



Práticas Obstétricas utilizadas para parturientes classificadas como de Alto Risco

Mariana Charif Lakoski¹, Izabel Dayana de Lemos Santos², Fabiana Fontana Medeiros³,
Aline do Nascimento de Andrade⁴, Cátia Campaner Ferrari Bernardy⁵,
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli⁶

Resumo: Identificar as práticas obstétricas utilizadas no trabalho de parto e parto em parturientes classificadas como de alto risco foi objetivo do presente estudo **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo. A população foi constituída por puérperas classificadas como de alto risco. A coleta de dados ocorreu durante outubro de 2016 a agosto de 2017. Utilizou-se SPSS® 20.0. O estudo foi aprovado com número do parecer 1.757.596 **Resultados:** analisou-se 319 mulheres. O perfil prevalido foram mulheres brancas (58,7%), com idade entre 20 a 35 anos (70,7%). A maior parte, realizou acompanhamento pré-natal (99,3%) e eram primíparas (40,4%). As patologias mais frequentes foram hipertensão (50,0%) e doenças associadas ao metabolismo (22,3%). Sobre a monitoração do trabalho de parto, 83,3% de ausculta do batimento cardio-fetal. A cesariana prevaleceu entre 60,8% das mulheres. Em relação aos métodos não farmacológicos para alívio da dor os mais utilizados foram: banho quente de aspersão (37,9%), bola para exercícios perineais (25,0%) **Conclusão:** todas as práticas obstétricas além de garantir uma evolução segura proporcionam uma experiência positiva sobre o parto, mesmo que a classificação seja de alto risco.

Palavras chaves: Humanização da assistência. Parto obstétrico. Trabalho de parto. Gravidez de alto risco.

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: maricharif@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5661-3699>;

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: fontana.fabi@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7876-572X> ;

³ Enfermeira. mestranda em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: alineandrade.uel@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4037-8254>;

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: izabellemos87@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-3559-5350>;

⁵ Enfermeira. Doutora, Adjunta do Departamento de Enfermagem. Área da Saúde da Mulher e Gênero. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: ccfbernardy@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9723-1857>;

⁶ Enfermeira. Doutora, Associada do Departamento de Enfermagem. Área da Saúde da Mulher e Gênero. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: macielalexandrina@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0222-8821>.

Obstetric practices used for parturients classified as High Risk

Abstract: to identify the obstetric practices used in labor and delivery in parturients classified as high risk was the objective of the present study. **Method:** quantitative study. The population consisted of postpartum women classified as high risk. Data collection took place from October 2016 to August 2017. SPSS® 20.0 was used. The study was approved with opinion number 1,757,596 **Results:** 319 women were analyzed. The prevailing profile was white women (58.7%), aged between 20 and 35 years (70.7%). Most underwent prenatal care (99.3%) and were primiparous (40.4%). The most frequent pathologies were hypertension (50.0%) and diseases associated with metabolism (22.3%). About the monitoring of labor, 83.3% of auscultation of the fetal heartbeat. Cesarean section prevailed among 60.8% of women. Regarding non-pharmacological methods for pain relief, the most used were: hot spray bath (37.9%), perineal exercise ball (25.0) **Conclusion:** all obstetric practices, in addition to ensuring a safe evolution, provide an experience positive about childbirth, even if the classification is high risk.

Keywords: Humanization of assistance. Delivery, obstetric. Labor, obstetric. Pregnancy, High-risk

Introdução

Anualmente, no mundo, ocorrem cerca de 140 milhões de nascimentos, no Brasil por volta de dois milhões de nascimento, sendo estes predominante na região sudeste, aproximadamente um milhão. Destes, em sua maioria, evoluem de forma fisiológica e sem intercorrências (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; BRASIL, 2017).

No entanto, uma pequena parcela das mulheres, podem evoluir em conjunto com alguma patologia crônica ou adquirida no decorrer da gestação, são classificadas como gestação de alto risco, que necessitam de um acompanhamento intensificado para diminuição de desfechos desfavoráveis no momento do nascimento tanto para mãe quanto para bebê (BRASIL, 2012).

