

Produção Acadêmica Sobre o Processo da Maternidade: Uma Revisão na BVS

JULIANE BANDEIRA RIBEIRO

Graduanda em Enfermagem / Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus, Amazonas. Brasil

MARCOS VINICIUS COSTA FERNANDES

Mestre em Enfermagem e Professor no curso de Enfermagem da
Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus, Amazonas. Brasil

Resumo:

Apresentamos um quadro geral da dedicação acadêmica-científica sobre o processo da maternidade no SUS, através de levantamento temático em repositório digital, trazendo as contribuições dos achados para as preconizações existentes. É qualitativo-fenomenológico, exploratório, e utiliza Codificação Aberta para o Método de Interpretação de Sentidos. Triangula com uma aproximação do método narrativo e (auto)biográfico para histórias de vida. Essa escolha se deu por focar a humanização presente no levantamento realizado quanto ao processo de gravidez, como ativo essencial para a saúde da mãe e do bebê e seus direitos legislados. Os resultados apontam que o Brasil ainda engatinha para que a prática da Enfermagem tenha protagonismo e se distancie do modelo centrado no trabalho do médico; assim centralizando os verdadeiros autores dessa jornada de trazer a vida à vida com saúde plena, o que deve ocorrer ainda na formação dos futuros(as) enfermeiros(as).

Palavras-chave: Protagonismo da Enfermagem. Processo da Maternidade. Humanização na Saúde.

INTRODUÇÃO

Nesse trabalho buscamos localizar as produções acadêmico-científicas disponíveis pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) do Ministério da

Saúde (MS) do Brasil no campo da Enfermagem Obstétrica e suas relações diretas: Maternidade e Recém-Nascido.

Em outras palavras, enfocamos o processo da gravidez/maternidade, as eventuais complicações e cuidados com mãe e bebê da gestação aos primeiros cuidados pós-parto, de acordo com a literatura disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como preconizador das ações em Saúde no território brasileiro (BRASIL, 2001).

Outras literaturas são postas como apoio à compreensão do que se tem feito e o que se há a fazer nesse campo, proporcionando análise e discussão qualitativa sobre um levantamento que será mais bem descrito na seção Percurso Metodológico.

A inquietação para essa perspectiva vem de nossa ontologia: filha de uma funcionária pública que trabalhou em maternidade e em unidades de saúde, acompanhamos narrativas diversas desse teor e observamos outras que em nossa vivência no processo gestacional foi confrontado daquilo que estudamos na faculdade do que deve ser feito *versus* o que é feito.

Nossa perspectiva entra apenas como uma pequena triangulação que se apoia na pesquisa narrativa e autobiográfica, porém não é o cerne desse trabalho, servindo como lente das oportunidades negadas às mulheres em seu processo de parto.

Dessa forma, estabelecemos como Problema de Pesquisa: Como o campo da Enfermagem Obstétrica tem sido investigado dentro da Saúde Pública? O escopo se constrói a partir do Objetivo Geral: “Apresentar um quadro geral da dedicação acadêmica-científica sobre o processo da maternidade no SUS”.

Para o que se delineiam os Objetivos Específicos: 1) Realizar levantamento de artigos sobre a temática supracitada, em Biblioteca Digital Aberta ligada ao Ministério da Saúde; 2) Descrever os contributos das produções encontradas para o campo da Enfermagem Obstétrica; 3) Evidenciar convergências do que está preconizado pelo SUS frente aos achados nos artigos do levantamento.

Os resultados apontam que há uma baixa dedicação a esse campo da Enfermagem dentro do que abarca o repositório elegido, com espaçamento entre as produções, revelando que é um setor inexplorado, para o qual cabe em futuros trabalhos, pensar os empecilhos e condições que levam a essa realidade.

REFERENCIAL TEÓRICO

Algumas situações possuem extremo destaque no cenário da Enfermagem que assiste o processo de parto/nascimento. Algumas dizem respeito à grávida, como doenças pré-existentes, síndromes específicas na gravidez (como a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus entre outros citados em Brasil (2012)), que por sua vez influenciam o trabalho de parto.

A parturização por si só não é trabalho fácil, pois eventos traumáticos podem ocorrer mesmo no parto normal, como as lacerações e alterações na integridade da estrutura perineal; que não dependem só do fisiológico da grávida, mas também do acompanhamento profissional do parto (ex: alimentação, deambulação, métodos não-farmacológicos para alívio da dor e de partograma) (LEAL; PEREIRA; DOMINGUES et al., 2014).

Nesse sentido, Leal, Pereira, Domingues et al. (2014), discorrem amplamente sobre como as intervenções como episiotomia e amniotomia ainda são recurso corrente a despeito de outros procedimentos indicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Programas do Sistema Único de Saúde (SUS), com índices maiores que o teto tolerado nas preconizações.

Logo, mesmo grávidas de baixo risco podem sofrer no primeiro parto, influenciando o prognóstico clínico dos partos vindouros; enquanto às de alto risco, a cesariana é um “risco necessário” para evitar traumas maiores ao nascituro (LEAL; PEREIRA; DOMINGUES et al., 2014).

Isso quando a cesárea não é uma “escolha” da grávida tendo em vista as experiências próprias ou de mulheres próximas a ela, ante relato de traumas psicoemocionais causados pela desnaturalização do parto pelas ações dos profissionais nas Unidades de Saúde para atendimento.

Se o acompanhamento pré-natal tem a propriedade de ser um diferencial para a hora de chegada do bebê, sua ação não personalizada introduz temores e incompreensões que afetam o psicológico da mulher antes mesmo da ida à maternidade (LEAL; PEREIRA; DOMINGUES et al., 2014).

Na outra ponta do processo de gravidez, há o pós-parto que pode carregar as complicações do pré-parto e do parto, agravada pela ausência de alguém conhecido da mulher para seu auxílio, cuidados

com o bebê (incluindo situações neonatais que podem ocorrer e de aleitamento) e suporte afetivo-emocional para o quadro (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005).

Assim, para este trabalho, compreendemos o processo da gravidez/maternidade como o percurso desde o pré-natal até a estabilização do quadro de mãe e filho para saída da maternidade, incluindo ocorrências e intercorrências para ambos, de cunho fisiopsicológico, o que inclui ações de terceiros profissionais e familiares durante toda essa jornada. Ou seja: inclui gestação, parturização e outros termos relacionados, mas começa antes e se estende até depois deles.

Nesse quesito, trabalhamos com o conceito de saúde da OMS (OPAS BRASIL, 2016) que considera o bem-estar biológico, psíquico e social como fatores para o gozo da saúde, e não só ausência de doenças, enfermidades ou outros quadros.

