

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

SAÚDE COLETIVA:

Mudanças, necessidades e embates
entre sociedade e estado



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremona

Luiza Alves Batista

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
 Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
 Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
 Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
 Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
 Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
 Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
 Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
 Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
 Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
 Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
 Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
 Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Maurílio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
 Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
 Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
 Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
 Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
 Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
 Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
 Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof^o Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Saúde coletiva: mudanças, necessidades e embates entre sociedade e estado

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
S255	<p>Saúde coletiva: mudanças, necessidades e embates entre sociedade e estado / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-0820-8 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.208221512</p> <p>1. Saúde pública. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.1</p>
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Saúde coletiva é definida como uma área de conhecimento multidisciplinar construída pelas ciências biomédicas e pelas ciências sociais. Nesse sentido se propõe a pesquisar as origens e formas de reprodução social de algumas doenças, com o intuito de fornecer dados para planejamento e ações dos serviços de saúde competentes.

Se por um lado a saúde pública é correlacionada ao diagnóstico e tratamento das enfermidades, com acesso pela população em qualquer local do país, o que provê a assistência à saúde, na outra vertente temos a saúde coletiva que existe para pensar em novos conceitos e conjecturas futuras, exatamente por esse conceito observamos a formação do movimento sanitaria na América Latina, e conseqüentemente a chamada reforma sanitária brasileira. Nesse âmbito, a necessidade de realizar reformas sanitárias no Brasil surge na década de 1970, moldando um conjunto de ideias, que vislumbravam mudanças na saúde do país coincidindo na qualidade de vida da população. Foram basicamente esse conjunto de propostas, na denominada reforma sanitária que originaram a universalidade do direito à saúde para a população, instituído na Constituição de 1988, formalizando o Sistema Único de Saúde vigente no país.

Tendo em vista a importância de todos esses conceitos que fazem parte da história da saúde brasileira apresentamos esta obra que envolve vários conceitos da saúde coletiva, tais como: atenção primária à saúde, alto risco, serviço de acompanhamento de paciente, prevenção de doenças, cuidados, epidemiologia, serviços de saúde, taxa de mortalidade dentre outros. A categorização de dados, e o estabelecimento de conceitos e padrões baseados em literatura bem fundamentada é muito importante, por isso destacamos a relevância do material com dados e informações recentes sobre saúde coletiva levantados ao longo do país.

Assim, a obra “Saúde coletiva: mudanças, necessidades e embates entre sociedade e estado” torna-se relevante não apenas por abordar esta área que compõe as bases da pesquisa em saúde no país, mas também pela divulgação científica, deste modo, destacamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para publicação e acesso aos dados e pesquisas dentro desta nobre área da saúde.

Desejo a todos uma ótima leitura.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

CAPÍTULO 1 1**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO PARTO HUMANIZADO E O USO DO BANQUINHO MEIA LUA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Letícia Silva de Azevedo
 Danielly da Costa Rocha
 Jakline Silva de Azevedo
 Jhully Sales Pena de Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215121>

CAPÍTULO 2 21**A SEGURANÇA PÚBLICA NA PREVENÇÃO E ABORDAGEM À VÍTIMAS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO**

Orleilso Ximenes Muniz
 Helyanthus Frank da Silva Borges
 Alexandre Gama de Freitas
 Jakson França Guimarães
 Cristiano Braz Ferreira
 Diógenes Martins Munhoz
 Nayara de Alencar Dias
 Raquel de Souza Praia
 José Aluísio Ferreira Cruz
 Eduardo Araújo dos Santos Neto
 Midian Barbosa Azevedo
 Fabrícia da Silva Cunha
 Euler Esteves Ribeiro
 Ciro Felix Oneti
 Gabriela dos Santos Alves
 Salomão Correa Praia
 Inez Siqueira Santiago Neta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215122>

CAPÍTULO 329**CIÊNCIA COGNITIVA - CONFIGURAÇÃO DE CONSTRUTO EPISTEMOLÓGICO**

Adelcio Machado dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215123>

CAPÍTULO 438**DIFICULDADES E RISCOS VIVENCIADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Paulo Henrique dos Santos Martins
 Davi da Silva Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215124>

CAPÍTULO 548**DOR DO PARTO: MÉTODOS DE ALÍVIO E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE MATERNO-FETAL**

Marina Mendes Coelho

Letícia Toss
 Fabiane Bregalda Costa
 Zenaide Paulo Silveira
 Maria Margarete Paulo
 Maicon Daniel Chassot
 Claudia Carina Conceição dos Santos
 Elizete Maria de Souza Bueno
 Adriana Maria Alexandre Henriques

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215125>

CAPÍTULO 6 61

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA NECESSÁRIA NO COMBATE AOS IMPACTOS DAS PARASIToses NA SAÚDE PÚBLICA

Izadora Larissa Cei Lima
 Gabriel Itaparica de Oliveira
 Simone Tavares Valente
 Thayse Kelly da Silva Martino
 João Vitor Silva
 Jefferson Cardoso Coutinho
 Camila Lima das Chagas
 Lucas Vinicius Oliveira De Souza
 Karina Lima das chagas
 Carmem Lucia Gomes de Araujo Souza
 Vivaldo Rosa de Souza Junior
 Irene André da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215126>

CAPÍTULO 763

LA GESTIÓN POR PROCESOS: UN RETO PARA LOS SISTEMAS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA

Shirley Janeth Mora Solórzano
 Edwin Hernán Alvarado Chicaíza
 Zully Shirley Díaz Alay
 Carmen Obdulia Lascano Espinoza
 Jeffry John Pavajeau Hernández

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215127>

CAPÍTULO 869

O DESAFIO DA ESPIRITUALIDADE NO ENSINO DA ENFERMAGEM

Josué Barbosa Sousa
 Rita Maria Heck
 Bruna Rodrigues Bosse
 Bruna Da Silva Cabral
 Gabriel Moura Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215128>

CAPÍTULO 983**O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E A UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO**

Erica Lima Costa de Menezes
Melisse Eich
Marta Inez Machado Verdi
Magda Duarte dos Anjos Scherer

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215129>

CAPÍTULO 10.....96**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO À SAÚDE DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**

Cláudia Carina Conceição dos Santos
Elizete Maria de Souza Bueno
Adriana Maria Alexandre Henriques
Zenaide Paulo da Silveira
Maria Margarete Paulo
Letícia Toss
Ester Izabel Soster Prates
Telma da Silva Machado
Simone Thais Vizini
Elisa Justo Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151210>

CAPÍTULO 11 105**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM FISIOTERAPEUTAS INTENSIVISTAS DE UMA GRANDE CIDADE DO ESTADO DA BAHIA**

Cleide Lucilla Carneiro Santos
Lorena Pacheco Cordeiro Lisboa
Núbia Samara Caribé de Aragão
Gabriella Bené Barbosa
Davi Félix Martins Júnior
Mônica de Andrade Nascimento
Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151211>

