



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**JOSÉ TARCÍSIO DE AZEVEDO SALES**

**CONTRIBUIÇÕES DO PARTO HUMANIZADO PARA A REDUÇÃO DA  
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**CUITÉ  
2018**

**JOSÉ TARCÍSIO DE AZEVEDO SALES**

**CONTRIBUIÇÕES DO PARTO HUMANIZADO PARA A REDUÇÃO DA  
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) campus Cuité-PB, em cumprimento às exigências legais para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**CUITÉ  
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Rosana Amâncio Pereira – CRB 15 – 791

S163c Sales, José Tarcísio de Azevedo.

Contribuição do parto humanizado para a redução da violência obstétrica: revisão integrativa da literatura. / José Tarcísio de Azevedo Sales. –Cuité: CES, 2018.

27 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2018.

Orientador: José Justino Filho.

1. Parto humanizado. 2. Violência obstétrica. 3. Assistência hospitalar. 4. Assistência domiciliar. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 618.4

**JOSÉ TARCÍSIO DE AZEVEDO SALES**

**CONTRIBUIÇÕES DO PARTO HUMANIZADO PARA A REDUÇÃO DA  
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018

**MEMBROS EXAMINADORES:**

---

Prof. Drº. José Justino Filho  
Orientador- UFCG/ CES/UAENFE

---

Profª.Ms. Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueiredo  
Examinadora - UFCG/ CES/UAENFE

---

Profª. Drª. Gigliola Marcos Bernardo de Lima  
Examinadora- UFCG/ CES/UAENFE

**CUITÉ  
2018**

## **DEDICATÓRIA**

Ao criador pelos dons da minha vida, pois mesmo tendo nascido de um parto com assistência deficiente me fez viver;

A natureza por tudo que me oferece e me sinto amante desta;

Aos meus pais o senhor: Manoel Ferreira de Sales e a senhora Maria de Azevedo Sales, que tiveram que trabalhar desde a infância na zona rural do Município de Cuité-Paraíba e lutaram a vida toda para que os seus filhos tivessem as oportunidades de estudo que eles não tiveram inclusive eu;

De modo especial a minha mãe, que desde criança, tive como professora pois, me incentivou a ler e escrever me dando aulas a hora que podia e ainda por nunca ter deixado de me ajudar em todas as horas das nossas vidas;

Aos militantes de área de parto por lutarem a cada dia incansavelmente para construir as possibilidades de outros mundos ainda neste.

A todas as mulheres que sonham em ter um filho de forma humanizada.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, a Deus, por me conceder o dom da vida mesmo após um parto forçado no qual uma parteira me proporcionou até hoje desconfortos, mesmo assim, Deus me concedeu a vida e a sabedoria inclusive a perseverança para alcançar minhas vitórias.

Aos meus pais: Manoel Ferreira de Sales e Maria de Azevedo Sales, por ter cuidado de mim sempre com muito zelo e carinho.

As minhas irmãs: Eliana, Jacilene e Iranilda por tudo ao longo de nossas vidas.

Aos pesquisadores pela contribuição.

Aos amigos que hora pude contar ao longo desse caminho enquanto alunos de enfermagem.

A todos os professores que me deram aulas no Centro de Educação e Saúde CES-Cuité; irei levar boas lembranças para minha vida profissional como Enfermeiro formado nessa Instituição e de parte dos professores.

Ao pessoal de apoio do Centro de Educação e Saúde CES-Cuité pelo respeito e consideração em todas as horas em que precisei;

Aos críticos, que ora nos fizeram críticas construtivas, ou não, todas elas foram válidas para o meu crescimento.

Às escolas que tive a oportunidade de estudar, pois todas poderão contribuir com o meu crescimento.

As atitudes que me levaram a outros espaços proporcionados pela participação em tantos eventos durante esse tempo de formação.

*“Eu nasci nesta cidade  
Nessa terra de belezas  
Aonde a própria natureza  
Nos deixou felicidades  
Não gozei da mocidade  
Nem nunca passei  
De seu Zé, lutando.  
Pelo destino  
Por ser galho pequenino  
da velha árvore Coité”.*

*(José Cleodon)*

## RESUMO

SALES. José Tarcísio de Azevedo. **Contribuições do Parto Humanizado para a Redução da Violência Obstetra: Revisão Integrativa da Literatura.** UFCG CES Cuité- 2018. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação de Enfermagem)-Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação em Saúde; Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2018.

O ato de nascer é um processo fisiológico que ao longo dos tempos passou por transformações propiciadas pelo desenvolvimento da sociedade que tem contribuído ou não para o aprimoramento das práticas ofertadas ao binômio na hora do parto. **Objetivo:** realizar um levantamento na literatura acerca das contribuições das práticas de humanização no parto para a redução da violência obstétrica. **Método:** revisão integrativa da literatura, realizada na biblioteca da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e na base da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Utilizou-se as seguintes estratégias de busca: “Parto Humanizado AND Saúde Materno Infantil”, “Parto Humanizado AND Assistência Domiciliar” e “Parto Humanizado AND Assistência Hospitalar”. Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra no período de 10 anos (2008-2018) apenas em Português. Foram excluídos dissertações e teses e artigos duplicados em bases. A amostra foi composta por 11 artigos. **Resultados:** Evidenciou-se que existem serviços nas áreas pesquisadas sendo ofertados a quem procura e que estas ações estão sim de acordo com as orientações do Ministério da Saúde para o Parto Humanizado, tais como, o acolhimento, que tem o diálogo como principal forma de trabalho, assim como, a utilização de procedimentos com evidências científicas, por exemplo, a orientação para a oferta de líquidos e alimentos para a parturiente, uso de métodos não farmacológicos para alívio de dores, adoção de posições não litotômicas para o parto, contato pele e pele no parto, bem como, a redução no número de manobras de Kristeller. No entanto, identificou-se ainda a necessidade de mudanças com relação a gestão pública e institucional, assim como, há necessidade de adesão por parte dos profissionais de nível hospitalar aos métodos e princípios legais das orientações para a prática do parto humanizado na atualidade. Evidenciou-se a necessidade por parte das cidadãs usuárias de exigirem seus direitos no tocante as ações do parto humanizado conforme princípios do Sistema Único de Saúde.