Naturalmente, o fator social prevalente em um país como o Brasil, é de constranger a casos como os que serão apresentados mais à frente. Independente deles, a personalização do atendimento ou não, convergem para o estado físico e emocional da mulher, especialmente na gravidez, quando os teores hormonais alteram a percepção das gestantes.

Essas questões emergem da nossa experiência e vivência como mulher, mãe, com gravidez de alto risco por Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG), primípara e também filha de profissional da Saúde que já atuou em Maternidade, Unidade de Saúde e Organizações Gestoras da Saúde; e se apoiam no material preconizado pelos órgãos competentes como Brasil (2001; 2005; 2009; 2012).

No que tange à amamentação, muito já foi feito, mas ainda há percurso a trilhar e essas ações não podem partir só de órgãos internacionais, mas estudos e ações, revisão de programas nacionais, capacitação dos recursos humanos, além de políticas públicas que protejam os envolvidos e beneficiados com ela (mãe e bebê) (REA, 2003; OMS, 2009), respeitando os casos específicos (MS, 2004).

No que tange à prática profissional, um estudo de Bittencourt, Reis, Ramos et.al. (2014) revela que ambientes adequados (entenda-se: maternidades estruturadas e com gestão condizente com as práticas e acolhedora dos profissionais) tendem a ofertar cuidado seguro para mãe e Recém-Nascido (RN), independente da rede ser pública ou privada.

Ainda indicam que o SUS precisa trabalhar mais nas estruturas que disponibiliza além de realizar estudos sobre a variação de desempenho dessas Unidades de Saúde quanto à assistência ao parto e nascimento, junto à puérpera e dados que devem estar presentes no prontuário (BITTENCOURT; REIS; RAMOS et al., 2014).

Além da dimensionalização adequada das redes de atenção perinatal regionais quanto à complexidade, regulação, disponibilidade de serviços que desenvolvam propostas para adequação dentro do contexto social onde atuam (BITTENCOURT; REIS; RAMOS et al., 2014).

Dessa forma, temos que já existem há mais de uma década construções preconizadoras da condução do processo de gravidez com saúde em território nacional, mas que ainda falta que essas informações cheguem à prática na forma de conhecimento assimilado e vivenciado.

PERCURSO METODOLÓGICO

Optamos pela adoção da investigação qualitativa, haja vista que apreendemos do material obtido aquilo que nele não pode ser quantificado – “[...] mundo dos significados das ações e das relações humanas [...]” (MINAYO, 2016, p.22), com os números tendo uma função de referência, mas não cabendo a eles um parecer acabado quanto à temática (POPE; MAYS, 2005).

O que é apropriado se consideramos que em um cenário ideal e almejado, todos os envolvidos no processo da maternidade gozassem da condição de saúde estabelecida pela OMS, e enquanto esse alvo não é realidade, há trabalho a ser feito e discutido pela Enfermagem, assim como pelos profissionais da Saúde e sociedade.

Nesses termos, foi vivenciada uma fase exploratória da pesquisa (MINAYO, 2016), de cunho subjetivo frente aos materiais de referência e assim construir o desenho da investigação que se revelou emergente e fenomenológico (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013).

Seguido da fase de levantamento do material documental (MINAYO, 2016), tratado por Codificação Aberta para Desenho Construtivista e daí à interpretação na abordagem fenomenológica (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013; POPE; MAYS, 2005), sendo os enfoques:

“[...] o foco seja os significados fornecidos pelos participantes do estudo. [...] considerar mais as visões, crenças, valores, sentimentos e ideologias [...]. e os resultados devem ser apresentados por meio de narrações [...]” (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013, p.502) e [...] análise de discursos e temas específicos, assim como na busca de seus possíveis significados. [...] O pesquisador contextualiza as experiências em relação a sua temporalidade [...], espaço [...], corporeidade [...] e o contexto das relações [...]. [...] coleta de documentos e materiais e histórias de vida são utilizadas para encontrar temas sobre experiências cotidianas e excepcionais. [...] obtemos informações sobre as pessoas que tiveram experiências com o fenômeno que estudamos. (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013, p.520).

Destacamos que os autores referenciados acima apontam que a pesquisa qualitativa não possui limites entre métodos, de forma que o desenho investigativo não é rígido como em outras abordagens, pois sua busca é quanto ao universo de significados e não a relações numéricas (MINAYO, 2016; SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013; POPE; MAYS, 2005).

Para análise, os dados seguiram as etapas do Método de Interpretação de Sentidos de Minayo (2016): a) Leitura Compreensiva do material selecionado; b) Exploração do Material; c) Elaboração de Síntese Interpretativa; sendo assim analítico-interpretativa.

A aproximação com a pesquisa narrativa e autobiográfica serve para realizar uma aproximação de realidades e perspectivas (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013) que toca a triangulação metodológica (MARTINS, 2006 *apud* PRODANOV; FREITAS, 2013) para análise e discussão a fim de evidenciar convergências entre o escrito e o vivido.

Nesses termos, elegemos a BVS como repositório de busca das publicações por ser do MS e estar há vinte anos veiculando trabalhos do SUS na área da Saúde, sendo aberta e gratuita, constando em sua página: “[...] a BVS MS torna-se o principal canal de acesso para essa produção.” (BVS, 2014); dirigida à produção institucional para uso por governos, órgãos, instituições de ensino, pesquisadores-profissionais da Saúde e sociedade em geral.

Utilizamos o descritor “Maternidade baixo risco”, retornando 343 resultados. Aplicamos o filtro Texto Completo, reduzindo a 189 achados. Elegemos mais os filtros Maternidades + Complicações na

Gravidez + Enfermagem Obstétrica em Assunto; Idioma Português e retornaram 30 resultados. Aplicado filtro Tipo de Documento Artigo, restaram 23 publicações.

A cada filtro, observamos a prevalência de conteúdo na Base de Dados BDENF (Brasil) (abreviação para Base de Dados de Enfermagem), justificando delimitarmos a ela, já que é especializada na Área de Enfermagem, há trinta e três anos, dentro da Universidade Federal de Minas Gerais, criada com intuito de difusão da área ocupando o papel de uma Bibliografia Brasileira de Enfermagem (BVS, 2015).

Restringimos ao seu Banco de Dados e encontramos 11 artigos produzidos por brasileiros, em território nacional. Elencamos abaixo por título, ano e contribuições (as referências completas estão na seção a elas correspondente).