CAPÍTULO 12.....119**RELAÇÕES DO ADOECIMENTO MENTAL DE ALUNOS COM O ISOLAMENTO SOCIAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Renata dos Santos Ribeiro Guzman
Paula Trugilho Lopes Trentini
Rafael Durant Pacheco
Fernanda Delorence
Josele da Rocha Monteiro
Édna Berçaco Hermínio Candido
Maxwell Ferreira Silva

Aparecida Dias de Macedo
 Maycon Barbosa Arsénio
 Leonardo Simões dos Santos
 Bruna Adila Barros Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151212>

CAPÍTULO 13..... 132

SAÚDE COLETIVA – CONFIGURAÇÃO DE ÁREA EPISTEMOLÓGICA

Adelcio Machado Santos
 Anderson Antônio Mattos Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151213>

CAPÍTULO 14..... 146

SÍNDROME METABÓLICA NA PEDIATRIA

Vitória Del' Arco Cervo
 Bruno Batista Berteli
 Andrej Uriadenik Dobroski Bastos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151214>

CAPÍTULO 15..... 151

USO DE PROTEÇÃO CONTRA IST POR MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Clara Louise Araujo Reis
 Maria Evangelina de Oliveira
 Mariana Barbosa Vieira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151215>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 162

ÍNDICE REMISSIVO..... 163

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO PARTO HUMANIZADO E O USO DO BANQUINHO MEIA LUA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de submissão: 09/11/2022

Data de aceite: 01/12/2022

Letícia Silva de Azevedo

0000-0002-6869-0568

Danielly da Costa Rocha

0000-0003-3674-0134

Jakline Silva de Azevedo

0000-0001-8145-997X

Jhully Sales Pena de Sousa

0000-0002-9975-101X

processo de humanização do parto traz à tona práticas atuais que necessitam ser repensadas. Um exemplo é a permanência da parturiente na posição horizontal durante o trabalho de parto, ou incentivo desta posição pela equipe de saúde ou pelo não estímulo à mobilização. O presente trabalho tem como objetivo geral, elucidar acerca da atuação do enfermeiro no parto humanizado com enfoque na relação entre as posições adotadas para o parto, em especial posições verticalizadas, com ênfase para o uso do banquinho meia-lua. Trata-se de uma revisão bibliográfica de leituras científicas, extraídos das bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), além de literaturas com bases científicas apoiadas pela OMS, que trata da “Liberdade de escolha de posição e movimentação durante o trabalho de parto”, usando descritores humanização, assistência ao parto, papel do enfermeiro. Inúmeros benefícios são apontados sobre a posição vertical: mais rápida e cômoda; facilita a expulsão devido ao aumento do diâmetro pélvico e do efeito gravitacional; não oclusão da artéria aorta e veia cava e menor chance de laceração; diminui a

RESUMO: Na transposição do tempo o parto e a assistência ao parto sofreram mudanças. Inicialmente o parto era considerado como ato solitário e realizado geralmente com auxílio de parteiras, que atuavam segundo suas próprias experiências. Gradualmente foram sendo desenvolvidas novas práticas no processo de parturição frente esta afirmativa o presente trabalho busca caracterizar a Atuação do Enfermeiro Obstetra no Parto Humanizado. Como consequência dessas modificações ocorreram o aumento das intervenções no ciclo gravídico. A assistência humanística no parto é um conjunto de condutas e posicionamentos que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis. O

percepção de dor; refletindo na participação mais ativa da mulher em seu trabalho de parto e parto.

PALAVRAS – CHAVE: Parto Humanizado, Enfermeiro e o parto, Enfermeiro obstetra, Banquinho meia-lua.

ABSTRACT: In the transposition of time, childbirth and childbirth care underwent changes. Initially, childbirth was considered a solitary act and was usually performed with the help of midwives, who acted according to their own experiences. Gradually, new practices were developed in the parturition process. In view of this statement, the present work seeks to characterize the role of the Obstetric Nurse in Humanized Childbirth. As a result of these changes, there was an increase in interventions in the pregnancy cycle. Humanistic assistance in childbirth is a set of behaviors and positions aimed at promoting healthy childbirth and birth. The process of humanization of childbirth brings up current practices that need to be rethought. An example is the parturient's permanence in the horizontal position during labor, or encouragement of this position by the health team or by not encouraging mobilization. The present work has as general objective, to elucidate about the nurse's role in humanized childbirth, focusing on the relationship between the positions adopted for childbirth, especially vertical positions, with emphasis on the use of the half moon stool. This is a bibliographic review of scientific readings, extracted from Scielo (Scientific Electronic Library Online), Bireme (Latin American and Caribbean Center for Health Sciences Information), as well as scientifically based literature supported by the WHO, which deals with the "Freedom to choose position and movement during labor", using the descriptors humanization, childbirth care, and the nurse's role. Numerous benefits are pointed out about the vertical position: faster and more comfortable; facilitates expulsion due to increased pelvic diameter and gravitational effect; non-occlusion of the aorta and vena cava and less chance of laceration; decreases the perception of pain; reflecting the more active participation of women in their labor and delivery.

KEYWORDS: Humanized Childbirth, Nurse and childbirth, Obstetrician nurse, Half moon stool.

1 | INTRODUÇÃO

A Humanização foi instituída pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996, como um conjunto de práticas que incluem respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, no qual as instituições devem ser cuidadosas, evitar os excessos de intervenções tecnológicas desnecessárias e utilizar criteriosamente os recursos disponíveis.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) têm incentivado práticas de cuidado ao parto e ao nascimento que garantam uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura. A assistência à saúde da parturiente vem sendo discutida na perspectiva de tornar o processo de parir e nascer um contexto de promoção à saúde da mulher e recém-nascido. Inibir os excessos de partos cirúrgicos (cesarianos) é apenas uma das metas dessa assistência que deverá ser consolidar com foco na atenção mais humanizada.

Na década de 90, surgiram várias políticas afim de regulamentar e incentivar as

práticas humanizadas na assistência e a inserção da enfermagem no campo obstétrico, a exemplo das portarias nº 2815 e nº 163 publicadas pelo MS que dispõe sobre a assistência ao parto de baixo risco pelos enfermeiros obstétricos e cria o modelo de Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar – (AIH). Também, a resolução COFEN- 223/99 que estabelece normas sobre a atuação dos enfermeiros na assistência a mulher no ciclo gravídico puerperal, tornando-a mais emancipada; e, a Portaria nº 116 que regulamenta a emissão de Declaração de Nascimento feita por enfermeiros, indicando a valorização e reconhecimento dos partos realizados pelos mesmos, deixando de ser atividade exclusiva dos médicos.