O fato de uma mulher ser classificada como gestante de alto risco, não invalida a possibilidade de o desfecho da gestação ser um parto natural e fisiológico, no entanto alguns partos necessitam de intervenções para manutenção do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2012).

Porém o número de intervenções, antes utilizadas apenas quando necessário, aumentou de forma rotineira e desnecessária na assistência ao parto no Brasil. Além de interferir no processo fisiológico do parto, o excesso de intervenção exclui da mulher o papel de

protagonismo do parto e contribui para o aumento de taxas de cesarianas (VIEIRA M, SANTOS A, SILVA J, SANCHES M, 2016; BRASIL, 2016).

Afim de alcançar uma assistência segura e de qualidade para mulheres classificadas como gestação de alto risco, assim como garantir a equidade e humanização no processo de parir, foram criadas diretrizes que normatizam as recomendações para uma experiência de parto positiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; BRASIL, 2011)

Baseado em evidências científicas em 2018 a Organização Mundial de Saúde elaborou um protocolo com recomendações de cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva, que aborda os seguintes assuntos: cuidado durante o parto e nascimento; primeira etapa do trabalho de parto; segunda etapa do trabalho de parto; terceira etapa do trabalho de parto; cuidado do recém-nascido; cuidado da mulher depois do nascimento. Cada etapa discute o que é recomendado a ser feito e o que não é recomendado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Deste modo, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de conhecer as boas práticas utilizadas no cenário da assistência ao trabalho de parto e parto, de modo que auxiliem para o alcance de uma assistência obstétrica segura em mulheres classificadas como de alto risco, garantindo impacto neste processo e conseqüente redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal. Assim este artigo tem como objetivo identificar as práticas obstétricas utilizadas no trabalho de parto e parto em parturientes classificadas como de alto risco.

Método

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo, recorte de uma coorte prospectiva sobre gestação de alto risco. Realizado em uma maternidade de uma instituição pública, vinculado a uma Universidade Estadual e de referência para atendimento de intercorrências obstétricas e a partos de alto risco.

A população do estudo constituiu-se por puérperas internadas na instituição da pesquisa, com diagnóstico de alto risco, ou seja, mulheres que iniciaram a gestação apresentando alguma patologia crônica, ou desenvolveram algum tipo de doença ao longo da gestação que podem ou não ser condições que favoreçam a instalação de alguma patologia crônica (BRASIL, 2012).

A amostra foi definida com base nos atendimentos da instituição um ano antes da pesquisa, utilizando ferramentas estatísticas para sua definição. Desta maneira definiu o número amostral de 319 mulheres, considerando-se um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95% (BARETTA, P, 2012).

Foi realizado estudo piloto para adequação dos dados, utilizou-se formulário semiestruturado para a transcrição dos registros do prontuário e cartão de pré-natal (CPN), seguida de entrevistas realizadas diariamente no setor até a composição da amostra proposta. A coleta de dados aconteceu nos meses de outubro de 2016 a agosto de 2017. Ao fim de cada material coletado, realizou-se conferência do formulário e entrevista por telefone nas situações de alta hospitalar, quando necessário, com intuito de não perder dados.

Os dados foram digitados e analisados com estatística descritiva; frequência absoluta e relativa, no software IBM SPSS Statistics 20. Utilizou-se as seguintes variáveis: Aspectos Sócio-Econômico-Demográficos e dados obstétricos: idade materna, raça; situação conjugal; escolaridade; renda familiar; número de gestações; intervalo interpartal; realizou pré-natal; classificação de risco. Práticas Obstétricas: tipo de parto; indicação de cesariana; local do parto; posição do parto; condições do períneo; acompanhante no pré parto; acompanhante no parto; avaliação da dinâmica uterina; cardiotocografia; partograma; controle do batimento cardio fetal; banho quente de aspersão; uso de bola; uso de musicoterapia; uso de massagem para alívio da dor

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, com número do parecer 1.757.596 e CAAE 59935716.7.0000.5231. As participantes foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa. Após o aceite em participar da pesquisa, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, permanecendo uma via com a participante e a outra com o pesquisador.