**Conclusão:** Há necessidade de implementação de ações de saúde pública que possam avaliar as práticas existentes e seus efeitos e, assim, serem capazes de formular legislações específicas, e, por conseguinte melhorar a assistência materna e neonatal oferecida pelos serviços numa dimensão de atendimento integral.

**Palavras-Chaves:** Parto Humanizado, Violência Obstétrica; Assistência Hospitalar; Assistência Domiciliar.

,

## ABSTRACT

SALES. José Tarcísio de Azevedo. Humanized Childbirth Contributions for the Reduction of Obstetrical Violence: Integrative Review of Literature. UFCG CES Cuité- 2018. Course Conclusion Work. (Nursing Undergraduate) - Nursing Academic Unit, Health Education Center; Federal University of Campina Grande, Cuité-PB, 2018.

The act of being born is a physiological process that through the ages underwent transformations propitiated by the development of the society that has contributed or not to the improvement of the practices offered to the binomial at the time of the childbirth. Objective: to carry out an integrative review in the literature about the contributions of humanization practices in childbirth to the reduction of obstetric violence. Method: an integrative review of the literature, carried out in the Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) library and based on the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). The following search strategies were used: "Humanized Childbirth AND Maternal Child Health", "Humanized Childbirth AND Home Care" and Humanized Childbirth AND Hospital Care ". The inclusion criteria were: articles available in full in the 10-year period (2008-2018) in Portuguese only. Theses and dissertations and articles duplicated in databases were excluded. The sample consisted of 16 articles. Results: It was evidenced that there are services in the researched areas. being offered to those who seek it and that these spaces offer actions according to the guidelines of the Ministry of Health for Humanized Delivery, through the humanized reception that has the dialogue as the main form of work, as well as the use of procedures with scientific evidence through use of guidance for the supply of liquids and food for the woman patient, use of non-pharmacological methods for pain relief, adoption of non-litho- nomic positions for childbirth, stay in the same room during labor, delivery and postpartum, contact skin and skin at birth, as well as the reduction in the number of Kristeller maneuvers. However, it was also identified the need for changes in relation to public and institutional management, as well as, there is a need for adherence by professionals at the hospital level to the legal methods and principles of the guidelines for the practice of humanized labor nowadays. It was evidenced the need on the part of the user citizens to demand their rights regarding the humanized birth actions according to the principles of the Unified Health System.

Conclusion: there is a need to implement public health actions that can evaluate the existing practices and their effects and , thus being able to formulate specific legislation, and thus improve maternal and neonatal care offered by services in a comprehensive care dimension.

Key Words: Humanized Childbirth, Obstetric Violence; Hospital Assistance; Home Assistance.

,

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2. MÉTODO .....</b>	<b>15</b>
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Categoria 1- Parto Humanizado: Conceito e Estratégias Empreendidas .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Categoria 2- As contribuições das práticas de humanização para a redução da violência obstétrica no âmbito hospitalar: entraves e perspectivas de atuação .....</b>	<b>20</b>
<b>3.3 Categoria 3- As Contribuições das Práticas de Humanização na Atenção Domiciliar ao Parto.....</b>	<b>22</b>
<b>4. CONCLUSÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>25</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O ato de nascer é um processo fisiológico que ao longo dos tempos passou por transformações oriundas do desenvolvimento da sociedade, que tem contribuído ou não, para o aprimoramento das práticas ofertadas ao binômio na hora do parto. No Brasil, as práticas de partear até o nascimento são frutos de profundas mudanças desde meados do século passado, com crescente hospitalização, medicalização e mercantilização (MORAIS, 2010).

As situações presentes do ato de parir apresenta uma relação conflituosa com aspectos políticos, econômicos, culturais, institucional, entre outros. Além disso, os procedimentos realizados através de cirurgias do tipo cesariana no Brasil tem aumentado, fato que influencia situações de desequilíbrio da saúde materna e neonatal, pois, descaracteriza a ocorrência do parto como algo fisiológico e natural (NAKANO; BONAN; TEXEIRA, 2015).

Estudo de caráter nacional recentemente publicado evidenciou que em alguns estados brasileiros, como São Paulo, a taxa de cesárea ultrapassa 40%, sendo que em serviços privados chega a atingir 88%, o que coloca o Brasil, entre os países com maior proporção de cesárea, com 52% do total de nascimentos no país ocorrendo por meio dessa cirurgia e muito longe da taxa apresentada há décadas como aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de 10 a 15% (FERRARI, CARVALHAESII E PARADA, 2016. p. 77).