Em 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), visando acesso digno ao atendimento e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; ampliar o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica; saber com segurança em qual maternidade terá seu filho; assistência ao parto e ao puerpério de forma humanizada e segura; além de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e ampliar o acesso ao pré-natal (BRASIL, 2002).

A assistência humanística no parto é um conjunto de condutas e posicionamentos que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis. Este processo deve ter como princípio o profundo respeito à dignidade e a liberdade da mulher, sendo ela condutora de seu próprio processo de parto (MAMEDE, 2004).

O modelo humanizado de assistência ao parto e nascimento tem sido amplamente promovido pela enfermagem, a qual também tem aplicado tecnologias de cuidado que empregam os princípios físicos da água e da gravidade, como nos partos na banheira e em posições verticalizadas. Tais medidas de conforto e preservação da integridade corporal se fundamentam em evidências científicas, que ressaltam que algumas técnicas, como a proteção perineal, evitam intervenções desnecessárias, como a episiotomia de rotina (SILVA, 2011).

Neste contexto, é necessário a atuação de profissionais qualificados e comprometidos de forma pessoal e profissional, que recebam a mulher com respeito, ética e dignidade, que a incentive a exercer a sua autonomia no resgate de seu papel ativo no parto, como também a ser protagonista de sua vida de modo a reconhecer e repudiar qualquer tipo de discriminação e violência que possa comprometer os seus direitos de mulher e cidadã (ANDRADE et al. (2017).

Além de profissionais obstetras capacitados, há outras ferramentas e tecnologias que auxiliam na redução das dores e desconfortos por parte da parturiente como a utilização de técnicas que contribuem para o relaxamento entre eles, a adesão às posições verticalizadas através do uso do banquinho meia-lua.

Entre os profissionais que aderem aos princípios da humanização, há um consenso de que as posições verticalizadas estão em evidência de menor desconforto, diminuição

das lacerações vaginais e perineais, diminuição das dores na fase expulsiva que reduzem a asfixia neonatal. Estas posições de parto apresentam ainda, vantagens sobre a posição supina, como o efeito da gravidade, diminuição dos riscos de compressão da veia cava e artéria aorta, que melhora os indicadores sanguíneos do equilíbrio ácido-base nos recém-nascidos (SILVA, 2011).

Dado o exposto, o presente trabalho tem como objetivo, adotar conhecimentos específicos acerca da atuação do enfermeiro no parto humanizado com enfoque na relação entre as posições adotadas para o parto, em especial posições verticalizadas, com ênfase para o uso do banquinho meia-lua.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica de leituras científicas. Este método de revisão inclui a análise de pesquisas importantes, o que possibilita a síntese do conhecimento de determinado assunto, sem perder de vista os objetivos propostos, além de identificar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA E GALVÃO, 2008). A revisão bibliográfica tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

Para a elaboração da presente pesquisa, foi realizada uma busca seletiva de textos através das bases: Scielo (Scientific Electronic Library Online), Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), usando descritores humanização, assistência ao parto e papel do enfermeiro, além de literaturas com bases científicas apoiadas pela OMS, que trata da “Liberdade de escolha de posição e movimentação durante o trabalho de parto”. No primeiro momento realizou-se um levantamento da literatura, leitura prévia e fichamento de 18 artigos. Após análise e refinamento do conteúdo, restaram em 11 artigos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O parto

O parto que por muito tempo foi considerado um ato solitário, é marcado pela necessidade de ajuda, tornando um ato benevolente e compartilhado. Em circunstância disto sugeriram as denominadas cuidadoras e parteiras que estreitavam os laços de solidariedade e era também uma fonte de segurança e conforto em um momento tão delicado.

Os médicos ainda eram raros e pouco familiarizados com o nascimento, pois a atuação profissional no parto era considerada como um “trabalho sujo” que não estava à altura do cirurgião, tido na época como sendo o “homem da arte” assim como sugere LIPPI

et al. (2010, p.381 e 382):

O tempo e a vivência eram a sua capacitação. As distócias que observavam, as mortes de mulheres em consequência da gravidez, do parto e puerpério que testemunhavam e os resultados das ações que adotavam, capacitavam-nas a escolher o que era mais acertado para as circunstâncias do momento. Mortes ligadas ao parto eram encaradas como acidentes naturais e não existiam ações médicas para diagnósticos e tratamentos. A escola era a própria vida e o seu trabalho LIPPI et al. (2010, p.381 e 382).

A partir de meados dos séculos XVII a medicina obstétrica começou a tratar especificamente do corpo da mulher.

Seu desenvolvimento encontrou dificuldades e conflitos entre os médicos e as mulheres, seu ensino prático enfrentou, além da falta de recursos e investimentos nas escolas médicas, a competitividade da prática liberal e a resistência das mulheres em aderir à assistência hospitalar sob o olhar masculino. (LIPPI et al 2010, p.382)

3.2 Assistência Obstétrica no Brasil



Fonte: A gravidez na idade média “um parto medieval”, 2010.

Segundo RIESCO (2002), no Brasil, a incorporação do ensino de práticas obstétricas data de 1832, quando as Academias Médico Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia foram transformadas em Faculdades de Medicina oferecendo o Curso de Partos, formando, portanto, parteiras. Até então, as mulheres que se dedicavam a partejar deveriam possuir uma “carta de exame”, concedida pelo Físico-Mor ou Cirurgião Mor do Império, e uma licença da Chancelaria. Mesmo que essa lei não fosse obedecida, representou um princípio de controle sobre o exercício da atividade das parteiras pelos médicos. As mulheres foram deixando o cenário dos cuidados ao parto, e a presença masculina foi ganhando espaço e

se fortalecendo, fazendo da obstetrícia uma prática ligada aos homens cirurgiões que, em princípio, tinham sua atuação restrita aos partos difíceis e perigosos.

De 1832 até 1949, toda a legislação do ensino de parteiras esteve contida na legislação do ensino da medicina. Faz jus a destaque a profissional Maria Josefina Matilde Durocher que em 1834 ingressou no curso da faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, tornando-se a primeira especialista, atendendo partos complicados. Realizou a maioria das operações obstétricas mais usadas no período. Antes de sua morte Maria Josefina Matilde Durocher (1894), presenciou a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, ficando oficialmente instituído o Ensino de Enfermagem no Brasil.

No entanto, foi somente em 1920 que a denominação de enfermeira especializada, para a parteira, começou a ser usada e a de obstetrix apareceu pela primeira vez como o título conferido às formadas no Curso de Obstetrícia da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, entre 1922 e 1925. (XAVIER et al., 2010).

As mudanças que ocorreram no contexto histórico constataam a preocupação com o parto o nascimento, trazendo a confirmação de um ato de alta importância na vida do ser humano, deixando de ser realizado por parteiras e se tornando uma pratica exclusivamente de médicos, técnicos racional e institucional, assim como menciona Xavier et al. (2010).

