mulheres se sintam objeto passivo, incapaz de realizar seu próprio parto no modelo hospitalar¹⁰.

A assistência hospitalar priva a mulher de escolher pela posição de dar à luz, em que o modelo tecnocrata é hegemônico. A posição horizontal, imposta nos hospitais, favorece a compressão dos vasos, dificultando as trocas gasosas entre mãe e feto e diminuindo a efetividade das contrações uterinas, além de não favorecer a força da gravidade, como acontece na posição

verticalizada, o que pode prejudicar o mecanismo do trabalho de parto¹².

Dos trabalhos relacionados nesta categoria, dois avaliaram os métodos invasivos relacionados à atenção ao trabalho de parto e parto, que configuram-se como violência à mulher quando utilizados de maneira inadequada, se perpetuam sem o consentimento da parturiente. São eles: a tricotomia, uso de ocitócitos, instalação de venóclise, restrição ao leito, aspiração rotineira de RN, uso rotineiro de episiotomia, monitorização eletrônica fetal, analgesia peridural e barreiras institucionais^{2,11}. Além da amniotomia, que é um procedimento comumente utilizado na prática moderna da obstetrícia, e a administração endovenosa de Buscopan®, associado com Plasil® e glicose, com a finalidade de favorecer o esvaecimento e dilatação do colo uterino, mesmo sem evidências sobre os seus benefícios. Tecnologia estas que, quando aplicadas em mulheres com gestação de baixo risco e parto eutócico, vem apresentando resultados maternos e perinatais desfavoráveis¹¹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a episiotomia é considerada prática utilizada de forma inadequada, na qual são seccionados, além de pele e mucosa, músculos transversos do períneo e do bulbo cavernoso. Essa prática tem algumas indicações, mas não há justificativa para sua frequência, por não trazer benefícios nem para mãe nem para o feto⁶. Além disso, a prática de uma atenção humanizada ainda é muito diferente do que as políticas almejam, principalmente em decorrência de rotinas institucionais rígidas e de uma ambiência imprópria.

A formação capitalista dos médicos também faz parte da discussão de outros dois artigos^{13,19} sobre a assistência ao parto. Evidencia o tratamento desumano de médicos, o distanciamento e a falta de comunicação entre profissional e cliente, como ato medicalizado muito preso às rotinas¹⁹. Os profissionais médicos não modificaram seus hábitos profissionais, porque a sua formação capitalista estava muito presente e necessitaria mais que um gestor com eficiência de um trabalho

pedagógico, mas que depois de cessado o ato retornaria aos seus princípios¹³.

2ª Categoria: Modelo Humanizado

O modelo humanizado vem acompanhado geralmente da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem, marcado pela reforma da obstetrícia desde a implantação do programa de humanização do Pré-Natal e nascimento. No modelo humanizado, como acontece nas casas de parto, espaço ocupado por enfermeiros obstetras, a mulher é considerada protagonista de sua história, oferecendo condições favoráveis e não invasivas para o nascimento. Os Centros de Parto Normal (CPN) são unidades que estão inseridas no sistema de saúde local, atuando de maneira complementar nas unidades de saúde existentes, e são organizadas no sentido de promover a ampliação do acesso e do vínculo na atenção ao parto e puerpério¹⁵.

Autores se referem aos CPN como um local que conta com um trabalho de parto ativo e participativo, que vai ao encontro com as medidas de atenção humanizada, empregando práticas baseadas em evidências preconizadas pelo Ministério da Saúde^{2,5}. Além disso, representa um modelo de assistência com desfechos maternos e neonatais, favoráveis para população de baixo risco¹¹.

A desmedicalização da assistência ao parto, prática defendida pelo enfermeiro, tem o objetivo de resgatar o parto fisiológico como um fenômeno feminino no qual a mulher seja a personagem principal, e somente usar de intervenções quando necessário¹⁰. A mulher deve ser reconhecida como principal participante do processo, e suas escolhas devem ser respeitadas, oferecendo a ela a possibilidade de vivenciar essa experiência como protagonista¹⁹. Para isso, os profissionais devem mudar suas condutas, proporcionando à mulher liberdade de escolha, reduzindo as práticas obstétricas intervencionistas para garantir o protagonismo¹³.