Além disso, outro estudo evidenciou que a maioria das mulheres que realizam a cesariana possui idade entre 17 a 36 anos, sendo a média de 26 anos, sem diferenças estatísticas entre aquelas pacientes que tiveram um parto normal (25,9 anos), ou cesariana (26,6 anos). (LEVADO et al., 2015). As cesáreas produzem um acréscimo na morbimortalidade materna e neonatal, destacando-se como causas a infecção puerperal e a prematuridade, também se associam com um retardo na recuperação puerperal, maior tempo de assistência por profissionais de saúde - devido à internação mais prolongada - maior uso de medicamentos, início tardio da amamentação e, por fim, elevação de gastos para o sistema de saúde. (RIBEIRO et al, 2015).

Ademais, há associação entre parto cesariano e aumento da morbidade respiratória em recém-nascido principalmente aquele sem trabalho de parto prévio, acarretando na necessidade de internamento em Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTI), entre outras complicações que se configura como uma das violências obstétricas da atualidade.

A violência obstétrica é todo e qualquer tipo de ações ofertadas à mãe que possa causar desconfortos de ordens psicológicas como, o oferecimento de orientações com tons verbais agressivos, recusar a atender as solicitações da parturiente, negar a esta o direito ao acompanhante em todo o trabalho de parto e parto, ofertar lavagem intestinal em momentos oportunos, assim como, raspagem de pêlos, privar a mulher de alimentos e água, realizar episiotomia, realizar manobras de Kristeller de forma desordenadas e separar a mãe do bebê após o nascimento. (MONGUILHOTT, 2018 e NAGAHAMA, 2008 e NAGAHAMA, 2011).

Diante disso, o parto cesáreo e as práticas convencionais de assistência ao parto podem implicar em diversos aspectos negativos, tais como: a privação da mãe para não poder participar do seu próprio trabalho de parto; ter que parir de acordo com a posição orientada pela equipe que lhe atende; ingerir uma quantidade significativa de fármacos, uso de amniotomia, analgesia peridural ou raquidiana, aumento do risco de infecções; permanência durante o trabalho de parto e parto deitada no leio, não ter o direito de ficar com seu filho nem amamentar nos primeiros momentos após o parto são exemplos de outras situações de violências obstétricas ocorridas nos dia-a-dia das realizações dos partos na atualidade (MONGUILHOTT, 2018).

Esses tipos de violências obstétricas ocorrem nos diversos locais de assistência as parturientes no Brasil e não são recomendadas pela política de Humanização do Parto. É comum a equipe de saúde desprezar a opção pelo parto fisiológico e privilegiar o parto cesariano, proporcionando a mulher ações negativas com relação aos aspectos físicos, psicológicos e social e ainda o uso crescente de métodos farmacológicos, e outras técnicas empreendidas. No Brasil, o parto por cesariana, alcançou um número de 46% dos procedimentos realizados e teve uma forte relação com prematuridade (3,4%) (VOGT, 2011).

Outro fator importante que contribue bastante para a violência obstétrica no Brasil é a episiotomia que apresentou também um número elevado de casos foram 71,6% dos casos assim como o uso de ocitocina, as manobras de Kristeller a separação da mãe do bebê após o parto, uso de enemas e tricotomias em horários inadequados.

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do Ministério da Saúde, tem planejado algumas ações com o objetivo de suprir as necessidades presentes nos diversos espaços que realizam o parto no Brasil. Destaca-se a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qual estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde e almeja fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS) incluindo estratégias como o acolhimento e humanização do atendimento (BRASIL, 2010).

Além disso, a Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe que a humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas nas ações públicas de saúde (BRASIL, 1990).

Outra iniciativa de saúde pública foi à instituição da Rede Cegonha, normatizada pela Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que instituiu, no âmbito do SUS. Esse programa consiste num conjunto de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. (BRASIL, 2011). Portanto, a Rede Cegonha é uma estratégia que visa garantir o acolhimento das gestantes desde o diagnóstico de gravidez até depois do momento do parto dentro de uma perspectiva de humanização da assistência (DIAS. 2011.p. 1042).

Apesar de ter ocorrido uma redução na proporção de partos cesáreos no Brasil, após a instituição dessas iniciativas pelo Ministério da Saúde, o número de mulheres que realizam cirurgias cesárias ainda é expressivo. A assistência hospitalar parece oferecer na visão da população menos riscos em relação ao cuidado domiciliar, além disso, o emprego de tecnologias duras na área da saúde tem influenciado o grande número de partos cesáreos. Por conseguinte, há necessidade de estudos que retratem as contribuições da assistência humanizada à mulher e ao binômio, durante o parto normal, quer seja no ambiente hospitalar quanto domiciliar. (MONGUILHOTT, 2018).

Esse conhecimento será útil, porque apresenta dados referentes a ações que podem ser modificadas no sentido de sensibilizar profissionais a respeito das modificações que precisam ser ofertadas ao binômio mãe e filho durante o processo de parto e, assim, promover ações de bem-estar.

Espera-se, que este estudo possa contribuir para o reconhecimento do parto humanizado e suas modalidades que estão sendo realizada em cada local que assistem a

mulher em trabalho parto no país e que possa contribuir para um entendimento das causas e dos efeitos desse fenômeno vivido por mulheres há tempos, e que possam reavaliar proporcionando melhoras na forma e na qualidade da assistência multiprofissional e da dimensão do parto.

Portanto, o tema é atual e de maior importância num país em que as desigualdades na assistência à saúde são tão marcadas. As questões políticas que envolvem a assistência ao parto e nascimento no Brasil estão em franca movimentação (DIAS, 2011.p. 1042). Dessa forma, esse estudo tem como objetivo realizar um levantamento na literatura acerca das contribuições das práticas de assistência ao parto humanizado para redução da violência obstetra.