1. Humanização do cuidado à gestante de alto risco (2019): Estudo de 2 meses em maternidade filantrópica no Ceará (CE), referência regional e estadual de alta complexidade, cobrindo 60 municípios adjacentes, o que correspondia à época, em torno de 2 milhões de habitantes. Participaram gestantes de alto risco, a partir de 18 anos, permanência da unidades obstétrica de 24h ou mais e; profissionais envolvidos direta ou indiretamente na assistência perinatal, efetivos e em atividade. A amostra foi delimitada por saturação das informações sobre entrevistas semiestruturadas e grupo focal com questionário autoaplicável de múltipla escolha. Para as grávidas as perguntas cobriam o perfil socioeconômico e percepção quanto à humanização do serviço prestado, além de levantamento dos prontuários.
2. Complicações e doenças pré-existentes em gestantes com diabetes mellitus (2019): Estudo estatístico sobre prontuários de um hospital infanto-maternidade na cidade de São José do Rio Preto (SP) de um universo de 1.532 cadastros, com 941 perdas por incompletude de dados, restaram para amostra 591, dos quais 544 grávidas sem Diabetes Mellitus Gravídica (DMG) e 47 portando, sendo o aporte desse estudo. Foram considerados dados sócio-clínicos submetidos a Média, Moda, Variância, Qui-Quadrado e “t” Student. O grupo etário com mais casos de DMG foi entre 31 a 40 anos, seguido de 21 a 25 anos, prevalência caucasiana, casadas, seguidas das em união

estável, sem emprego (só 18 trabalhavam fora), primíparas e sem aborto anterior, seguida de 1 aborto; sendo a dor em baixo ventre a complicação mais presente, seguida de Hipertensão Arterial (HA), 5 com histórico de tabagismo e hipotireoidismo. A identificação de fatores contribuintes para alto risco colaborou para diminuição da mortalidade materno-infantil nessas mulheres com DMG, que poderiam evoluir para aborto espontâneo, HÁ, infecções e partos pré-termo. Manifestaram complicações de resistência à insulina as com SHEG, o que elevou os partos cesáreos. Em menor número houve presença de leucorreia, cefaleia, Infecção do Trato Urinário (ITU) e dispneia, com HA prevalente nas mulheres já hipertensas, dependentes de tabaco, doenças da tireoide, asma e hepatite C.

3. Desfechos perinatais de gestantes com pré-eclâmpsia grave: estudo transversal (2019): Estudo quantitativo de análise estatística sobre 157 casos de pré-eclâmpsia grave, de cunho descritivo por coleta através dos registros em prontuários no período de 12 meses consecutivos, com 12 óbitos fetais (OFIU), 2 óbitos neonatais precoces. Dos casos, 76 com idade gestacional (IG) < 37 semanas e baixo peso, com 29 admitidos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 32 reanimações na sala de parto cesáreo. Morbidades neonatais precoces: hipoglicemia (2), desconforto respiratório (23), cardiopatia (1), sífilis congênita (1), isoimunização (1). Anóxia moderada em 33 bebês no 1º e no 5º em 18. As Ultrassonografias (USG) apontaram 35 Restrições de Crescimento Intra-Uterino (RCIU) e 25 gestações evoluídas com oligodrâmnio. As mães na maioria de baixa-renda, em união estável, idade entre 20 a 34 anos, autodeclaradas pardas, em primeira gestação/parto. As demais com distribuição similar entre parto vaginal e cesáreo, com 25 abortos e 78 com neonatos vivos em partos anteriores. Prevalência de Hipertensão Arterial (HA) em 19 mulheres nas gestações anteriores e 22 casos familiares. 101 delas realizaram mais de 6 consultas pré-natais, relatando ausência de fumo, álcool ou outras drogas com opção pela cesariana em 140 delas.

Esse estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde para Assistência Ginecológica e Obstétrica de Média e Alta Complexidade na cidade de Natal (RN), por 3 mulheres pós-

graduandas e 3 servidoras públicas (1 da Secretaria municipal de Saúde e 2 de Instituições de Ensino Superior (IES)), todas com formação em Enfermagem.

4. Avaliação da satisfação de puérperas em relação ao parto (2018): Estudo com 91 puérperas de parto vaginal ainda internadas em Alojamento Conjunto de um hospital de alta complexidade na cidade de Recife (PE), através do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QUESP) em escala de Likert em 4 níveis, com resultados submetidos à análise estatística. As mulheres estavam entre 19-35 com 16 menores dessa faixa etária, com maioria em uniões, baixa escolaridade (apenas 1 possuía ensino superior completo), e renda inferior a 2 salários mínimos, religiosas e autodeclaradas não caucasianas. 85 delas fizeram pré-natal em posto de saúde, com mais de 6 consultas e similar quantidade entre primíparas e múltiparas, amamentação na primeira hora de vida e acompanhante durante o parto. Durante o Trabalho de Parto, a maioria tinha baixa satisfação sobre a maternidade e no puerpério. A maioria possuía risco relacionado à gestação/parto, sendo a metade de Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG). Significativa maioria não fez acompanhamento especializado, nem curso de preparação para o parto, orientação quanto ao Trabalho de Parto (TP) ou processo de parturição.
5. Prática de episiotomia entre residentes em enfermagem obstétrica (2018): Estudo feito por Enfermeiras especialista, mestra e pós-doutora na área; com vínculos empregatícios a IES's e não a Instituições vinculadas à prática profissional da Saúde. Cobriu uma amostra de 884 parturientes de baixo risco e análise estatística de uma maternidade pública com centro de parto normal na cidade de São Paulo (SP), que foram acompanhadas por residentes em enfermagem obstétrica participantes da Rede Cegonha/MS-MEC, pelo período de 36 meses. Foram observados aspectos socio-clínicos como nos demais quanto à mãe e aos bebês, além da presença de episiotomia como procedimento para o parto, assim como as indicações clínicas preconizadas para sua adoção. A coleta dos dados foi sobre os registros dos partos assistidos transposto para instrumento próprio. Prevalência de primíparas (354),

seguida de secundíparas equivalente a múltíparas - das quais 174 receberam episiotomia (155 primíparas, faixa etária mais jovem) contra 93 indicações para o procedimento (prevalência: rigidez perineal (54), períneo curto (22) iminência de laceração grave em 19). 512 parturientes tiveram lacerações perineais (229 primíparas), com prevalência ao primeiro grau (425) e 1 laceração do colo do útero. Integridade perineal em 187 delas (15 primíparas).