3.3 Parto Institucionalizado



Fonte: "Get Me Out- A History of Childbrith", Randi Hutter Epstein, 2011.

Segundo Ministério da Saúde (MS) o nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu bebê. O avanço da obstetrícia contribuiu para redução nos indicadores de óbitos maternos e perinatais, permitindo a modificação do modelo do

parto domiciliar, casas de parto e centro de parto para o parto institucional, fazendo com que as instituições passem a usar tecnologias de ponta, auxílio médico especializado e atendimento qualificado (BRASIL, 2017).

No contexto dos partos institucionalizados, podem ser considerados dois tipos: o parto normal e parto cesariano. O Conselho Regional de Enfermagem afirma que, o Parto Normal é mais natural, a recuperação é mais rápida, onde a mãe e o bebê correm menos risco de infecção (COFEN, 2010). Já a respeito dos partos cesarianos, segundo dados do IBGE estes equivalem a 43% dos partos, índice considerado elevado e longe do ideal pela Organização Mundial de Saúde, sendo motivado em grande maioria pela falta de informação ou até mesmo por ignorar os benefícios ofertados pelo parto normal (COFEN, 2010).

3.4 Atribuições do Enfermeiro ao Parto Normal

A equipe enfermagem deve procurar respeitar, instruir, encorajar e incentivar o parto junto ao acompanhante sendo assim estabelecido uma relação de confiança entre as partes envolvidas. O enfermeiro diante de sua importância deverá dar informações sobre o parto, puerpério e puericultura e com isso, amenizar os medos e insegurança, promovendo um ambiente saudável e tranquilo para que essa mudança de gestante para puérpera ocorra sem traumas (FRELLO; CARRARRO, 2010).

Segundo Bessa (2010), é necessário ouvir, estar disponível, esclarecer dúvidas, apoiar suas decisões em relação ao parto por parte dos profissionais de saúde e principalmente do enfermeiro obstétrico, onde as questões de vínculo devem ser fortalecidas constantemente entre o profissional, cliente e a família.

Ainda em relação ao cuidado de enfermagem em obstetrícia devemos considerar que esse cuidado acontece no período marcante para a mulher, pois é um momento de celebração a vida. O processo do cuidar é um ato intrínseco ao fazer enfermagem, sendo necessário durante todo o processo do parir a valorização do cuidado através de um partear humanístico que respeite e valorize singularidades da parturiente (NASSIF et al,2012).

3.5 Condutas úteis que deveriam ser encorajadas

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), algumas condutas devem ser encorajadas desde visando a preparação para o momento do parto, dentre elas destacam-se (UNA-SUS, 2014):

- Plano individual determinando onde e por que o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família;
- Avaliar os fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto;

- Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento
- Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações;
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto;
- Oferecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem;
- Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento;
- Fazer monitorização fetal com ausculta intermitente;
- Usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto;
- Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto;
- Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto;
- Monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho do parto, por exemplo pelo uso do partograma da OMS;
- Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue;
- Esterilizar adequadamente o corte do cordão;
- Prevenir hipotermia do bebê;
- Realizar precocemente contato pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno;
- Examinar rotineiramente a placenta e as membranas.

3.6 Conduas prejudiciais ou ineficazes a serem eliminadas

O Ministério da Saúde em 2010 criou a Rede Cegonha com intuito de garantir e possibilitar através dessa política a assistência qualificada fundamentada na humanização, garantindo os direitos das gestantes e do recém-nascido, como: a ampliação de acesso, acolhimento e a qualidade da atenção pré-natal; a presença de acompanhante de escolha da mulher durante o parto; acesso à assistência de qualidade e com resolutividade para à criação de zero a 24 meses. (BRASIL, 2011)

Apesar disso existem ainda barreiras a serem vencidas para a implementação da assistência humanizada ao parto, como as rotinas e estrutura hospitalar e a falta de informação para as parturientes, que ainda acreditam no parto sob efeito medicamentoso. (BRASIL, 2011). Neste sentido, a OMS descreve condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas (UMA-SUS, 2014):

- Uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos;
- Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto;
- Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa;
- Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto;
- Exame retal;
- Administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito delas não possa ser controlado;
- Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto;
- Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo;
- Massagens ou distensão do períneo durante o parto;
- Uso de tabletes orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias;
- Uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação;
- Lavagem rotineira do útero depois do parto;
- Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.

3.7 Regulamentação e competências do enfermeiro no trabalho de parto

O exercício legal e a responsabilidade, bem como os limites jurídicos e éticos de profissões reconhecidas devem ser regulamentados por textos legais. A enfermagem obstétrica possui algumas atribuições que as diferenciam das demais habilitações e especialidades de enfermagem, visto que no parto normal, sem distocia, estão legalmente

habilitados para admissão, consulta, exames, especializados, aplicação de anestesia local, suturas perineais e manobra de despedimento fetal. (EINSTEIN, 2010).

Assim como afirma a Resolução do COFEN 524/2016 “A assistência ao parto normal, sem distorcia, pode e deve ser realizada pelo profissional de enfermagem”, pois possuem “treinamento e formação onde priorizam os aspectos sociais, científicos, psicológicos e humanos da assistência ao parto, sem, evidentemente, retirar desta atividade a figura e participação do médico”.

A resolução normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência, a saber:

- Os profissionais referenciados deverão atuar nos estabelecimentos também referidos, conforme regulamentações da profissão e normativas do Ministério da Saúde.
- É vedado ao Obstetrix o exercício de atividades de Enfermagem fora da área obstétrica, exceto em casos de urgência, na qual, efetivamente haja iminente e grave risco de morte, não podendo tal exceção aplicar-se às situações previsíveis e rotineiras.
- Para a atuação profissional, estabelece-se como critérios mínimos de qualificação para a prática de obstetrícia: I - Realização de no mínimo, 15 (quinze) consultas de Enfermagem pré-natais; II - Realização de no mínimo, 20 (vinte) partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto; III - Realização de, no mínimo, 15 (quinze) atendimentos ao recém-nascido na sala de parto.
- O Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto destinam-se à assistência ao parto e nascimento de risco habitual, conduzido pelo Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra ou Obstetrix, da admissão até a alta. Deverão atuar de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde, garantindo atendimento integral e de qualidade, baseado em evidências científicas e humanizado, às mulheres, seus recém-nascidos e familiares e/ou acompanhantes.
- Ao Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix, atuando em Serviço de Obstetrícia, Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto ou outro local onde ocorra a assistência compete:
 - Acolher a mulher e seus familiares ou acompanhantes;
 - Avaliar todas as condições de saúde materna, clínicas e obstétricas, assim como as do feto;
 - Garantir o atendimento à mulher no pré-natal, parto e puerpério por meio da consulta de enfermagem;
 - Promover modelo de assistência, centrado na mulher, no parto e nasci-

mento, ambiência favorável ao parto e nascimento de evolução fisiológica e garantir a presença do acompanhante de escolha da mulher, conforme previsto em Lei;