## 2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que consiste em um método específico de síntese do passado da literatura, visando fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular (BOTELHO, CUNHA E MACÊDO, 2011.). A realização da pesquisa seguiu as seguintes etapas: Identificação do tema e seleção da questão da pesquisa; Elaboração da questão norteadora da pesquisa; Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos/amostragem e Busca na literatura; Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; Interpretação dos resultados; Apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES, 2008).

O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Portal de Periódicos da CAPES, em julho de 2018, na base de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PUBMED) e na biblioteca da Scientific Electronic Library Online - SciELO (SciELO Brasil), tendo como questão norteadora: Qual o conhecimento produzido na literatura acerca das contribuições das práticas de assistência ao parto humanizado e para redução da violência obstetra nas áreas domiciliar e hospitalar?

Como critérios de inclusão foram delimitadas as publicações efetuadas entre julho de 2008 a julho de 2018, que estivessem disponíveis na íntegra por meio de acervos eletrônicos, artigos publicados em textos completos, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram excluídos artigos duplicados nas bases de dados, ou que não atendiam ao objeto de estudo. Para coleta de dados utilizou-se um instrumento que contemplava informações relacionadas à identificação do artigo, autor(es), periódico publicado, ano da publicação, características metodológicas do artigo e país da publicação.

Foram utilizados os descritores: “Parto Humanizado” que apresentou um total de: 546 artigos e após colocar o filtro baseado nos critérios de inclusão citados acima restaram 134 e foram selecionados apenas cinco. Para o descritor “Serviços de Saúde Materno Infantil”, identificou-se a quantia de 17 artigos, foi feita a filtragem restando e escolhidos dois artigos.

Em relação a “Assistência Domiciliar” que se identificou 62 artigos, após a filtragem, incluíram-se cinco artigos, e foram selecionados dois artigos. O último descritor foi

" Assistência Hospitalar ", que apresentou um total de 135 artigos que após seleção tivemos 16 artigos que tivemos a oportunidade de escolher mais dois artigos.

No total, obteve-se como amostra final 11 artigos, os quais foram lidos na íntegra, sendo dispostos e apresentados em um quadro. Os principais aspectos abordados em três categorias: Categoria 1- Parto Humanizado: Concepções e Estratégias Empreendidas; Categoria 2- As Contribuições das Práticas de Humanização para a Redução da Violência Obstétrica no Âmbito Hospitalar: Entraves e Perspectivas de Atuação; Categoria 3- As Contribuições das Práticas de Humanização na Atenção Domiciliar ao Parto.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a fase de seleção dos artigos, foram incluídos na revisão integrativa 11 artigos. Destes, todos se encontravam disponibilizados em Português. Estes foram organizados e dispostos a seguir nos Quadro 1.

**Quadro 1- Descrição dos estudos segundo autor, periódico, tipo de estudo, ano e país de publicação. Cuité-PB, 2018.**

AUTOR	PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO	ANO	PAIS DE PUBLICAÇÃO
Juliana Jacques da Costa Monguilhott	Rev. Saúde Publica.	Abordagem Qualitativa	2018	Brasil
Ortona Concília	Saúde Soc. São Paulo	Análise de dados	2012	Brasil
Vanessa Franco de Carvalho	Rev Esc Enferm USP	Abordagem Qualitativa	2012	Brasil
Jane Márcia Progiantil ,	Rev Bras Enferm,	Abordagem Qualitativa	2012	Brasil
Roselane Gonçalves	Rev Esc Enferm USP	Abordagem metodológica qualitativa,	2018	Brasil
Karla Romana Ferreira de Souza	Rev Saúde Publica	Estudo longitudinal	2018	Brasil
Tatianne Cavalcanti Frank,	Rev Gaúcha Enferm.	Estudo qualitativo	2018	Brasil
Elisabeth Erico Ishida Nagahama	Ver Bras de Saúde Publica	Estudo Transversal	2011	Brasil
Elisabeth Erico Ishida Nagahama	Caderno de Saúde Publica	Revisão de literatura	2008	Brasil
Priscila Maria Colacioppo	Rev. Enf	Estudo descritivo	2010	Brasil
Ana Claudia Silveira Libert	Universidade de Antioquia	Estudo de caso	2010	Medelín

Fonte: Pesquisa direta (2018)

O Quadro 1, apresenta artigos incluídos na pesquisa. É possível observar que os anos de publicação variaram entre 2008 a 2018, sendo que os anos de 2012 e 2018 obtiveram maior número de publicações. Os artigos versam sobre as concepções do parto humanizado, assim como, as formas da humanização na atenção ao ato de nascer. Em geral, os resultados dessas pesquisas ressaltam a importância do parto humanizado, e os benefícios que este pode proporcionar ao nascimento e ao vínculo da mãe/ filho (a). Além disso, também apresenta estudos que proporcionam o conhecimento dos benefícios das práticas de humanização para a atenção ao binômio.

### **3.1 Categoria 1- Parto Humanizado: Conceito e Estratégias Empreendidas**

A humanização do parto é entendida como o atendimento que tem disponibilizado a mulher ser protagonista do seu próprio parto, assim, parir nesse modelo de assistência, é ter a opção de vivenciar ações planejadas pela equipe de saúde e também pela mulher, durante todo o processo evolutivo que culmina com o parto, é entender que o parto precisa ser fisiológico (NAGARAMA, 2008).