6. Perfil Epidemiológico dos óbitos neonatais da Unidade de Terapia Intensiva (2018): Estudo a partir das 178 declarações de óbito, ocorridas em 12 meses, de RN's (idade 0-27 dias) internos em UTI Neonatal, em uma maternidade pública de referência na cidade de Teresina (PI), associado aos prontuários das respectivas mães quanto a aspectos sócio-clínicos, e do RN, apgar, peso ao nascer, causa do óbito, IG e sexo. As mães estavam eram à metade entre 16 a 25 anos, seguida das entre 26 e 35, escolaridade entre ensino fundamental e médio prevalentemente (maior incidência dos óbitos), 112 tiveram parto cesáreo cujas complicações (morbidades respiratórias, encefalopatia hipóxica-isquêmica, hemorragia intracraniana) elevam a mortalidade neonatal. Os óbitos foram de 84 com peso entre 1-2,5Kg, 63 abaixo de 1Kg, 31 acima de 2,5Kg, implicando o baixo peso ao nascer como fator de mortalidade. 123 tiveram apgar ≤ 7 , o que implica debilidade do quadro de saúde do bebê e risco de óbito. 138 tinham IG inferior a 37 semanas, 33 ≥ 37 semanas, 7 desconhecida IG, vinculando prematuridade ao risco de morte. Outros casos foram anomalias (30), infecções perinatais (28), deslocamento prematuro da placenta (11), gemelaridade (11), amniorrexe prematura (9), SHEG (7), síndrome aspirativa de mecônio (5). Quanto à mãe, as pesquisadoras vinculam o histórico socio-clínico e idades extremas como favoráveis à mortalidade neonatal, assim como parto vaginal para bebês extremo baixo peso.
7. Frequência e fatores associados à realização de episiotomia em uma maternidade estadual de alto risco (2017): Estudo em maternidade estadual de assistência a alto risco obstétrico na cidade de Aracaju (SE), com média anual de atendimento a 5.700 partos oriundos do estado de Sergipe e outros adjacentes

como Alagoas e Bahia, dos quais 2.280 são partos vaginais. Participaram 372 puérperas e 22 profissionais em um período de 3 meses, através de questionário-entrevista de perguntas fechadas, mais análise dos prontuários, enquanto os profissionais prevalente mulheres com tempo de formação superior a 5 anos (9 obstetras, 4 residentes em obstetrícia, 5 enfermeiros-obstetras, 4 residentes em enfermagem obstétrica) responderam questionário autoaplicável. Os dados sofreram análise estatística quanto à indicação para episiotomia. Puérperas adolescentes foram 89 (30 fizeram episiotomia), e entre 20 a 35 anos, 249, (107 com episiotomia). Histórico de episiotomia anterior foi insignificante para tomada de decisão por aplicar novamente (contrariando os dados do artigo 10). Dentre as não-episiotomizadas, 133 sofreram laceração onde 119 realizaram rafia (8 adolescentes). Entre as primíparas, 65 de 166 realizaram o procedimento. Os dados estatísticos obtidos descartaram relação entre a episiotomia/rafia e primiparidade, episiotomia progressa, IG, apgar de primeiro minuto, baixo peso, macrossomia, associação entre categoria profissional/adoção do procedimento/permissão da grávida para episiotomia (13 fetos extremo baixo peso com mães sem o procedimento, e os de baixo peso, mães episiotomizadas em 32,8%, porém 8 mães com fetos $\geq 4\text{Kg}$ ao nascer, realizaram o procedimento, sendo metade das mães com essa característica). Pelos questionários, 12 profissionais responderam adotar quase sempre o procedimento. Indicações alegadas: resistência do períneo, demora do período expulsivo, tamanho do feto, primiparidade. Pesquisadoras inferem que o índice de laceração encontrado possa ter relação com a posição litotômica para o parto, com uso de ocitocina sintética, ainda que das laceradas, metade manteve períneo íntegro.

8. Caracterização da rede obstétrica nos serviços de saúde (2017): Estudo quantitativo realizado por questionário estruturado aplicado com gestores de três maternidades da cidade de Natal (RN), sobre aspectos do serviço e da equipe, estruturação da rede de assistência obstétrica e estatística de procedimentos de 33 meses. A Maternidade 1 cobre a área oeste da cidade e realiza atendimento obstétrico de risco habitual, para parto normal e cesáreo, com Alojamento Conjunto para 24

internadas, 3 salas pré-parto (6 vagas), 2 salas para parto normal, 1 centro cirúrgico. Equipe com 13 médicos ginecologistas obstetras (20 terceirizados), 25 enfermeiros (4 enfermeiros obstétricos), 71 técnicos em enfermagem (4 terceirizados), 2 fonoaudiólogos, 7 farmacêuticos, 7 nutricionistas, 4 assistentes sociais. O que cobriu uma média de 60% dos partos normais e as pacientes são da capital e cidades adjacentes. A Maternidade 2 está na mesma área da cidade, não possui centro cirúrgico e portanto só atende partos normais de risco habitual, realizando a média de 70% dos atendimentos recepcionados. Não há descrição de estrutura física e equipe. A Maternidade 3 cobriu uma média de 65% de partos normais e realizou o restante por cesariana, atendendo a região norte da cidade. Sem dados de estrutura física e equipe.

9. Avaliação da presença do acompanhante no parto e puerpério em maternidade pública (2014): Estudo de perspectiva psicossocial e do cuidado, com 105 puérperas em Alojamento Conjunto, quanto à presença de acompanhante em maternidade pública referência para gestação de alto risco, de hospital universitário do Paraná, durante 60 dias por questionário semi-estruturado, de participação voluntária e consentida a maiores de idade quanto aos aspectos socio-clínicos e sobre o conhecimento quanto às atribuições do acompanhante. O hospital estava implementando a lei do acompanhante e contava com duas funcionárias para acolhimento destes. Prevalência da faixa etária das mães entre 25 a 35 anos, ensino médio, donas de casa, até 2 salários mínimos, parto cesáreo com gestação a termo e pré-natal na mesma Unidade de Saúde, com presença do acompanhante nas consultas, sendo o esposo. A maioria indicou ter sido orientada quanto ao direito de ter acompanhante, a qual foi indicada como positiva, passando segurança e apoio emocional, além dos cuidados com a mãe e o bebê, superando as expectativas daquelas puérperas.
10. Perfil das mulheres submetidas à cesariana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto (2012): Estudo sobre 670 prontuários de uma maternidade pública da cidade de Ribeirão Preto (SP) que trabalha o baixo risco e adota

a humanização em sua visão profissional além do estímulo ao parto normal e aleitamento materno. A coleta ocorreu em um semestre para verificar o perfil social e obstétrico das mulheres que tiveram parto cesáreo pelo SUS no período de 12 meses na referida Unidade de Saúde. As indicações foram prevalentes para mulheres múltiparas por cesariana, sofrimento fetal agudo, falha na indução, desproporção céfalo pélvica, descolamento prematuro da placenta e apresentação pélvica, parada ou falta de progressão do trabalho de parto, síndrome hipertensiva. No ano de referência, houve 2.638 partos, dos quais 676 cesáreos com perda de 6 prontuários revelando que o atendimento ocorreu a mulheres entre 14 a 30 anos, sendo 144 menores de idade. Prevalência de baixa escolaridade, e sem emprego formal, em união consensual e moradoras do município do hospital (142 de cidades próximas). Pré-natal com mais de 6 consultas, 385 não-primíparas (1 a 6 partos; 1-3 abortos), IG próxima a 39 semanas. Ausência de registro de dilatação nos prontuários de 104 mulheres; maioria com dilatação entre 1-4cm, parcela restante entre sem dinâmica uterina, colo uterino pérvio entre 5 a 7cm, e 39 mulheres com colo impérvio. 420 com membrana coriônica íntegra na internação, 226 com coriamniorexe durante evolução do trabalho de parto das quais 140 com líquido amniótico meconial. Rotura artificial da membrana coriônica em 509, infusão endovenosa de ocitocina em 185 e exame de cardiocografia em 140. Os RN's não apresentaram baixo peso e apgar no 1' e 5' ≥ 7 .

11. Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos (2012): Estudo em uma maternidade pública na cidade do Rio de Janeiro (RJ), por 12 meses, a partir de dados institucionais (livro de registros, prontuários) que contabilizaram 6.140 partos, sendo: 4.029 vaginais, desses 954 assistidos pela enfermagem e 3.075 por médicos, de mulheres entre 15 a 35 anos, IG 37 a 41, sem comorbidades obstétricas atual ou pregressa, RN's entre 2,5 a 4 Kg, cuja amostra aleatória nesses padrões equitativa por mês foi delimitada a 171 partos/nascimentos, deles 73 por enfermeiras e 98 por médicos. Variáveis: dieta zero, hidratação venosa, ocitocina no soro, amniotomia, condição perineal, peso

ao nascer, Apgar, complicações maternas e neonatais pós-parto. Aplicado Testes “F” de Fisher e “t” de Student, para análise estatística e descritiva. Prevalência de partos entre 20-24 anos, seguido de 25-29, pardas ou negras, solteiras, sem registro de escolaridade, primigestas, sem aborto anterior, com pré-natal realizado, baixo risco obstétrico e foi achado que as práticas seguem o modelo assistencial medicalizado mesmo entre os atendidos pela Enfermagem, incluindo episiotomia, ainda que seja prevalente entre médicos. Dados de períneo íntegro entre as assistidas por enfermeiras são superiores, porém maior índice de laceração perineal. Registros de complicações e tratamento medicamentoso foram mais elevados entre os médicos.

Assim exposto, passemos à sua análise na próxima seção. A ordem acima é a gerada pelo sistema de buscas da BVS.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

A primeira observação que fizemos é a de que algumas dessas publicações (3, 5, 9, 10 e 11) estavam duplicadas em outro banco de dados excluído no último filtro, o Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) (criado em 1982 e não restrito ou mantido por organizações brasileiras, tampouco acolhendo apenas produções nacionais).

Outro banco de dados excluído foi o História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (HISA) (base mantida pela Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz, porém com foco na história da medicina e da saúde pública na América Latina e Caribe), com 1 artigo de cunho fotodocumental de uma unidade de saúde.

Essa restrição possibilitou acesso a trabalhos mais recentes e dentro do proposto para tratarmos nesse trabalho, de forma que não consideramos prejuízo por suas exclusões.

Notamos que há elevada incidência de pesquisadoras exercendo a Enfermagem e Enfermeiras de formação, o que não vincula à identificação empática com as mulheres participantes dos estudos e suas condições; porém isso se estabelece a partir do distanciamento da prática e aproximação com o exercício epistemológico para a profissão. Na sequência, a análise dos artigos registrados na seção anterior:

1. Humanização do cuidado à gestante de alto risco (2019): Esse artigo é meramente de proposição para aplicação de pesquisa. Não há registro da efetivação do projeto investigativo, o que é uma pena, posto que seu escopo se propunha a analisar a incidência do modelo medicalizante, intervencionista e hospitalocêntrico, tido pelos proponentes como abusivo e arbitrário com as mulheres *versus* o protagonismo da mulher em seu processo gravídico, a fim de verificar a humanização no pré-natal, parto e nascimento. Foi inspirado em outro estudo qualitativo realizado na cidade de Niterói (RJ) (SILVA; VIEIRA; ALVES et al., 2013) onde observou-se relações de micropoder exercida pela equipe profissional sobre as parturientes, que se acentua em quadros de risco, influenciando a disposição emocional e repercutindo sobre a grávida e a família, comprometendo o autocuidado e tornando ineficaz as ações da Enfermagem; evidenciando que a educação em saúde que deveria ocorrer para promoção da qualidade de vida, gira em torno da transmissão de informações.
2. Complicações e doenças pré-existentes em gestantes com diabetes mellitus (2019): As autoras desse estudo não exploraram a descrição dos casos e não relataram a evolução durante e pós-parto, configurando meramente uma análise do histórico gravídico reportado em números. Igualmente não expuseram a conduta dos profissionais no atendimento ou quantas necessitaram de cesariana. Não houve relato se havia diabéticas pré-gravidez. De forma que não houve grande contribuição. Poderia ser explorado o fato de que havia mais mulheres caucasianas na amostra que nos demais estudos, porém há de se considerar a questão histórico-geográfica como influente nesse fator que também não foi levantada como prognóstico para ampliar estudos nesse sentido.
3. Desfechos perinatais de gestantes com pré-eclâmpsia grave: estudo transversal (2019): Esse estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde para Assistência Ginecológica e Obstétrica de Média e Alta Complexidade na cidade de Natal (RN), por 3 mulheres pós-graduandas e 3 servidoras públicas (1 da

Secretaria municipal de Saúde e 2 de Instituições de Ensino Superior (IES)), todas com formação em Enfermagem.

Observamos que a visão de fala das autoras evidencia um distanciamento da Humanização da Saúde pelo uso de expressões extremamente técnicas por todo o texto, sem perspectivas de desdobramentos para aplacar a incidência da síndrome investigada e consideram os números encontrados como um índice de baixa incidência para a Unidade de Saúde *locus* da investigação.

Não há registro de acompanhamento das famílias durante a gestação por equipe multiprofissional ou orientação de cuidados antes e durante a ocorrência da HA elevada mencionada no texto, de onde não se pode inferir que a Unidade de Saúde o realize ou não.

Para o caso, questionamos: De que importam os números se eles não despertam interesse em cuidados para aplacá-los? De onde o cuidado à vida se 157 casos em um ano são “baixa incidência”, já que para as mães, foram 14 mortes de bebês esperados e cuidados dentro das possibilidades, o que se infere pela adesão ao pré-natal.

Além das implicações psicoemocionais e sociais dos 29 internados em UTI e os acompanhamentos para os 76 prematuros no decorrer da primeira infância. Índices que mesmo quantitativamente não podem ser ignorados pelo SUS por onerar o sistema já assoberbado e que não deveriam ser só números diante do conceito de Saúde previsto.

Não há menção quanto ao estado das mães em acompanhamento pós-parto quanto à Pressão Arterial, o que pode implicar estatística em outro agravo da Saúde Pública: o índice de Hipertensos em acompanhamento pelo SUS.