Resultados

Das 319 mulheres participantes da pesquisa 70,7 % tinham idade entre 20 a 35 anos, com ensino médio completo (56,2%), raça materna prevalentemente branca (58,7%) com renda igual ou maior que três salários mínimos (48,7%) e com companheiro fixo (86,9%). (Tabela 1)

Em relação aos dados obstétricos 40,5 das participantes eram primíparas e as que tinham vivenciado a gestação anteriormente apresentavam um intervalo interpartal maior que dois anos (53,9%), 99,3% realizaram pré-natal e 73,3% tinham no CPN a classificação de risco

anotada (Tabela 1).

Tabela 1: Características socioeconômicas, demográficas e obstétricas encontradas na amostra do estudo. Londrina- PR, Brasil, 2018.

Variáveis	Nº	%
Faixa etária		
14 a 19	35	10,9
20 a 35	225	70,7
36 e mais	59	18,4
Escolaridade		
Ensino fundamental	91	28,5
Ensino Médio	179	56,2
Ensino Superior	49	15,3
Raça Materna		
Branca	187	58,7
Negra	132	41,3
Renda (SM) *		
≤ 1	49	15,3
1 a 2	115	36,0
3 ou mais	155	48,7
Situação conjugal		
Com companheiro	277	86,9
Sem companheiro	42	13,1
Número de gestações		
Primípara	129	40,5
Seguntipara	92	28,8
Múltipara	98	30,7
Intervalo Interpartal		
< 1 ano	8	2,5
1 a 2 anos	13	9,7
> 2 anos	169	53,9
Não se aplica	129	34,7
Realizou pré-natal		
Sim	317	99,3
Não	2	0,6
Classificação de risco		
Sim	234	73,3
Não	55	17,2
Total	319	100

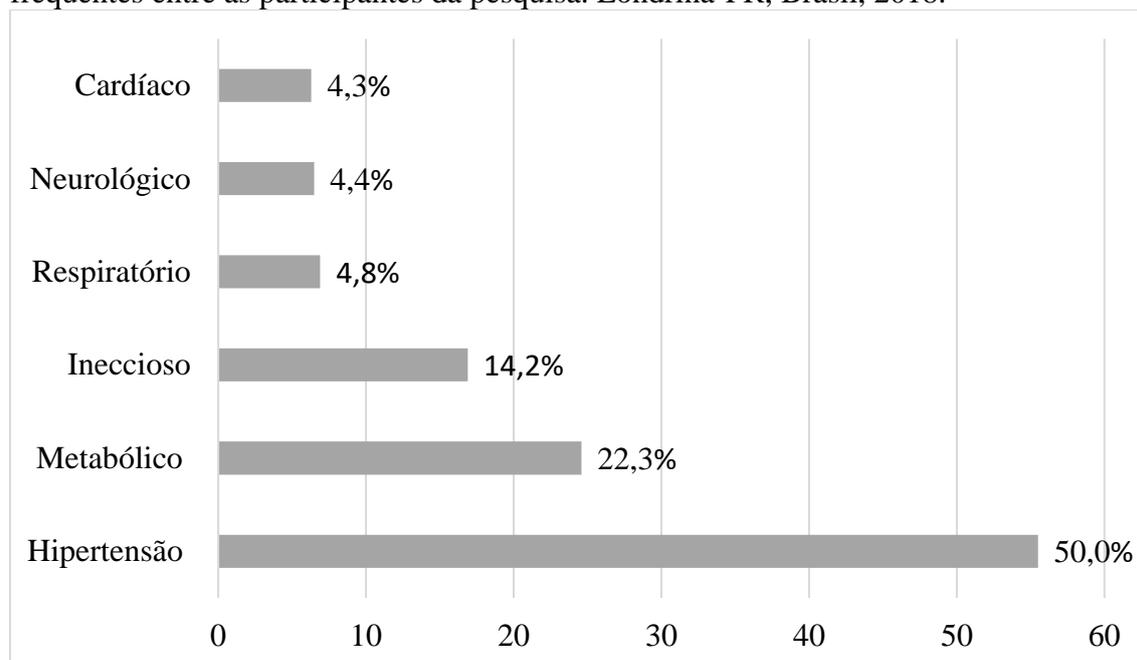
Fonte: Dados do estudo.