Nesse sentido, destacam-se as estratégias que podem ser ofertadas a mulher para a realização do parto humanizado, a saber: informações no trabalho de parto, a mulher é autorizada a beber ou comer; pode movimentar-se; deve usar formas não farmacológicas para alívio da dor, tais como a banheira, o chuveiro, a bola de massagem, o banquinho de cócoras, o cavalinho, entre outros. A parturiente deve escolher a posição de parto; deve permanecer na sala durante o pré-parto e o pós-parto e deve receber o contato do bebê pele a pele nos primeiros minutos de vida, além disso, tem direito de acompanhante em todo o processo do trabalho de parto (MONGUILHOTT, 2018; NAGARAMA, 2011).

A equipe de saúde que vai assistir a mulher em parturição deve ter documentado tais práticas que precisam ser estimuladas em consequências das necessidades que podem surgir ou não, assim como, aquelas que não deve ser realizada, por serem consideradas negativas ao ato de parir. Assim, a equipe também deve ter ciência das ações que não têm evidências científicas para fundamentar o trabalho (NAGARAMA, 2011).

As técnicas que podem ser empreendidas na humanização do parto, se constituem na base que fundamenta o trabalho das Doulas. Essa profissional tem o objetivo de auxiliar a mulher durante o trabalho de parto, reconhecendo o outro como humano para que o que é

natural possa ocorrer de forma normal e possa fluir através da oferta do acolhimento, formação de vínculos algo que produz uma riqueza no cuidado de forma (SOUZA, 2010).

As práticas ofertadas pelas Doulas é uma estratégia de parto humanizado que já vêm sendo empregada em locais que assistem o parto de acordo com as orientações dos do ministério da saúde. As Doulas devem portar o desejo de ajudar, de sentir-se útil e ainda de contribuir com a promoção do bem-estar das mulheres em trabalho de parto e parto. Essas profissionais entendem que as mulheres portam uma carência de informações de relevância quanto ao processo de parturição e que essas precisam ser empoderadas nesse sentido (SOUZA, 2010).

Outra estratégia para o parto humanizado são as Casas de Partos reconhecidas pela Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015, que propicia para que as casas de parto sejam o local escolhido para a realização do parto deve ter uma forte relação com a história da mulher através das experiências de vidas (GONÇALVES, 2011). Ainda existem também tecnologias simples como o Acompanhante de Parto é mais uma estratégia criada através da Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, para a concepção do parto humanizado por entender que este quando está junto a mulher proporciona a está acolhimento através das relações estabelecidas (MONGUILHOTT, 2018).

As práticas de educação em saúde é outro instrumento estratégico do processo de humanização da assistência geral do parto, pois é entendida como uma prática educativa que possibilita ao indivíduo uma sensibilização e que ora proporciona a liberdade de diversas situações que ora aprisiona assim as práticas de educação realizadas pelas enfermeiras são ações do seu processo de cuidados que podem transformar a maneira de parir e de nascer pela forma como se configuram e que tem um fundamento na Política Nacional Integral a Saúde da Mulher (PROGIANTI, 2012).

Além disso, nos estudos incluídos nessa revisão identificou-se a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços ofertados a população materno-infantil, dos serviços de parto, pois por meio da Portaria nº 569/2000 que orienta o Programa Nacional de Pré- Natal e Nascimento, ainda há necessidade de assegurar a qualidade do acesso, da cobertura e acompanhamento do pré-natal, do acompanhamento, parto e puerpério. (CARVALHO, 2012).

### **3.2. Categoria 2- As contribuições das práticas de humanização para a redução da violência obstétrica no âmbito hospitalar: entraves e perspectivas de atuação**

As orientações propostas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento instituído pelo Ministério da Saúde se constituem no principal suporte para o conhecimento e a prática do parto no Brasil, uma vez que as informações baseadas nas práticas humanísticas na assistência ao trabalho de parto e parto se fazem necessárias a mulher e aos profissionais de saúde, e podem empoderar suas atitudes e comportamentos referente ao local do parto e aos profissionais auxiliares (NAKARAMA, 2011).

Com relação aos entraves identificados por enfermeiras na assistência hospitalar para atenderem às mulheres parturientes de acordo com as diretrizes do parto humanizado destaca-se a necessidade de compreensão das estratégias desse novo modelo de assistência por parte dessas profissionais, nos estudos foi identificado também, a insuficiência numérica de profissionais que prestam assistência, ato que gera o temor em mudar práticas perante o número de pessoas que estavam envolvidas no trabalho, esse é um fator organizacional que se relaciona também com desgaste físico e emocional dos enfermeiros (LAMBERT, 2010).

Diante dessa situação identificada, acredita-se que a Educação Permanente em Saúde (EPS), apresenta-se como um caminho para mudar essa situação, pois, sabe-se que esta se fundamenta em ideias pedagógicas que baseada na ética e na política e ainda baseiam-se também nos efeitos formativos expressos nas práticas, além de ser uma forma de incentivar as reorganizações em ações que precisam ser revistas para melhor oferecer serviços de saúde (PROGIANTI, 2012). Além disso, observa-se que há problemas de sobrecarga de trabalho devido à insuficiência numérica de profissionais para prestar assistência a mulher o que leva a esses profissionais a não praticarem as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Na assistência hospitalar, a média de idade gestacional das mulheres pesquisadas nos estudos incluídos nessa revisão, foram de 37 a 42 semanas, algo que considera-se favorável, já com relação ao tipo de parto o que mais realizou-se ainda foi do tipo cesáreo, as horas que foram necessárias para o parto que ocorreu com mais frequência foi de 13 a 19 horas, com relação ao local de assistência da realização do parto foi o Pronto Socorro, mais precisamente do Centro Cirúrgico onde o APGAR de destaque entre os 05 minutos foi de 7 a 10. Com relação aos a distribuição absoluta das características do atendimento hospitalar o percentual maior de mulheres recebeu orientação durante o trabalho de parto, a maior também recebeu o

acompanhante de parto assim como líquidos orais (NAGAHAMA, 2011; COLACIOPPO, 2010).