Igualmente não há descrição da evolução dos bebês prematuros na UTI, assim como das morbidades neonatais.

4. Avaliação da satisfação de puérperas em relação ao parto (2018): Visivelmente diferente do anterior, desde o referencial teórico há uma preocupação entre as autoras (especialistas e mestras de IES's públicas) quanto às políticas públicas que se vinculam ao processo gestacional, como Atenção Integral à Saúde da Mulher, Assistência Básica, Institucionalização do Pré-Natal; além da observância às

orientações da OMS quanto à humanização da assistência ao parto, no pré-natal e nascimento.

Consideraram os aspectos psicoemocionais acima das referências sociais, apoiadas em legislação pertinente; ainda levando em conta esses impactos durante o pré-parto até o pós-parto pelo acompanhamento gestacional pelo SUS, como o receio de falar sobre o local onde elas e seus filhos estão e nem sempre acompanhadas por pessoa de suas escolhas.

Utilizam outras pesquisas como referenciais para os achados para inferir o grau de distanciamento do sistema instalado para o sistema esperado. Postulam que a falta de acompanhamento gestacional adequado à condição clínica, com orientações quanto à parturização acentua a percepção insatisfeita durante a internação, além do comportamento da equipe e estrutura da Unidade de Saúde.

Um estudo desse porte aponta que quando pesquisadoras não estão vinculadas ou insertas no SUS por vínculo institucional, conseguem diagnosticar o lado humano e propor reflexão e discussão sobre o que ainda não é feito, mas já está garantido para essas mães.

Ainda expõem os riscos relacionados à faixa etária, aspectos contributivos para os agravamentos gestacionais, além da tríade medo-tensão-dor relacionada à ausência de informações quanto ao processo fisiológico, agravando o intraparto e autopercepção à dor.

5. Prática de episiotomia entre residentes em enfermagem obstétrica (2018): A discussão é enfocada quanto ao que é feito *versus* a estudos que retiram a indicação do procedimento em países de primeiro mundo, assim como outros estudos brasileiros.

Considera que a incidência se vincula aos processos formativos desses profissionais que seguem indicando a episiotomia e não veiculam seu desuso crescente, assim como que sua adoção não afasta as condições que são configuradas como premissas para que seja feita.

A Educação é o vetor de mudança enxergado pelas pesquisadoras para que haja uma mudança no paradigma brasileiro atual quanto à assistência ao parto, e que as boas práticas advêm das evidências científicas, o que levaria à

redução de morbidades ocorridas durante o parto, incluindo orientações da OMS nesse sentido. Aqui, os dados estatísticos são trazidos como estímulo à humanização: A Residência seria a oportunidade para essas mudanças.

6. Perfil Epidemiológico dos óbitos neonatais da Unidade de Terapia Intensiva (2018): A condição socio-clínica das mães é apontada para ser vista durante o cuidado pré-natal, assim precavendo riscos no parto, quanto a óbitos neonatais; enquanto que mortalidade em RN's internos em UTIN, as condições de nascimento (prematuidade, baixo peso, baixo apgar, morbidades e patologias oriundas da gestação e evoluídas após o nascimento. Assim, a equipe profissional é evocada para preparar-se para os quadros mas também para o acompanhamento da mãe com encaminhamento para o serviço de alto risco tão logo diagnosticado uma das implicações. É o único artigo até então a utilizar o termo “bebê” no texto. O curioso é que apenas uma das autoras é do campo da Enfermagem e os demais prevalentes da Medicina e um das Ciências da Saúde. Assim, cumprem o delineamento do perfil epidemiológico a fim de prevenir o óbito neonatal.
7. Frequência e fatores associados à realização de episiotomia em uma maternidade estadual de alto risco (2017): Dentre os artigos do levantamento, esse foi o que melhores dados apresentou no *locus* da investigação quanto às boas práticas do atendimento humanizado a parturientes; porém apesar da abordagem quantitativa, por todo o texto é destacada a visão humanizada das pesquisadoras, que embasam seus argumentos nos achados científicos e analisam a fundo ainda que indiretamente a formação como modelador da prática, ainda que ela se distancie da visão pessoal do profissional, triangulado dados coletados nos questionários com observações da prática dos profissionais. Um dado diverge: a afirmação de que seu levantamento diagnóstico indicou que a região nordeste tem os piores índices quanto ao atendimento à grávida e as consequências disso no parto e pós-parto, porém o artigo 10 traz números mais elevados para a região paulista (sudeste brasileiro).
8. Caracterização da rede obstétrica nos serviços de saúde (2017): Consideramos retirar esse artigo do levantamento,

pois a sua leitura foi imberbe para contribuir com o delineamento proposto. O que releva que assim como o artigo 10, infere-se que haja a possibilidade de publicações enviesadas para ressaltar aspectos políticos em lugar de focar a ambientação ou não das políticas públicas. Esse tipo de texto traz referencial teórico que não pode ser consubstanciado nos dados que descreve. Estudos com gestores, com esse desenho metodológico se mostram ineficazes para arguir além da ausência de cooperação desses para discutir a realidade do processo de atendimento a grávidas.

9. Avaliação da presença do acompanhante no parto e puerpério em maternidade pública (2014): O estudo assenta bases na legislação em vigor desde o ano de 2005 quanto ao direito de um acompanhante durante a internação e parto das grávidas e ressalta os aspectos salientados pelas puérperas quanto ao cumprimento desse direito: cuidado e apoio emocional.

Uma nota das autoras marca que a prevalente orientação da equipe profissional do hospital *lócus* da investigação pode derivar mais do fato de ser um hospital-escola com implementação da lei referente e menos por uma compreensão da valor da presença do acompanhante como parte do processo humanizado às mães, posto a referência daquelas mulheres a situações antiprofissionais inter-equipe e para com os acompanhantes.

Novamente é visto que o distanciamento da prática profissional e alocação das pesquisadoras na Educação em Saúde contribui para refletir e discutir a implementação dos cuidados que implicam na humanização do atendimento à grávida, enquanto que os profissionais da área estão mais insensíveis à mudança e compreensão ativa do que os estudos têm preconizado.