Desmedicalizar é apresentar às mulheres outras opções de cuidado, que podem e devem conviver como direito de escolha da mu-

lher, como não fazer uso de práticas intervencionistas desnecessárias, o respeito à fisiologia e o protagonismo da mulher em seu próprio parto¹⁰. Considera-se relevante a participação do profissional de saúde na instrumentalização dessa mulher, no intuito de desmitificar tabus e crenças que envolvem o parto normal²⁰.

A assistência prestada nas necessidades da parturiente, com práticas baseadas em evidências, dá oportunidade à mulher de decidir pela assistência no parto desde o pré-natal, bem como sua autonomia durante a atenção recebida⁵. Essa assistência, tida como humanizada, visa prevenir agravos na gestação, preconiza a atenção às parturientes pelo acolhimento e qualidade na assistência, respeito e informação¹⁹.

Quatro dos estudos analisados destacaram a posição da cliente, adotada para o parto, como fator que interfere na preservação perineal e na vitalidade dos recém-nascidos, como prática orientada pelo Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento. A escolha da posição vertical pelas parturientes, na maioria das vezes, é oportunizada pela enfermeira, por ser uma atitude menos intervencionista, conferindo maior proteção à integridade da mulher, afim de evitar laceração e resultando em índice menor de episiotomia, assim como escore de Apgar foi maior que 7 no 1º e 5º minuto¹².

Dentro do modelo humanizado, também se deve contar com ambiente adequado, destacando as cores alegres, os mobiliários específicos e a ausência de camas que impusessem às mulheres uma posição específica de litotomia ou decúbito dorsal, tudo para que esta vivencie privacidade, conforto e liberdade de movimentos¹³. Dito isto, e baseado nas melhores práticas para aplicação deste modelo de assistência, as produções^{11,18} compreendem que a realização do parto fora de ambientes com intensa medicalização é uma alternativa ao modelo intervencionista, guiada por métodos utilizados para auxiliar a mulher no processo de parto¹¹.

Outro resultado recente apresentado nas pesquisas é a presença do acompanhante no

parto de escolha da parturiente, justificada pelos seus fatores benéficos^{2,17}. Constatou-se maior probabilidade de parto vaginal espontâneo, duração menor do trabalho de parto, menor uso de analgesia intraparto ou menos relatos de insatisfação com a experiência do nascimento, entre as mulheres com apoio contínuo durante o parto¹¹. Ressalta-se a importância que se dá na presença do acompanhante na sala de parto, no entanto outra publicação evidencia a necessidade de preparação, também deste acompanhante, através de educação e preparação no pré-natal, se possível⁹.

3ª Categoria: Profissionais de Enfermagem e Assistência de Enfermagem

Esta categoria foi construída a partir das produções que apontavam a retomada dos profissionais não-médicos na assistência ao parto, identificamos artigos que valorizam a qualificação dos enfermeiros para a atenção ao parto^{2,13}.

DISCUSSÃO

A assistência de enfermagem ao parto se deu com o movimento feminista, que contou com enfermeiras obstétricas, sendo almejada a transformação do papel passivo da mulher no seu parto. A enfermeira obstétrica, que vingou até o presente, foi aquela que conseguiu incorporar as práticas benéficas e guiar os outros profissionais para um novo habitus¹³. A retomada destes profissionais se deve a aprovação da lei das parteiras e disputa de enfermeiras e obstetrias, como oposição ao emergente modelo médico, patriarcal e centralizador⁹.