Assim, se faz necessário discutir ainda a necessidade de avanços nas práticas de assistência humanizada nos lugares que assistem o parto, inclusive ao parto na Atenção Hospitalar uma vez que o parto cesáreo no país desde a década de 1980 constitui um motivo de complicações no parto e é um dos principais exemplos do modelo assistencial excessivamente intervencionista. O parto cesáreo representa 80% dos partos realizados via planos privados de saúde e 26% no sistema público, o que equivale a uma taxa média de cesarianas de 40%. Esta situação coloca o país como líder mundial em frequência de cesáreas (NAGAHAMA, 2011).

É importante observar que o a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, autoriza a presença de um acompanhante de parto e também da Doula e estes complementam uma assistência necessária ao trabalho de parto e parto, pois o acompanhante é um ser da família da parturiente no qual existe uma relação entre ambos, e a Doula, é uma profissional que complementa a assistência. Existem evidências de que a prática de Doulas apresenta os benefícios para a saúde materna e neonatal por ser uma profissional que acompanha promovendo conforto e auxílio a mulher (SOUZA, 2010).

Assim, a Doula é um grande auxílio que a mulher dispõe, com o objetivo de mantê-la calma, relaxada e ainda pode se oferecer também tranquilidade ao acompanhante, assim, essa profissional pode ser aceita pela mãe como uma pessoa que lhe oferece apoio. Ainda é possível entender o papel da Doula de acordo com a visão do Ministério da Saúde, que a classifica como uma profissional capacitada para auxiliar se ações por meio de apoio emocional, promoção do esclarecimento do que está acontecendo durante do processo de trabalho de parto, parto e pós-parto. (SOUZA, 2010).

Diante dessa realidade proporcionada pelas Doulas, e sua enorme contribuição na assistência humanizada a mulher em trabalho de parto e parto de, o número dessas profissionais ainda é escasso o nos hospitais ou outros locais que assistem o parto no âmbito do SUS. (SOUZA, 2010).

Dentre as perspectivas de atuação para as práticas de parto humanizado, destacam-se as ações de cunho educativo realizadas nas casas de parto, pois contribuem para o surgimento do vínculo da mãe com o bebê e em seguida proporciona maior responsabilidade com o filho.

Dessa forma, a Enfermagem se torna incentivadora não só cuidado, mas do protagonismo feminino tendo o momento do parto como oportunidade para dialogar sobre situações de necessidades da cliente o que produz empoderamento. (PROJANTI, 2012).

Os discursos evidenciaram que a escolha pelo local do parto tem origem nas experiências vividas por pessoas ou por si mesma em outras ocasiões, ou ainda porque estas mulheres buscavam um modelo de assistência diferenciado. (GONÇALVES, 2011) Sendo assim nota-se que o(a) enfermeiro(a) tem uma forte colaboração nesse processo pois, precisa ser consciente das ações que precisam disponibilizar para as mulheres desde a sua procura pelos serviços até os momentos vivenciados por estas numa dimensão do cuidado holístico.

### **3.3. Categoria 3- As Contribuições das Práticas de Humanização na Atenção Domiciliar ao Parto**

No percurso do pré-natal, trabalho de parto e parto tem-se a necessidade de uma assistência integral de ordens físicas, emocionais e psíquicas, de modo a contribuir para que a mulher se perceba como protagonista do ato de parir. Nesse sentido, o ambiente organizado para o trabalho de parto e parto é um fator importante no processo de parto humanizado.

Dessa forma, o parto no ambiente familiar tem uma conotação diferenciada dos outros lugares de parto, se faz necessário para esse momento a presença de uma acompanhante de sua escolha, assim como, de profissionais capacitados, algo que potencializa as habilidades de parto da parturiente de forma positiva ou negativa, e ainda referem a oferta de um grupo de ações naturais a mulher se fundamenta em ações que pode oferecer benefícios ou não algo que podem ter reflexos futuros na saúde do grupo familiar (GONÇALVES, 2011).

Estudo realizado com a intenção de conhecer o perfil das mulheres que fizeram a opção pelo parto domiciliar evidenciou que os bebês nascidos nesses ambientes e conseqüentemente pela via de parto vaginal obtiveram destaque na avaliação do APGAR, sendo que a maioria das mulheres preferiram a posição sentada para parir (COLACIOPPO, 2010). Desse modo, é possível observar que o parto domiciliar se apresenta eficaz pelo baixo risco que oferece, e o número de morte perinatais é inferior aos ocorridos nos hospitais. Além disso, há diferenças nos usos de tecnologias no trabalho de parto e parto, entre esses dois ambientes, por exemplos os fármacos são utilizados no hospital, pois muitas vezes esses não oferecem a mulher uma posição de protagonista na hora de parir (FRANK, 2013).

Por outro lado, o trabalho de parto no domicílio requer além da capacidade profissional técnica, que os envolvidos nessa ação precisam estar adaptados e devem contar com o apoio de um conjunto de ações como base a segurança nos procedimentos que precisam ser realizados e ainda na capacidade de oferecer apoio nos momentos que houver necessidades através de ações rápidas diante de alguma intercorrência, o que requer competência profissional (FRANK, 2013).

De acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na visão dos profissionais incluídos nos estudos dessa revisão, o local mais apropriado para o parto é o domicílio, pois parir em casa, torna a parturiente protagonista do ato, a mulher torna-se ativa, existe um controle do corpo, e a mesma é oportunizada a fazer opções, assim como, obtém segurança e atua sem inibição. Junto a isso, ainda possui também como benefícios a autonomia da mulher e ameniza os números de procedimentos ofertados e conseqüentemente reduz a ocorrência de violências obstétricas, ou mesmo tornam inexistentes (COLACIOPPO, 2010).

Além disso, a literatura refere que o domicílio é o melhor local para o ato de parir por se constituir num local calmo, harmonioso, livre de estímulos causados pela luz, ruídos e linguagem, o que contribui na liberação de hormônios no corpo da mulher que auxiliam no desenvolvimento eficaz do trabalho de parto e do parto. Ademais, no domicílio o nível de intervenções é mínimo, devolve a mulher as suas necessidades psicológicas, emocionais e sociais. (FRANK, 2010).

Embora haja esses benefícios, a opção pelo parto domiciliar ainda não é financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e nem mesmo nos planos de saúde existem cobertura para esse tipo de atendimento, somente em caso especiais como, por exemplo, o caso de morte, algo que configura-se como ideia contrária ao que prega as leis da saúde brasileiras quando diz que a saúde é um direito do cidadão e um dever do estado (COLACIOPPO, 2010).

Assim sendo, perante aos altos índices de situações de violências obstétricas ocorridas nos hospitais cotidianamente, a atenção ao parto domiciliar se configura como a técnica mais segura por proporcionar segurança a mulher, mas os partos realizados nesses ambientes ainda são incipientes e ainda se constituem em grande desafio para as práticas de humanização ao parto (COLACIOPPO, 2010).

#### 4. CONCLUSÃO

Nesse estudo, pode-se conhecer a respeito das contribuições do parto humanizado para a redução das violências obstétricas nas dimensões da atenção hospitalar e domiciliar. A assistência à mulher em trabalho de parto no âmbito domiciliar reduz o risco de infecções, torna o parto um fenômeno natural, estimula o vínculo do binômio nos primeiros minutos de vida, facilita o contato com o pai no momento do nascimento, considera a mulher como protagonista no ato de parir, é menos dispendioso financeiramente e expõe a menos procedimentos dolorosos e desconfortáveis a mulher.

Ainda com relação às práticas humanizadas na atenção ao parto domiciliar identificou-se que estas se apresentam como uma das formas mais eficazes de assistência, porém ainda não dispomos de uma formalização legal que normatize essa demanda em nível nacional, o que limita a oferta dos serviços de saúde pública por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

No que diz respeito aos entraves existentes nos espaços hospitalares para a implementação das práticas da atenção humanizada ao trabalho de parto e ao parto destacaram-se: a necessidade de educação permanente para melhorar o conhecimento das enfermeiras sobre a prática do parto humanizado e os problemas de sobrecarga de trabalho devido a insuficiência numérica de profissionais para prestarem assistência à mulher nos serviços de saúde. Observou-se também que as orientações do parto humanizado, já estão presentes nos serviços, porém a maior parte das ações que são realizadas nos hospitais ainda possuem fragilidades conforme o que preconiza as práticas de humanização.

Evidenciou-se que existem documentos do Ministério da Saúde que propõem diretrizes de trabalho a serem realizados pelos espaços que atendem as demandas de assistência ao parto, no entanto, estes esses pontos de atenção, ainda possuem várias limitações a nível de estrutura, funcionalidade e aceitação por parte das usuárias com relação a assistência humanizada.

Diante do exposto, ressalta-se que há necessidade de implementação de ações de saúde pública que possam avaliar as práticas existentes e seus efeitos e, assim, serem capazes de formular legislações específicas, e, por conseguinte melhorar a assistência materna e neonatal oferecida pelos serviços numa dimensão de atendimento integral.

## REFERÊNCIAS

BOTELHO. Louise Lira Roedel, CUNHA. Cristiano Castro de Almeida e MACEDO. Marcelo. In: **O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais**. Gestão e Sociedade. Belo Horizonte. 2011. Disponível em: <https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220>. Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19/09/1990: Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_\\_portaria4279\\_301210.pdf.f.06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24__portaria4279_301210.pdf.f.06_2011.html). Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan). Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas

CARVALHO. Vanessa Franco de, KERBER. Nalú Pereira da Costa, BUSANELLO. Josefina, GONÇALVES. Bruna Goulart, RODRIGUES. Eloisa da Fonseca e AZAMBUJA. Eliana Pinho de. In: **Como os Trabalhadores de um Centro Obstétrico Justificam a Utilização de Práticas Prejudiciais ao Parto Normal**. Rev Esc Enferm USP 2012; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100004). Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas .

COLACIOPPO. Priscila Maria. KOIFFMAN. Márcia Duarte; RIESCO. Maria Luiza Gonzalez, SCHNECK. Camilla Alexsandra e OSAVA. Ruth Hitomi. In: **Parto Domiciliar Planejado: Resultados Maternos e Neonatais**. Revista de Enfermagem Referência. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832010000400009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832010000400009&script=sci_arttext&tlng=en). Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas.