* Salário mínimo no ano de 2017- R\$937,00

A figura 1 apresenta as patologias mais frequentes entre as participantes da pesquisa, as quais contribuem para classificação do risco gestacional. Mais da metade das participantes apresentaram hipertensão (50,0%), seguida de doenças relacionadas ao metabolismo do corpo,

como Diabetes e hipotireoidismo (22,3%), doenças infecciosas também apareceram na amostra tanto agudas como algumas Infecções sexualmente transmissíveis (IST) (14,2%) seguida de doenças crônicas relacionadas aos sistemas: cardíacos (4,3%); neurológicos (4,4%); e respiratório (4,8%).

Figura 1: Distribuição das doenças crônicas relacionadas ao diagnóstico de alto risco, mais frequentes entre as participantes da pesquisa. Londrina-PR, Brasil, 2018.



Fonte: Dados do estudo.

Com referência as práticas obstétricas adotadas na assistência as participantes, a avaliação da vitalidade fetal, através da cardiotocografia foi realizada em 76,1% das gestantes a avaliação da dinâmica uterina aconteceu em 74,2%, o controle do batimento cardio fetal, através do sonar de doppler fetal foi auscultado em 83,3% das parturientes, em relação ao partograma, 48% destes foram abertos para a conclusão de cesariana, no entanto, 47% não continham registro (Tabela 2).

Tabela 2: Caracterização das práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto de mulheres de alto risco classificadas como alto risco. Londrina, PR, 2018.

Variáveis	Nº	%
Cardiotocografia na internação		
Sim	243	76,1
Não	76	23,8
Avaliação da dinâmica uterina na internação		

Sim	237	74,2
Não	82	25,7
Controle do batimento cardio fetal		
Sim	266	83,3
Não	53	16,6
Partograma		
Aberto para conclusão de cesariana	153	47,9
Aberto para segmento parto normal	16	5,0
Sem registro	150	47,0
Tipo de parto		
Normal	125	39,1
Cesariana	194	60,8
Indicação de cesariana		
Eletiva	42	13,1
Iterativa	24	7,5
Urgência e emergência	12	3,7
Sem registro	116	36,3
Não se aplica	125	39,1
Local do parto		
Centro cirúrgico	194	60,8
Quarto	11	3,4
Sala de parto	114	35,7
Condições do períneo		
Períneo íntegro	67	21,0
Laceração grau I	37	11,5
Laceração grau II	14	4,3
Episiotomia	7	2,1
Não se aplica	194	60,8
Total	319	100

Fonte: Dados do estudo.

A maioria das entrevistadas tiveram como desfecho da gestação a cesária (60,8%), apresentavam se como indicação para cesariana a eletividade (13,1%), iteratividade (7,5%), urgência e emergência (3,7%) e 36,3% das cesarianas não tinham registro sobre sua indicação, o local do parto foi predominantemente no centro cirúrgico (60,8%). Quanto ao parto normal 39,1% das participantes o vivenciaram, a maioria realizados na sala de parto (35,7%), com períneo íntegro (21,0%), as que apresentaram laceração foram classificadas em I grau (11,5%) e II grau (4,3%), porém ainda tiveram participantes que passaram pela episiotomia (2,1%). (Tabela 2).

Tabela 3: Distribuição das participantes segundo métodos não farmacológicos para alívio da dor e estratégias de humanização na assistência, Londrina, PR, 2018.