Observamos que a atuação da parteira e da enfermagem obstétrica foi melhorada por meio de treinamento, prosperando em sua fase inicial por meio do acolhimento ofertado pelos poderes públicos¹². Por outro lado, existe a escassez de profissionais qualificados para atuar na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, devido às barreiras pessoais e institucionais¹⁸. Além disso, o déficit quantitativo de recursos humanos nas equipes de

saúde, gera superposição de atividades e sobrecarga de trabalho, havendo necessidade de ampliar o quantitativo das enfermeiras, complementando o quadro de pessoal de forma a evitar o acúmulo de atividades e possibilitando que os profissionais disponham do tempo adequado para dedicar-se efetivamente à assistência¹⁴.

Evidenciam o aprofundamento da atuação da enfermagem na assistência ao parto em inúmeras pesquisas^(11,14-16,19).

É importante que a enfermagem proporcione um cuidado que esteja de acordo com a demanda de cada paciente, respeitando as limitações e necessidades de cada uma, enfatizando o seu aspecto educador e, principalmente, o seu aspecto humanístico¹⁶. Uma boa qualidade do cuidado, sob a perspectiva das gestantes, inclui a cortesia e a competência dos profissionais. A valorização da escuta e do diálogo nas relações interpessoais, a escuta, a atenção e o atendimento das necessidades mínimas é uma necessidade humana básica, do tipo psicossocial¹⁴. A enfermagem, por ser transcultural, respeita a cultura das mulheres que trazem consigo a socialização da medicalização e hospitalização, mas que ao mesmo tempo oferece um modelo com concepções humanizadas de cuidado, que elas mesmas desconhecem¹⁵.

A assistência de enfermagem ao parto, qualificada e humanizada de forma integral às necessidades da mulher, presta o apoio necessário no seu processo de reorganização psíquica quanto ao vínculo com o seu bebê, mudanças corporais, amamentação, retomada da atividade sexual e planejamento familiar¹⁴.

A enfermeira obstétrica exerce papel de cuidadora e educadora, desenvolvendo práticas de educação apoiadas nas ciências sociais¹⁵. A educação em saúde, adotada pela enfermeira obstétrica, tem demonstrado eficiência no que diz respeito à luta pela consolidação do modelo humanizado, é uma forma de negociar com a mulher, colaborando com a fisiologia do parto, visto que as mulheres no decorrer da negociação de cuidado humanizado, nos grupos de gestantes e nas consultas de pré-natal, seguras de si e do

seu corpo, passam a entender esse processo como natural e se percebem protagonistas do seu parto, colocando-se ativas nas decisões ao refletir sobre o que é melhor para seu corpo^{15,19}.

Destaca-se a responsabilidade da enfermeira obstétrica ou obstetritz por todas as decisões relativas ao cuidado da mulher e do recém-nascido; e pelo uso adequado da tecnologia¹¹; por atuarem nos CPN como implementadora, realizando o parto normal sem distocia; promovendo o parto fisiológico e saudável; prevenindo a dor iatrogênica e a lesão genital da episiotomia desnecessária⁵; prevenir e identificar intercorrências, executando, quando necessário, medidas de urgência e emergência na ausência do médico². Como evidenciado, nos partos assistidos por enfermeiros obstetras, o resultado foi o índice menor de episiotomia, por ser atitude menos intervencionista e protegendo a integridade da mulher¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração desta pesquisa possibilitou perceber que, quando se trata de assistência ao parto e nascimento, os autores remetem o debate ao modelo tecnocrata e ao modelo humanizado, atrelado sempre aos profissionais que as põem em prática. Os estudos apontam que o modelo tecnocrata é marcado comumente pelas rotinas institucionalistas, representado pela excessiva medicalização e manipulação do corpo da mulher como se fossem objeto passivo, incapaz de decidir sobre os cuidados que lhes são prestados. As intervenções no trabalho de parto e parto podem trazer prejuízos ao bem estar materno e fetal, no entanto não hesitam em permanecer na rotina hospitalar, são elas: o uso de ocitócitos; a instalação de venóclise acompanhada do jejum e a restrição ao leito, que muitas vezes é justificada pela falta de ambiente adequado para a livre movimentação da mulher.