- Adotar práticas baseadas em evidências científicas como: oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal do momento da expulsão do feto, contato pele a pele mãe recém-nascido, apoio ao aleitamento logo após o nascimento, entre outras, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da mulher e de sua família;
- Avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições maternas e fetais, adotando tecnologias apropriadas nas assistências e tomadas de decisões, considerando a autonomia e protagonismo da mulher;
- Prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia) e ao recém-nascido;
- Encaminhar a mulher e/ou recém-nascido a um nível de assistência mais complexo, caso sejam detectados fatores de risco e/ou complicações que justifiquem;
- Garantir a integralidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido por meio da articulação entre os pontos de atenção, considerando a Rede de Atenção à Saúde e os recursos comunitários disponíveis;
- Registrar no prontuário da mulher e do recém-nascido as informações inerentes ao processo de cuidar, de forma clara, objetiva e completa;
- Emitir a Declaração de Nascido Vivo – DNV;
- Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias ao acompanhamento e avaliação do processo de cuidado;
- Promover educação em saúde, baseado nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania;
- Participar do planejamento de atividades de ensino e zelar para que os estágios de formação profissional sejam realizados em conformidade com a legislação de Enfermagem vigente;
- Promover, participar e ou supervisionar o processo de educação permanente e qualificação da equipe de enfermagem, considerando as evidências científicas e o modelo assistencial do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, centrado na mulher e na família;
- Participar de Comissões atinentes ao trabalho e a filosofia do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, como: comissão de controle de infecção hospitalar, de investigação de óbito materno e neonatal, de ética, entre outras;
- Participar de ações interdisciplinares e Inter setoriais, entre outras, que promovam a saúde materna e infantil;
- Notificar todos os óbitos maternos e neonatais aos devidos órgãos.
- Emissão de laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) para o

procedimento de parto normal sem distócia;

- Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido;
 - Realização de episiotomia e episiorrafia (rafias de lacerações de primeiro e segundo grau) e aplicação de anestesia local, quando necessária;
 - Acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta.
- Ao Enfermeiro Responsável Técnico do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, além do disposto, compete ainda:
 - Gerenciar o Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, supervisionar a equipe multiprofissional sob sua responsabilidade; e atuar de forma colaborativa com a equipe multiprofissional e interdisciplinar dos serviços aos quais está vinculada;
 - Submeter ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, regimento interno, manuais de normas e rotinas, protocolos, instrumentos administrativos e afins, elaborados ou atualizados, relacionados à Assistência de Enfermagem à mulher e ao Recém-Nascido no Centro de Parto Normal ou Casa de Parto;
 - Zelar pelas atividades privativas do enfermeiro obstetra, obstetrix e da equipe de enfermagem, sob sua supervisão, em conformidade com os preceitos éticos e legais da Enfermagem.
 - Manter atualizado o cadastro dos profissionais responsáveis pela atenção ao parto e nascimento no Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.
 - Providenciar junto às Autoridades competentes todos os documentos legais necessários à regularização do funcionamento das Unidades sob sua responsabilidade;
 - Cumprir e fazer cumprir a legislação do exercício profissional de enfermagem e o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem.

3.8 O enfermeiro e o parto humanizado

Durante a assistência de enfermagem no trabalho de parto o enfermeiro deve valorizar o mais alto nível possível de bem-estar físico e mental à grávida e ao seu acompanhante, oferecendo esclarecimentos de dúvidas e buscando soluções de problemas e, assim, estreitar laços (LIMA, 2009). É requerido, do profissional além da competência técnica, sensibilidade para compreender o ser humano e o seu modo de vida e habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica

Para a atuação plena destes profissionais é imprescindível normas que padronizem a assistência ofertada. Originando assim uma assistência de qualidade, transferindo para a

população o reconhecimento profissional, levando a completa realização profissional como retorno do investimento realizado para a formação. A atuação qualificada da Enfermagem obstétrica está associada à melhoria dos indicadores de assistência e um dos pilares do processo de humanização do parto contribuindo para o sucesso do parto humanizado e redução das intervenções. (COFEN, 2014)

Dentre as atividades inerentes ao enfermeiro obstetra está o auxílio a mulher em TP que possa suportar a dor. Podendo ser alcançado por meio de práticas não farmacológicas, sendo esta uma ferramenta importante e com comprovação científica. No pré-natal é importante começar as orientações para que a gestante possa se habituar com os métodos, devendo ser sobrelevado também a importância do acompanhante definido pela parturiente, colaborando para que seja uma experiência positiva.

Uma das principais causas do medo, angústia e ansiedade é o desconforto causado pela dor, podendo propagar para o bebê. Portanto, diminuir os procedimentos tecnológicos, invasivos e uso de drogas durante o processo de parto, preservando métodos não farmacológicos para alívio da dor, facilitando o trabalho de parto. (FRELLO; CARRARO; BERNADI, 2011)

As condições emocionais e físicas são vitais para o bom desenvolvimento do trabalho de parto, resultando na redução de complicações e riscos. Para tal, o respeito, a privacidade, a segurança e conforto adepto a assistência humana e qualificada, informando a parturiente e acompanhante sobre as condutas e evoluções a serem realizadas.

A confiança facilita o trabalho em equipe, estabelecendo segurança no serviço, resultando na realização de um parto tranquilo dotado de amor (OLIVEIRA; RODRIGUES; FELIPE, 2010). Torna-se imprescindível falar sobre parto humanizado, com vistas a afastar práticas ponderadas como desnecessária e prejudiciais ao parto, ainda muito observadas nos serviços de saúde do Brasil, como o uso indiscriminado da ocitocina e episiotomia.

Segundo Carvalho et al. (2010), as condutas desnecessárias tornam-se arriscadas para as mulheres, pois invadem sua integridade corporal, e muitas vezes esses procedimentos são impostos contra a vontade da mulher, gerando maiores desconfortos, ansiedade e preocupação, ocasionando fortes dores e trazendo complicações durante todo o processo de parir.

Neste sentido, no Brasil, nas últimas décadas, revelaram-se movimentos de organizações não governamentais voltados tanto às mulheres e profissionais das mais diversas áreas assim como aos formuladores de políticas de pública saúde com intuito de conceder as mulheres um maior protagonismo na experiência do parto e nascimento. Assim, como sugerem Andrade et al. (2017), a humanização da assistência ao parto implica que os enfermeiros respeitem a fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, reconheçam os aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento e ofereçam suporte emocional à mulher e à sua família, garantindo assim os direitos de cidadania.