Variáveis	Nº	%
Posição do parto		
Dorsal não litotômica	194	60,8
Litotômica	114	35,7
Vertical	11	3,4
Banho quente de aspersão		
Sim	121	37,9
Não	4	1,2
Não se aplica	194	60,8
Uso de bola		
Sim	80	25,0
Não	45	14,1
Não se aplica	194	60,8
Uso de musicoterapia		
Sim	24	7,5
Não	295	92,4
Uso de massagem para alívio da dor		
Sim	66	20,6
Não	59	18,4
Não se aplica	194	60,8
Acompanhante no parto		
Sim	122	38,2
Não	197	61,7
Total	319	100

Fonte: Dados do estudo.

Das participantes do estudo 38,2% tiveram acompanhante no parto, acompanhando as taxas de 2e de local do parto sendo no centro cirúrgico a posição predominantemente dorsal não litotômica (60,8%), mesmo assim poucas mulheres tiveram a oportunidade de parir na posição vertical (3,4%), a maioria pariu em posição litotômica (35,7%). (Tabela 3)

Dos métodos não farmacológicos utilizados para enfrentamento da dor o banho quente de aspersão foi a estratégia mais empregada (37,9%), seguido pelo uso da bola (25,0%) e do uso da massagem (20,6%) o método menos utilizado foi a musicoterapia (7,5%). (Tabela 3).

Discussão

Com o passar dos anos, o perfil epidemiológico das mulheres assistidas pelo Sistema Único de Saúde tem se modificado. Prevalciam mulheres com renda salarial mínima, baixa

escolaridade e adolescentes. Atualmente, prevalece mulheres jovens adultas, com companheiro fixo, atuante no mercado de trabalho e conscientes da importância da escolarização (SILVA MG, GONTIJO EEL, FERREIRA DS, CARVALHO FS, CASTRO AM, 2015).

Desta maneira, espera-se um maior comprometimento da população estudada com o seguimento da sua gravidez, sendo o pré-natal fundamental para o acompanhamento da gestação, que deve suprir as necessidades das gestantes por meio do acompanhamento mensal e procedimentos efetivos para o êxito da gestação. Neste estudo a realização do acompanhamento pré-natal apresentou grande prevalência entre as mulheres o que corrobora com a literatura (COSTA ES, PINON GMB, COSTA TS, SANTOS RCA, NÓBREGA R, SOUSA LB, 2010; VIELLAS EF, DOMINGUES RMS, DIAS MAB, GAMA SGN, FILHA MMT, COSTA JV, BASTOS MH, LEAL MC, 2014).

Uma pequena parcela das mulheres pode desenvolver algum tipo de instabilidade na gestação associada alguma patologia crônica ou que possa ficar crônica e são classificadas como de alto risco. Assim como na literatura as patologias predominantes nesta pesquisa foram a hipertensão e doenças associadas ao metabolismo do organismo tais como diabetes e hipotireoidismo, bem como doenças infecciosas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; BRASIL, 2012; SILVA MG, GONTIJO EEL, FERREIRA DS, CARVALHO FS, CASTRO AM, 2015; SANTOS IDL, MEDEIROS FF, FERRARI RAP, SERAFIM D, MACIEL SM, CARDELLI AAM, 2018).

Minoria da amostra apresentaram doenças crônicas relacionadas aos sistemas cardíacos, neurológico e respiratório, que mesmo pouco representada na amostra tem um impacto significativo para manutenção do bem-estar materno-fetal. Patologias crônicas estabelecidas ou adquiridas durante a gestação, são o ponto chave para o diagnóstico de gestação de alto risco, que quando não tratada ou acompanhada pode interferir significativamente na evolução da gestação, no parto e pós-parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; BRASIL, 2012; SILVA MG, GONTIJO EEL, FERREIRA DS, CARVALHO FS, CASTRO AM, 2015; SANTOS IDL, MEDEIROS FF, FERRARI RAP, SERAFIM D, MACIEL SM, CARDELLI AAM, 2018).