10. Perfil das mulheres submetidas à cesariana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto (2012): Essas autoras vão na contramão do que foi encontrado nos artigos anteriores, enfatizando o índice de cesáreas como satisfatório, apesar de acima do preconizado, em função de outras cidades com índices ainda maiores no estado de São Paulo em outros hospitais universitários e maternidades

públicas de baixo risco. Expõem a condição social daquelas mulheres como causa concebida para as condições ao parto cesáreo, em lugar de discutir o profissionalismo do hospital *locus* da investigação mesmo com perda de prontuários e registros incompletos sobre vários aspectos relevantes para indicação do parto cesáreo, além da indução do histórico de partos das grávidas em tela. É retirada a responsabilidade do Estado sobre as vulnerabilidades sociais dessas mulheres e não há referência sobre a intervenção dos profissionais da Saúde no sentido da orientação e acompanhamento dessas mulheres. A discussão quanto às ações da equipe profissional se restringe à amniotomia e uso de ocitocina sintética, indicando uma tendência à aceleração do trabalho de parto. Ainda que as pesquisadoras sejam de formação em Enfermagem (mestranda, mestra e doutora), aderem às preconizações dos órgãos relacionados à profissão dos médicos e rejeitam preconizações outras, como da OMS; com breve menção à atuação das enfermeiras obstétricas, fora de contexto. As condições saudáveis por RN's é utilizada como justificativa para o manejo ativo da equipe hospitalar em questão, sem citar as condições de puerpério e afirma que os índices acima do recomendado não refletem a qualidade do atendimento prestado. Todo o texto é enviesado a privilegiar a posição apenas do médico e sua decisão pelo parto cesáreo desconsiderando ou desmerecendo outras perspectivas científicas. Esse tipo de trabalho evidencia o que foi apontado pelas autoras dos artigos 4 e 5.

11. Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos (2012): Apesar do vocabulário técnico ao extremo e discurso baseado em números, os autores identificaram e registraram que as práticas ainda prevalentes são em benefício da ação médica e não da mulher, como a privação de líquidos e alimentos, ainda que haja respaldo de órgãos como a OMS e MS para mudança desse tipo de conduta, assim como deambulação, massagens, banho morno, exercícios respiratórios, etc. Podemos observar com isso que o olhar humanizado também pode ocorrer mesmo em pesquisas quantitativas e de cunho cartesiano baseado em evidências. *A priori* esses dados

evidenciam que há mais cuidado assistencial e acompanhamento não-medicamentoso entre os atendimentos pela Enfermagem; ainda que haja um tendência a seguir os modelos médicos nas práticas de parturização.

Dessa forma, verificamos que ainda é incipiente as investigações qualitativas no campo da Enfermagem Obstétrica e Neonatal, porém mesmo em abordagens quantitativas, é possível aplicar o olhar humanizado sobre as práticas profissionais, o que evidencia que a humanização para a Enfermagem existe ou não em razão do perfil profissional, da formação e da presença em ambientes educativos e não só profissionais, para que não seja perpetuado o perfil de prática médica, que retira o protagonismo da profissão Enfermagem, muito mais voltado ao cuidado e atenção do que para o acompanhamento hospitalocêntrico, assim como o lugar da mulher em seu parto (LEAL; PEREIRA; DOMINGUES et al., 2014).

Dentro da nossa vivência e experiência como grávida de alto risco e primípara, notamos que independente do poder aquisitivo da parturiente, o processo do parto é desnaturalizado, induzido em função da facilidade do trabalho da equipe multidisciplinar.

Grávidas de alto risco então, são consideradas culpadas de seu estado, ainda que o histórico clínico indique fatores acima do simplismo sobre “vida saudável”, sendo ignorado completamente o estado psicoemocional da mulher e impondo-lhe a sobrecarga do volume de trabalho das unidades de saúde, independente do porte baixo a alto risco.

Asprezas na prática e nas palavras são rotina no ambiente público, com raras exceções, e compreendemos que seja um trabalho repetitivo e com alta demanda para equipes nem sempre com suporte de pessoal e insumos para levar a cabo um atendimento humanizado, ainda que ele esteja preconizado na gestão da Saúde Pública a vários anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhos voltados a levantamentos bibliográficos tendem a ter um perfil de exposição e não de reflexão sobre o material encontrado. Nossa intenção foi fugir desse aspecto, destacando a realidade com a subjetividade dos envolvidos.

Olhamos para o discurso dos pesquisadores encontrados para identificar suas visões de prática profissional, o que foi bem destacado nas discussões que os artigos levantaram ou não, mesmo que de posse de dados relevantes para questionar a prática formativa e de atuação dos profissionais da Enfermagem.

Outro ponto relevante é o de que as produções acadêmicas nesse campo ainda são de baixa qualidade, haja vista que em uma mesma base de dados são aceitos trabalhos mais profundos e outros superficiais, que por sinal, foram publicados pelo mesmo periódico, levando a questionar os padrões científicos da área, posto que sabemos que há profissionais de destaque no cenário, porém geralmente mais ligados a IES e não ao campo.

Outra peculiaridade é algo já observado nos cursos e unidades de saúde: a prevalência de mulheres na área; o que leva a outro aspecto crítico: o de que são mulheres desnaturalizando o processo de outras mulheres, desmerecendo suas subjetividades, psicológico, afetividade; tornando imperioso que falemos disso.

Dentro do serviço de Saúde público, é notório que muitos profissionais alternam o tratamento com as usuárias a depender se possuem vínculo familiar com algum(a) colega de trabalho, quando está preconizado o direito universal à Saúde de Qualidade.

Dessa forma, alcançamos o objetivo geral de apresentar o quadro da dedicação acadêmica-científica sobre o processo de maternidade no SUS a partir do levantamento e aproximação com a história de vida.

Os achados indicam que há aspectos prevalentes no universo investigado: condição socioeconômica, acompanhamento por alguém da preferência da grávida, complicações como SHEG, DMG, que não são determinantes para a escolha dos procedimentos como a episiotomia, amniotomia ou cesárea.

Ainda de que há um perfil de práticas de enfermagem guiados por preceitos de órgãos ligados à medicina preterindo outros que se vinculam à Enfermagem, mesmo que sejam maiores que aqueles; e que essa influência está presente ainda na formação e não só no ambiente de trabalho.

O que revela campos promissores de investigações futuras que mirem entre o preconizado e o experienciado para evidenciar que órgãos estão de fato sendo reguladores das práticas profissionais e da ausência da humanização, assim como se as ações humanizadas incipientes se

pautam na obrigação e vigilância contra punições ou se pela compreensão da essência da Enfermagem.

Seria necessário um levantamento mais amplo para buscar dados sobre a contemplação dos propósitos de programas como a Rede Cegonha, desde as implantações até os dias atuais a fim de identificar se os achados desse trabalho são uma amostra do cenário total ou caracteriza arestas a serem trabalhadas.

REFERÊNCIAS

BIBLIOTECA VIRTUAL DA SAÚDE. Ministério da Saúde. O Que é a BVS? **BVS MS**. Seção Página Inicial. Brasília, 16 set. 2014. Disponível em: <http://bvs.saude.gov.br/o-que-e-a-bvs-ms>. Acesso em: 24 abr. 2021.