A humanização é indispensável no processo de nascença favorecendo o bem-estar

físico, mental e social da mulher, colaborando para diminuição dos riscos e complicações decorrentes do trabalho de parto. Inclui o acompanhamento adequado, considerando a individualidade de cada mulher e conciliado com uma base familiar durante a parturição, transfigurando o nascimento em um momento especialmente único.

Neste contexto, é necessário a atuação de profissionais qualificados e comprometidos de forma pessoal e profissional, que recebam a mulher com respeito, ética e dignidade, que a incentive a exercer a sua autonomia no resgate de seu papel ativo no processo parturitivo, como também ser protagonista de sua vida de modo a reconhecer e repudiar qualquer tipo de discriminação e violência que possa comprometer os seus direitos de mulher e cidadã (ANDRADE et al. (2017).

3.9 Uso do banquinho meia-lua

O processo de humanização do parto traz à tona práticas atuais que necessitam ser repensadas. Um exemplo é a permanência da parturiente na posição horizontal durante o trabalho de parto, ou incentivo desta posição pela equipe de saúde ou pelo não estímulo à mobilização (MIQUELUTTI, 2006).

Entre os profissionais que aderem aos princípios da humanização, há um consenso de que as posições verticalizadas estão em evidência de menor desconforto, diminuição das lacerações vaginais e perineais, diminuição das dores na fase expulsiva que reduzem a asfixia neonatal. Estas posições de parto apresentam ainda, vantagens sobre a posição supina, como o efeito da gravidade, diminuição dos riscos de compressão da veia cava e artéria aorta, que melhora os indicadores sanguíneos do equilíbrio ácido-base nos recém-nascidos (SILVA, 2011).

Evidencia ainda, a relação da força e da eficiência das contrações uterinas, melhor acomodação do feto no seu trajeto pela pélvis, além de proporcionar maior diâmetro pélvico. Recordando que a posição materna está intimamente associada às lesões genitais (SILVA, 2011).

Com base em estudos científicas – que mostram que a posição vertical, quando comparada com posições horizontais, reduzem a duração do período expulsivo, a queixa de dor intensa, o número de cesarianas, a necessidade de episiotomia, entre outros –, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, atualmente, que a parturiente seja colocada em posição vertical, devido aos benefícios desta, no entanto, a mulher deve ter liberdade na escolha sobre a sua posição (GAYESKI, 2009).

Sabatino (1997) apud Mamede (2004) relata que há evidências históricas, de que na antiguidade, em muitas civilizações, os partos eram realizados com mulheres em posição vertical. Representações em hieróglifos, que retrataram o parto da rainha egípcia, Cleópatra, a descrevem em posição agachada, sentada em duas pilhas de tijolos, e em pé. Na mitologia grega, a mãe de Apolo deus do sol, escorou-se em uma palmeira, abraçou-a com as duas mãos, apoiou os pés contra o chão, e pariu. Até o início da era moderna,

apenas mulheres eram responsáveis pelos partos. A teoria, o aprendizado e a prática relacionados ao parto, eram atribuições das parteiras, que auxiliavam as parturientes sem a atuação de um médico ou cirurgião (SOUSA et al., 2018).

Até o início da era moderna, o parto era algo de responsabilidade de mulheres, apenas. A teoria, o treinamento e a prática eram atribuídos às parteiras, que costumavam auxiliar as parturientes sem a ajuda de um médico ou cirurgião. Todavia, esses costumes sofreram mudanças e a posição vertical entrou em desuso a partir do século XVII, quando os cirurgiões entraram em cena na prática obstétrica e a posição horizontal teve maior destaque, influenciado pela comodidade do médico ou do responsável pelo atendimento, como prática adotada nos hospitais modernos, para facilitar a antisepsia e o trabalho dos profissionais, não levando em conta a naturalidade do processo de parturição (MAMEDE, 2004; SOUSA et al. 2018)

Notoriamente, os avanços da medicina contribuíram muito com a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal. Entretanto, esta participação colaborou para a transformação do parto e nascimento em um sinônimo de doença. A partir do século XX, por volta da década de 40, ampliaram-se as possibilidades de intervenção e a experiência do parto, antes vivenciada em um ambiente privado e familiar, as quais perderam espaço e ocupou a esfera pública e institucionalizada, com vários atores conduzindo o processo parturitivo, o que tornou a mulher sujeita aos procedimentos adotados à luz da ciência (SOUSA et al., 2018).

O nascimento no ambiente hospitalar caracterizou o crescimento da adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo seguro. Entretanto, o uso rotineiro e preferencial de alguns desses procedimentos e tecnologias vem, ao longo do tempo, fazendo mulheres e recém-nascidos serem expostos a inúmeras práticas invasivas, por vezes desnecessárias, como a episiotomia, o fórceps, a amniotomia, a cesariana, o uso de ocitócitos, entre outras (SOUSA et al., 2018).

Como condição para realização de algumas dessas práticas, mulheres assumem posições litotômicas para, assim, facilitar intervenções profissionais no momento do parto, tornando obsoletas as posições verticalizadas (BRASIL, 2017). Entretanto, mudanças ocorreram nas últimas décadas, no cenário obstétrico nacional e internacional, sendo mais notórias após o lançamento do documento “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento” em 1996 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No estado do Amapá, Brasil, estudo revela resultados positivos em prol das boas práticas de atenção ao parto, com aumento significativo da presença do acompanhante e uso das posições verticalizadas ou cócoras, além da redução das taxas de amniotomia, do uso de ocitocina intravenoso e da posição litotômica (BRASIL, 2017).

Dos mecanismos de apoio utilizados no trabalho de parto em posições verticais, o banquinho meia-lua é objeto de importância, pois proporciona harmonia entre o corpo, o momento do trabalho de parto e parto, a gravidade, dá apoio para a parturiente

– se comparado à posição de cócoras–, e ainda vai oportunizar a participação do/a acompanhante, que se sentará atrás da parturiente para apoiá-la física e emocionalmente neste momento (SILVA, 2011; GAYESKI, 2009).

O uso do banquinho meia-lua favorece a expansão da dimensão pélvica, aumentando a eficiência das contrações devido à não ocorrência da oclusão da artéria aorta e veia cava, além do mais, a parturiente tem uma percepção melhor da pressão no períneo e da intensidade da contração. No entanto, essa prática requer cuidados específicos por parte dos profissionais de enfermagem – que são os que estão na linha de frente em partos normais sem distorcia –, como a proteção perineal, para evitar a episiotomia ou laceração e contaminação (GAYESKI, 2009).