Mulheres classificadas como gestação de alto risco necessitam de acompanhamento em serviços de referência tanto para o seguimento do pré-natal, assim como para a resolução da gestação, que pode ser parto normal, desde que o monitoramento e avaliações obstétricas se mantenham dentro da normalidade, ou cesariana como intervenção para manutenção do bem-estar do binômio (BRASIL, 2012).

É importante ressaltar que o acompanhamento da evolução do trabalho de parto deve utilizar vários métodos de monitoramento do bem-estar materno e fetal, como a ausculta cardiotocográfica intermitente por sonar doppler, utilização da cardiotocografia quando necessário, avaliação da dinâmica uterina e o partograma, o monitoramento do trabalho de parto tem como objetivo diagnosticar possíveis alterações e indicar tomada de condutas pertinentes para a resolução da gestação (GUIDA N, LIMA G, PEREIRA A , 2013).

No entanto, o presente estudo demonstrou lacunas em relação a registro, em prontuário, das práticas obstétricas utilizadas para o seguimento do trabalho de parto e parto. Além da realização do monitoramento é importante o registro do mesmo, para garantir a continuidade e qualidade da assistência (LEAL MC, PEREIRA APE, DOMINGUES RMSM, FILHA MMT, DIAS MAB, PEREIRA MN et al, 2014).

O mesmo ocorreu, no registro das indicações de cesariana. A cirurgia cesariana precisa ser justificada sempre que for necessária para resolução de uma gestação, neste estudo a maior parte das cesarianas não apresentavam justificativas. Principalmente quando se trata de gestantes de alto risco, pois a indicação da cesariana precisa confirmar os risco e benefícios em relação a vida do binômio em relação a cirurgia, assim seguindo recomendações das diretrizes vigentes (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Em relação as mulheres que tiveram a experiência com parto vaginal, uma minoria passou pela episiotomia, ou seja, nessa instituição a episiotomia não é utilizada de maneira rotineira, no entanto a maioria dos partos aconteceram em posição litotômica, sendo que a posição que deve ser estimulada é a vertical, para melhor evolução do parto, sobretudo em relação a rotação e descida do feto (JIANG H, QIAN X, CARROLI G, GARNER P, 2017; SABATINO, H, 2010).

Para uma experiência positiva do parto normal afim de proporcionar condições de suporte ao desconforto gerado pelas contrações uterinas durante o trabalho de parto, um método efetivo é a utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor, pois além de proporcionar conforto à parturiente, reduz o uso de substâncias farmacológicas que podem interferir no processo fisiológico do parto (BARBIERI M, HENRIQUE AJ, CHORS FM, MAIA NL, GABRIELLONI MC, 2013; BRASIL, 2014).

O banho quente de aspersão ou imersão o uso da bola, assim como a massagem e o uso de musicoterapia, são métodos não farmacológicos de enfrentamento da dor, pois reduz os níveis de hormônios neuroendócrinos relacionados ao estresse, melhora a dinâmica uterina e conseqüente correção de possível distócia uterina, facilita a descida e rotação da apresentação

fetal por dispor a adoção da posição vertical, trabalhando os músculos do assoalho pélvico (BARBIERI M, HENRIQUE AJ, CHORS FM, MAIA NL, GABRIELLONI MC, 2013; BRASIL, 2014).

Além das medidas de conforto físico, o suporte emocional deve ser estimulado, muitas vezes alcançado com a presença do acompanhante. O direito ao acompanhante é válido para o parto normal, assim como para cesariana, a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, determina que os serviços de saúde, são obrigados a permitir a gestante o direito à presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. A instituição e a equipe de saúde devem permitir e respeitar o desejo da parturiente de ter um acompanhante, de sua escolha, no trabalho de parto, parto e puerpério, dando-lhe segurança e apoio (BRASIL, 2005; MELO BM, GOMES LFS, HENRIQUES ACPT, LIMA SKM, DAMASCENO AKC, 2017).