Para rebater a este tipo de assistência, o modelo humanizado esteve presente nas discussões dos autores, como opção de reforma na assistência obstétrica. De acordo com os

estudos apresentados, esse tipo de modelo vem à tona desde o programa de humanização ao Pré-Natal e nascimento, e vem acompanhada pelo incentivo do Ministério da Saúde a humanizar o parto e nascimento, junto a isto está a capacitação de profissionais para tal prática. Na assistência humanizada, de acordo com os autores destes estudos, a mulher é submetida a condições favoráveis de parto e a intervenções não invasivas, que auxiliam no alívio da dor e desconforto. Nele a mulher participa do processo parturitivo, resgatando o parto fisiológico.

A enfermagem respeita a cultura das mulheres, oferecendo um modelo com concepções humanizadas de cuidado, exercendo papel de cuidadora e educadora, promovendo o parto fisiológico e saudável, prevenindo a dor iatrogênica e a lesão genital da episiotomia desnecessária. Entendemos que, embora a assistência ao parto tida pelo enfermeiro obstetra seja peculiar e indispensável, ainda existem lacunas na assistência, devido à falta de qualificação profissional e por não exercerem as competências essenciais na atenção qualificada à maternidade, devido às barreiras pessoais e institucionais. Observa-se a necessidade de novas discussões acerca desta temática, que venham dar respaldo ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros obstetras.

REFERÊNCIAS

1. Souza TG, GaívaMAM, ModesPSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *RevistaGaúcha de Enfermagem*. (Online). 2011 Set, 32(3): 479-486.
2. Narchi, NZ. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2009 Jul-Ago 62(4):546-551.
3. Sodré, TM; Lacerda, RA. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina – PR. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2007 Mar 41(1):82-90.

4. Campos, SEV; Lana, FCF. Resultados de assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2007 Jan-Jun 23(6):1349-1359.
5. Machado, NXS; Praça, NS. Centro de parto normal e assistência obstétrica nas necessidades das parturientes. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2006 Jun 40(2):274-279.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico do parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília (DF): MS; 2004.
7. Reis AE, Patricio ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2009 Set-Dez 10(suppl):221-230.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. 3 ed. Lisboa: PO, 2004.
9. Osawa RH, Riesco MLG, Tsunehiro MA. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006 Set-Out 59(5):699-702.
10. Vargens OMC, Progianti JM, Silveira ACF. O significado de desmedicalização da assistências ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2008 Jun 42(2):339-346.
11. Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck CA. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2010 Set 44(3):812-818.
12. Mouta RJO, Pilott DTF, Vargens OMC. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 2008 Out-Dez 16(4):472-476.
13. Progianti JM, Mouta RJO. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 2009 Abr-Jun 17(2):165-169.
14. Moura MAV, Costa GRM, Teixeira CS. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puerpera: um enfoque na qualidade. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 2010 Jul-Set 18(3):429-434.
15. Progianti JM, Costa RF. Negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das práticas educativas na casa de parto. *Escola Anna Nery*. 2008 Dez 12(4):790-703.
16. Odinino NG; Guirardello EB. Satisfação da puerpera com os cuidados de enfermagem recebidos em um alojamento conjunto. *Texto e Contexto de Enfermagem*. 2010 Out-Dez 19(4):682-690.
17. Hoga, LAK; Pinto, CMS. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. *Investigacion y Educacion em Enfermeria*. 2007 Jan-Jun 25(1):74-81.
18. Narchi NZ. Análise do Exercício de Competências dos não médicos para Atenção à Maternidade. *Saúde e Sociedade*. 2010 Mar 19(1):147-158.
19. Parada CMGL, Tonete VLP. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface*. 2008 Jan-Mar 12(24):35-46.
20. Silva GPS, Jesus MCP, Merighi MAB. Experiência de mulheres com a cesariana sob a ótica da fenomenologia social. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2014 Mar 13(1):05-14.