Em um estudo realizado em 2007, foram identificados registros de 1.287 partos normais assistidos por enfermeiros obstétricos, de um total de 8.200 nascidos vivos, em uma maternidade do Rio de Janeiro. Foi elaborada uma relação dos cuidados prestados pela assistência, dentre estes estão o exercício respiratório, movimentos pélvicos, banho morno de aspersão e o decúbito lateral esquerdo. A deambulação, a postura de agachamento, o uso do banquinho meia-lua e da bola suíça, foi amplamente aplicado na posição vertical da expulsão, correspondendo as 78,3% do total de partos atendidos (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011).

Mamede (2004) relata em sua pesquisa sobre a duração do trabalho de parto, onde diz:

“...a posição em pé, de cócoras e/ou sentada diminui o tempo do trabalho de parto e parto...; ...a duração do primeiro e segundo estágio do parto era menor no grupo de mulheres que permanecia deambulando durante o primeiro estágio e era encorajada a dar à luz de cócoras, comparado ao grupo de mulheres que se manteve em posição supina nos dois estágios do parto.”

Observa-se a relação entre a posição de parto e a sua duração, demonstrado pelas vantagens fisiológicas da posição vertical, quando comparada com a supina.

Em contraste, a impressão que a parturiente tem de que o parto na horizontal é mais rápido, está relacionada com a episiotomia, como a fala de uma paciente, coletada na pesquisa de Gayeski e Bruggemann (2009): “Eu encontrei vantagem na horizontal porque quando eu já tava ali com nove de dilatação eu simplesmente fui para sala de parto e em seguida elas já deram aquele piquezinho. Em seguida, na primeira ou segunda força o nenê já saiu.” Observa-se que a visão das mulheres sobre a episiotomia está relacionada com a ampliação do canal de parto, acreditando ser algo benéfico e que torna o parto mais rápido, no entanto sabemos que é um procedimento muitas vezes desnecessário e que não deve ser rotineiro.

Gayeski e Bruggemann (2009) relatam que na posição horizontal as mulheres vivenciam dor mais severa e preferem assumir outras posições e descrevem as impressões de parturientes com relação as posições vertical e horizontal: a) posição vertical - a posição

vertical é mais cômoda, mais fácil e mais rápida para a expulsão do bebê; a parturiente sente-se mais livre para se movimentar; a força é melhor direcionada, reduzindo o esforço; a parturiente consegue participar mais e ver o nascimento do seu filho; a recuperação pós-parto é mais rápida; e, ocorre redução da dor na região dorsal; b) posição horizontal: o parto é mais rápido devido à episiotomia; gera segurança e sensação de ser mais “ajudada”; é mais confortável.

Outro ponto em que houve uniformidade entre estudos analisados, foi a relação entre a posição vertical, com o uso do banquinho meia-lua, explicitam que a gravidade colabora com a contrações uterinas, facilitando a expulsão, isso por causa da harmonia gerada entre a posição da parturiente, a dinâmica uterina, bem como o sentido gravitacional (SILVA, 2011; GAYESKI, 2009).

Os artigos também concordam no que diz respeito à não oclusão da veia cava e artéria aorta, como vantagem das posições verticalizadas por proporcionar melhor circulação uterina facilitando o funcionamento adequado das fibras musculares uterinas, visto que na posição dorsal ocorre a compressão destes grandes vasos, diminuindo o dinamismo uterino (GAYESKI, 2009; SILVA, 2011; MAMEDE, 2004).

No que se refere a laceração, o que se pode observar nos estudos, é que a posição vertical, com o uso do banquinho meia-lua, diminui as chances de laceração e praticamente elimina a necessidade de episiotomia, visto o favorecimento do aumento do diâmetro pélvico, e quando ocorre laceração, esta é classificada, em sua grande maioria como de 1º grau (GAYESKI, 2009; SILVA, 2011; MAMEDE, 2004).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu a compreensão da evolução do trabalho de parto, sendo possível observar a importância e benefícios do parto humanizado para binômio mãe/filho, bem como a incorporação da Normatização de atuação e as responsabilidades do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix, na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e aos recém-nascidos.

Ressalta-se ainda que a qualidade de formação dos profissionais de saúde reflete o tipo de assistência prestada ao usuário, e ainda a educação continuada e atualização, os quais devem ser consolidados visando possibilitar uma assistência de qualidade e com uma perspectiva humanística.

Considerando os benefícios apontados da posição vertical, revela-se que estes estão em congruência com as evidências científicas, por ser mais rápida e cômoda, facilita a expulsão devido ao aumento do diâmetro pélvico e do efeito gravitacional, além da não oclusão da artéria aorta e veia cava e menor chance de laceração, diminuindo a percepção de dor, e refletindo na participação mais ativa da mulher em seu trabalho de parto e parto.

Vale ressaltar que a mulher deve ter liberdade na escolha da posição de parto a ser

adotada, deve ser informada das opções a que tem direito, as vantagens e desvantagens de cada uma, bem como as características de cada posição. Deixando a escolha a cargo da parturiente, que deve ser instruída a se sentir o mais confortável possível.

Espera-se que os resultados dessa revisão possam contribuir para o despertar de mais publicações sobre os benefícios do uso do banquinho meia-lua no parto normal, visto a escassez de literaturas sobre a temática.

REFERÊNCIAS

GAYESKI, M.E.; BRÜGGEMANN, O.M. **Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 17, n. 2, abril, 2009.

SILVA, T.F.; COSTA, G.A.B.; PEREIRA, A.L.F. **Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal**. Cogitare Enfermagem, v.16, n. 1, Jan/Mar, 2011.

MAMEDE, F.V.; ALMEIDA, A.M.; CLAPIS, M.J. **Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão**. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá, v. 26, n. 2, p. 295-302, 2004.

SOUZA, N. K. S.; SILVA, J. M. A. L.; ALBUQUERQUE J. R. C.; SOARES, L. M.; GUIMARÃES, M. S. R.; SOUZA, N. K. S.; LIMA, C. G. O. **Assistência de enfermagem no parto humanizado**. Revista Saúde, v. 10, n.1 (ESP), 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 223/1999, de 03 de dezembro de 1999**. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico COFEN, 1999 .

DIAS MAB, DOMINGUES RMSM; **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. **Ciênc. saúde coletiva, v. 10, n. 3, set, 2005**

Brasil. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 28/05/18 00:00

Machado, N.X.S, Praça, N.S; **Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente**. Acessado em 03/07/18, às 16hrs23min.

Nogueira LDP, Mamede FV, Souza L; **PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: UM ESTUDO DESCRITIVO**. Acessado 31/05/2018, às 22hrs e 43 min

Gonzaga M.S; Nascimento, L.P; **PARTO NORMAL NA ÓTICA DAS PRIMÍPARAS E SUAS DIFICULDADES**. Acessado 03/07/2018 às 00:16.

Rattner, D; Velasque, E.A.G; Pradebon, V. M.; Cabral, F.B. **O ENFERMEIRO NO PROCESSO PARIR/ NASCER: ESTRATÉGIA DE CUIDADO E HUMANIZAÇÃO DO PARTO**, Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. Acessado 02/07/2018 às 23:11.