Conclusão

Todas as práticas obstétricas além de garantir uma evolução de trabalho de parto e parto seguros para o binômio, tem objetivo de proporcionar uma experiência positiva para parturiente, recém-nascido e família, a contribuição da equipe que presta assistência para parturientes classificadas como de alto risco é essencial para consolidação da proposta de experiência positiva na resolução da gestação.

Ressalta-se, que um hospital de referência ainda trabalha para superação de lacunas como o registro em prontuário. É essencial o emprego diário, no ambiente hospitalar, das boas práticas obstétricas, ainda que existam obstáculos em se cumprir todas as recomendações de maneira integral.

Referências

BARETTA, P. **Fórmula para o cálculo do tamanho mínimo da amostra**. Estatística aplicada às ciências sociais. 8. ed. Florianópolis: UFSC, 2012. 320 p

BARBIERI M, HENRIQUE AJ, CHORS FM, MAIA NL, GABRIELLONI MC. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta paul. Enferm.** 2013. v.26(5): 478-484p.

BRASIL. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Federal nº 11.108**, de 07 de abril de 2005. Altera a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as

parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único De Saúde - SUS. Brasília, DF. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.459**, de 24 de Junho de 2011 – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5ª ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos humaniza SUS**: humanização do parto e do nascimento. Brasília. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no sus. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde**. Sistema de Informação de Nascidos Vivos. 2017

COSTA ES, PINON GMB, COSTA TS, SANTOS RCA, NÓBREGA R, SOUSA LB. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza 2010. v. 11 (2): 86-93 p.

GUIDA N, LIMA G, PEREIRA A. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. **REME rev. min. Enferm**. 2013. 531-537p.

JIANG H, QIAN X, CARROLI G, GARNER P. Cochrane Database of Systematic Reviews Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2017

LEAL MC, PEREIRA APE, DOMINGUES RMSM, FILHA MMT, DIAS MAB, PEREIRA MN et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2014. v. 30 (S1): 17-32 p.

MELO BM, GOMES LFS, HENRIQUES ACPT, LIMA SKM, DAMASCENO AKC. Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. 2017.v. 18(3): 376-382 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação**: a abordagem do *near miss* da OMS para a saúde materna. Genebra. 2014

SANTOS IDL, MEDEIROS FF, FERRARI RAP, SERAFIM D, MACIEL SM, CARDELLI AAM. Maternal near-miss in labor and delivery in the light of technologies in health. **Rev Esc Enferm USP**.2018.v. 52.

SABATINO, H. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. **Rev Tempus Actas Saúde Col**. 2010. v.4(4): 143-8p.

SILVA MG, GONTIJO EEL, FERREIRA DS, CARVALHO FS, CASTRO AM. O perfil epidemiológico de gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde de Gurupi, Tocantins. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília. 2015. v. 13 (2): 93-102 p.

VIEIRA M, SANTOS A, SILVA J, SANCHES M. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. **Rev. Eletr. Enf.** 2016. v.18 (1): 1-166p.

VIELLAS EF, DOMINGUES RMS, DIAS MAB, GAMA SGN, FILHA MMT, COSTA JV, BASTOS MH, LEAL MC. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2014. v.30(S1): 85-100p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Genebra. 2018. 1-212p.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

LAKOSKI, Mariana Charif; SANTOS, Izabel Dayana de Lemos; MEDEIROS, Fabiana Fontana; ANDRADE, Aline do Nascimento de; BERNARDY, Cátia Campaner Ferrari; CARDELLI, Alexandrina Aparecida Maciel. Práticas Obstétricas utilizadas para parturientes classificadas como de Alto Risco. **Id on Line Rev. Psic.**, Outubro/2022, vol.16, n.63, p. 222-234, ISSN: 1981-1179.

Recebido: 06/09/2022;

Aceito 19/09/2022;

Publicado em: 30/10/2022.