BIBLIOTECA VIRTUAL DA SAÚDE. Uruguay. Bases de dados internacionais. **BVS ONCOLOGIA**. Seção Literatura Científica. Montevideo, maio 2015. Disponível em: <http://www2.bvsodn.org.uy/php/level.php?lang=pt&component=17&item=119#:~:text=BDENF%20%2D%20Base%20de%20Dados%20de%20Enfermagem&text=Nasceu%20em%201988%2C%20numa%20tentativa.das%20bibliografias%20nacionais%20e%20internacionais>. Acesso em: 24 abr. 2021.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl. 1, p. S208-S219, 2014 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00176913>. Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Lei n.11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 67, col.3, p. 1, 8 abr. 2005. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=08/04/2005>. Acesso em: 27 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão de alto risco**: manual técnico. Brasília: MS, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf . Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: MS, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: MS, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf . Acesso em: 28 abr. 2021.

CASSIANO, Alexandra do Nascimento; VITORINO, Ana Beatriz Ferreira; SILVA, Maria de Lurdes Costa da; NÓBREGA, Cristyanne Samara Miranda de Holanda; PINTO, Erika Simone Galvão; SOUZA, Nilba Lima de. Desfechos perinatais de gestantes com pré-

eclâmpsia grave: estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing, online**, v.18, n.4, 2019. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6205>. Acesso em: 24 abr.2021.

CUNHA, Isabelle Cristina Braga Coutinho; CAETANO, Islayne Mota; QUENTAL, LibnaLaquis Capistrano; ALVES, LaryssaKarollyne de Macedo; DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al. Caracterização da rede obstétrica nos serviços de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, Recife, v.11, n.6, p.2375-9, jun.2017. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201716. Acesso em: 24 abr. 2021.

DOURADO, João Victor Lira; ARAÚJO, Perpetua Alexasandra; AGUIAR, Francisca Alanny Rocha. Humanização do cuidado à gestante de alto risco. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, Recife, v. 13, epub 242396. Disponível em <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242396>. Acesso em: 24 abr. 2021.

INAGAKI, Ana Dorcas de Melo; SILVA, Bruno de Andrade; ANDRADE, Tiago; RIBEIRO, Caíque Jordan Nunes; ABUD, Ana Cristina Freire. Frequência e fatores associados à realização de episiotomia em uma maternidade estadual de alto risco. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, Recife, v.11, suplemento 9, p.3512-32, set. 2017. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.10620-94529-1-SM.1109sup201704. Acesso em: 25 abr. 2021.

LEAL, Maria do Carmo; PEREIRA, Ana Paula Esteves; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Acesso em: 28 abr. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades** - referência para mulheres que não podem amamentar. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/MSmanualHIVeAM2005.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.

MUNIZ, David Wesley Ribeiro; MIRANDA, Matheus Gaspar de Miranda; LIMA, Gladysyon Wesley Freire; COSTA, Andrea Pinto; VALE, Edison de Araújo. Perfil epidemiológico dos óbitos neonatais da unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**. Recife, v.12, n.9, p.2393-8, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a230758p2393-2398-2018>. Acesso em: 25 abr. 2021.

OMS. Fundo das Nações Unidas para a infância. **Iniciativa hospital amigo da criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um HAC. Brasília: MS, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo3.pdf. Acesso em: 28 abr. 2021.

OPAS BRASIL. OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população. **OPAS Brasil**, Seção Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Saúde Mental, 10 out. 2016. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839#:~:text=A%20constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839#:~:text=A%20constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%20)

- [C3%A7%C3%A3o%20Mundial.aus%C3%A4ncia%20de%20doen%C3%A7a%20ou%20enfermidade%E2%80%9D](#). Acesso em: 28 abr. 2021.
- PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; ARAÚJO, Caroline Silva de; GOUVEIA, Monique da Silva Ferreira; POTTER, Viviana Mayra Brittes; SANTANA, Aline Lima Silva de. Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, *online*, v.14, n.4, p.831-40, 2012. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/13665>. Acesso em: 25 abr. 2021.
- POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- QUEIROZ, Isadora Salani de; BERTOLIN, Daniela Comelis; WERNECK, Alexandre Lins. Complicações e doenças pré-existentes em gestantes com diabetes mellitus. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, Recife, v.13, n.5, p.1202-7, maio, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a238773p1202-1207-2019>. Acesso em: 24 abr. 2021.
- REA, Marina Ferreira. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. S37-S45, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700005>. Acesso em: 28 abr. 2021.
- RIEGERT, Isadora Tavares; CORREIA, Mariana de Barros; ANDRADE, Ângela Roberta Lessa de; ROCHA, Flávia Nataly Pereira da Silva; LOPES, Laryssa Grazielle Feitosa et al. Avaliação da satisfação de puérperas em relação ao parto. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, v.12, n.11, nov.2018, p.2986-93. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a236863p2986-2993-2018>. Acesso em: 24 abr.2021.
- ROCHA, Érica Silva; MELA, Camila Casagrande; WESTPHAL, Flavia; GOLDMAN, Rosely Erlach. Prática de episiotomia entre residentes em enfermagem obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.23, n.4, jan.2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i4.54455>. Acesso em: 24 abr. 2021.
- SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista. **Metodologia da pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.
- SANCHES, Natália Canella; MAMEDE, Fabiana Villela; VIVANCOS, Raquel BosquimZavanella. Perfil das mulheres submetidas à cesariana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.2, abr./jun. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200021>. Acesso em: 24 abr. 2021.
- SILVA, Mariane Raquel da Costa e; VIEIRA, Bianca Dargam Gomes; ALVES, ValdecyrHerdy; RODRIGUES, Diego Pereira; MARINHO, Tuâny Figueiredo et al. As Ações do enfermeiro no incentivo ao autocuidado na ótica da gestante de alto risco hospitalizada. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, Recife, v.7, n.6, p.4488-96, jun.2013. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.4164-33013-1-SM.0706201323. Acesso em: 28 abr. 2021.
- UNIVERSIDADE SANTO AMARO. Base de Dados. **UNISA**. Seção Biblioteca Virtual. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.unisa.br/A-UNISA/Biblioteca/Biblioteca-Virtual/Base-de-Dados/Ciencias-Biologicas-e-da-Saude->

[1503?tpl=view_fancy_biblioteca.htm#:~:text=HISA%20E2%80%93%20Hist%C3%B3ria%20da%20Sa%C3%BAde%20C%20A9.%20mem%C3%B3rias%20reconstitui%C3%A7%C3%B5es%20compa%C3%A7%C3%B5es.](#) Acesso em: 24 abr. 2021.

VAZ, Thabita Helena; PIVATTO, Liane Fuhr. Avaliação da presença do acompanhante no parto e puerpério em maternidade pública. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.19, n.3, jul./set. 2014. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362014000300016. Acesso em: 24 abr. 2021.