CARVALHO, F.A.M.; PINHEIRO, A.K.B. XIMENES, L.B. Assistir á parturiente: uma visão dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. Rene**, v;11. N1, p. 86-93, 2010.

Castro JC, Clapis MJ. **PARTO HUMANIZADO NA PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS ENVOLVIDAS COM A ASSISTÊNCIA AO PARTO**

Revista Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro. Acessado em 02/07/2018 às 23:05.

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, Brasília – DF 2017. Acessado em 02/07/17 às 23:33.

Brasil, DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO NORMAL PARTO Acessado 02/07/2018 às 23:05.

GARCIA, S.; LIPPI, U.; GARCIA, S. **O Parto Assistido por Enfermeira Obstetra: perspectivas e controvérsias**, Fortaleza, 2010, p. 385-381.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**, Brasília, 2017, p. -4.

OLIVEIRA, A.S.S. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev. Rene**, v;11. N. esp, p. 32-41, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a04v11esp_n4.pdf>

BRASIL. Conselho nacional de Enfermagem. **Portaria Nº0477 de 2015**. Ministério da Saúde, Brasília, 14 de Abril de 2015.

FRELLO, A.T.; CARRARO, T.E. Componentes dos cuidados de Enfermagem no processo do parto. Revista eletrônica de enfermagem 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a10.htm>. Acessado em 03 de novembro de 2018.

FRELLO, A.T.; CARRARO, T.E.; BERNARDI M.C. Cuidado e conforto: estudos na enfermagem brasileira. Rev. Baiana de Enfermagem, v; 13. N 2, p. 280-290, 2012. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/-5093/4474>>. Acessado em 03 de novembro de 2018.

BESSA, L.F.; MAMEDE, M.V. Ação Educativa uma perspectiva para a humanização do parto? Revista Baiana de Enfermagem. 2010

GOMES, M. L.; MOURA M.A.V. Modelo Humanizado de Atenção ao Parto no Brasil: Evidencias na Produção Científica. Revista Enfermagem. Rio de Janeiro, 2012.

CAUS, E.C.; SANTOS, E.K.; NASSIF, A.A. O processo de parir pela Enfermeira Obstétrica no contexto Hospitalar: Significados para as parturientes. Esc. Anna Nery, vol. 16, no 1, Rio de Janeiro, Março 2012,

OSAVA, R.H.; TANAKA, A.C.D'A. Os paradigmas de enfermagem obstétrica. Reve. Esc. Enf. USP, v31, n.1, p. 102, abril de 1997

“Get Me Out- A History of Childbrith”, Randi Hutter Epstein, 2011

A gravidez na idade média “um parto medieval”, 2010.

Nascimento na Nova Era, “Posições De Nascimento”

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Acessado 04/11/18. bvsms.saude.gov.br/publicações/parto.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº1459 de 24 de junho de 2011: Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/20-11/prt1459_24_06_2011.html

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Rede Cegonha. <http://bvsms.saude.gov.br>

SHIMIZU, H.E.; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev. Bras. Enfermagem. Vol. 62 no. 3 Brasília 2009

A

Abordador técnico 22, 23
 Administración 63, 64, 67
 Assistência Pré-Hospitalar 38
 Atención de salud 63, 64

B

Banquinho meia-lua 1, 2, 3, 4, 14, 15, 16, 17, 18

C

Ciência cognitiva 29, 30, 31, 32, 36
 Ciências Humanas e Sociais 133, 134, 139
 Covid-19 24, 25, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 139, 144
 Cuidado de enfermagem 7, 69, 72

D

Doenças parasitárias 62

E

Educação 11, 17, 22, 26, 29, 61, 62, 69, 70, 72, 77, 79, 80, 81, 100, 105, 120, 122, 127, 130, 132, 139, 142, 144, 145, 156, 162
 Educação em Enfermagem 69, 72
 Educação em saúde 11, 61, 62, 70, 142, 156
 Enfermagem do trabalho 96, 98, 100, 103
 Enfermeiro 1, 2, 4, 7, 9, 10, 12, 13, 17, 18, 45, 46, 47, 71, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 142, 143
 Enfermeiro obstetra 1, 2, 10, 12, 13, 17
 Estatuto epistemológico 29
 Evaluación de procesos 63, 64

F

Fisioterapeutas 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117

I

Infecções sexuais transmissíveis 151, 152, 154
 Integralidade 11, 70, 73, 79, 87, 92, 94, 133
 Interdisciplinaridade 29, 94, 133, 134, 140, 145

M

Mulher bissexual 151, 154

Mulher lésbica 151, 154, 158

O

Obesidade 101, 141, 146, 148, 152

P

Pandemia 24, 25, 26, 119, 120, 121, 122, 125, 127, 128, 129, 130, 131

Parto 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 148

Parto humanizado 1, 2, 4, 12, 13, 17, 18, 19

Políticas educacionais 120

Prevalência 23, 42, 43, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 129, 148

Prevenção 21, 22, 23, 24, 25, 26, 38, 43, 45, 48, 62, 96, 98, 99, 100, 101, 104, 127, 128, 138, 139, 154, 155, 156, 157, 158, 159

R

Resultados 4, 5, 15, 18, 22, 24, 27, 32, 38, 41, 42, 43, 44, 49, 56, 57, 60, 62, 63, 64, 68, 74, 77, 96, 99, 101, 102, 106, 109, 114, 115, 129, 132, 135, 137, 138, 142, 143, 147, 151, 155, 157

Riscos ocupacionais 38, 42, 44, 46, 99, 101

S

Saúde coletiva 18, 93, 94, 105, 130, 132, 133, 134, 135, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 159

Saúde da criança 146

Saúde do trabalhador 46, 96, 97, 98, 100, 101, 103, 104, 106, 107, 141

Saúde mental 22, 25, 26, 27, 44, 69, 75, 80, 102, 106, 115, 116, 117, 120, 121, 122, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 152

Saúde pública 23, 26, 46, 47, 61, 62, 103, 104, 107, 114, 117, 120, 121, 123, 125, 126, 127, 130, 131, 133, 134, 138, 139, 141, 143, 144, 145, 160

Segurança pública 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28

Servicios de salud 63, 64, 66, 68

Serviços médicos de emergência 38

Síndrome metabólica 146, 147, 148, 149, 150

Sofrimento mental 106, 107, 113, 115

Suicídio 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 102, 152, 160

T

Terapias complementares 96, 100

U

Unidade de terapia intensiva 106, 108, 113, 116, 117

SAÚDE COLETIVA:

Mudanças, necessidades e embates
entre sociedade e estado

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

SAÚDE COLETIVA:

Mudanças, necessidades e embates
entre sociedade e estado

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br