DIAS. Marcos Augusto Bastos. Humanização do Parto: Política Pública, Comportamento Organizacional e Ethos Profissional. **Cad. Saúde Pública** vol.27 no.5 Rio de Janeiro May 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000500022&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000500022&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas

FERRARI. Anna Paula, CARVALHAES. Maria Antonieta de Barros Leite e PARADA. Cristina Maria Garcia de Lima. In: **Associação Entre Pré-natal e Parto na Rede de Saúde Suplementar e Cesárea Eletiva**. Rev Bras Epidemiologia. 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rbepid/2016.v19n1/75-88/>. Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas

FRANK.. Tatianne Cavalcanti e PELLOSO. Sandra Marisa. In: **A Percepção dos Profissionais Sobre a Assistência ao Parto Domiciliar Planejado**. Rev Gaúcha Enferm. 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/22441/24493>.

Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas

GONÇALVES. Roselane, AGUIAR. Cláudia de Azevedo , MERIGHI. Miriam Aparecida BarbosaI, e JESUS. Maria Cristina Pinto de. In: **Vivenciando o cuidado no Contexto de uma Casa de Parto: o Olhar das Usuárias**. Rev. Esc Enferm USP 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/09>. Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas

LAMBERT. Ana Cláudia Silveira, HOGA. Luiza Aquino Kamura e JAMAS Milene Temer. In: **O Desenvolvimento de Um Modelo de Assistência Continua ao Parto**. Investigación y educación en enfermería, 2010. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3260539>. Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas

LAVADO. Mylene Martins, SILVEIRA. Carolina Duarte, CARNIEL. Douglas, HOPF. Fernanda de Souza, DUTRA. Fernanda Werner, RIGON. Maria Letícia, BARROS. Maria Luiza Bom-Ami BARROS, In: **Fatores Associados à Via de Parto Atual em Mulheres com Cesariana Prévia** Arq. Catarin Med. 2015. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/34/38>. Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas.

MENDES. Karina Dal Sasso, SILVEIRA. Renata Cristina de Campos Pereira, GALVÃO. Cristina Maria. In: **Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008. Disponível em [http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3509/art\\_MENDES\\_Revisao\\_integrativa\\_metodo\\_de\\_pesquisa\\_para\\_a\\_2008.pdf?sequence=1](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3509/art_MENDES_Revisao_integrativa_metodo_de_pesquisa_para_a_2008.pdf?sequence=1). Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas

MONGUILHOTTI. Juliana Jacques da Costa, BRÜGGEMANNII. Odaléa Maria, FREITASIII. Paulo Fontoura FREITASIII e D'ORSII. Eleonora. In: **Nascer no Brasil: A Presença do Acompanhante Favorece a Aplicação das Boas Práticas na Atenção ao Parto na Região Sul**. Rev Saude Publica. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2018.v52/1/pt>. Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas

MORAIS. Fátima Raquel Rosado. In: **A Humanização no Parto e no Nascimento. Os Saberes e as Práticas no Contexto de uma Maternidade Pública Brasileira**. UFRN. 2010. Disponível em: [http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/17585/1/FatimaRRM\\_TESE.pdf](http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/17585/1/FatimaRRM_TESE.pdf). Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas

NAGAHAMA. Elizabeth Eriko Ishida e SANTIAGO. Silvia Maria. In: **Parto Humanizado e Tipo de Parto: Avaliação da Assistência Oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma Cidade do Sul do Brasil**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infantt. Recife, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n4/v11n4a08>. Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas

NAKANO. Andreza Rodrigues, BONAN. Claudia e TEIXEIRA. Antônio Teixeira. In: **A normalização da Cesárea como Modo de Nascer: Cultura Material do Parto em Maternidades Privadas no Sudeste do Brasil**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18595>. Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas

ORTONA. Concília e FORTES. Paulo Antonio de Carvalho. In: **Jornalistas que Escrevem Sobre Saúde Conhecem a Humanização do Atendimento?** Saúde Soc. São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2012.v21n4/909-915/pt>. Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas.

PROGIANTII. Jane Márcia e COSTAII. Rafael Ferreira da. In: **Práticas Educativas Desenvolvidas por Enfermeiras: Repercussões Sobre Vivências de Mulheres na Gestaçao e no Parto**. Rev. Bras. Enferm. Brasília 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a09>. Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas.

RIBEIRO. Lucas Lopes, LUZ. Givaneide Oliveira de Andrade BRITO. Francisco Eduardo Viana, PENHA. Jardeliny Corrêa da, AQUINO. Priscila Souza e AQUINO. Caroline Batista de Queiroz. In: **Perfil de Mulheres Submetidas ao Parto Cesariano**. Disponível em: <http://eds.b.ebscohost.com/abstract?site=eds&scope=site&jrnl=19818963&AN>. Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas.

SOUZA. Romana Ferreira de, Karla; DIAS, Maria Djair. In: **História Oral: A Experiência das Doulas no Cuidado à Mulher** Acta Paulista de Enfermagem, Escola Paulista de Enfermagem São Paulo. 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307023863008.pdf>. Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas.

VOGT. Sibylle Emilie; DINIZ. Simone Grilo; TAVARES Carlos Mendes; SANTOS Nagela Cristine Pinheiros; SCHNECK. Camilla Alexandra; ZORZAM. Bianca; VIEIRA. Débora de Andrade; SILVA. Kátia Silveira da e DIAS. Marcos Augusto Bastos. In: **Características da Assistência ao Trabalho de Parto e Parto em Três Modelos de Atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2011.v27n9/1789-1800/pt>. Acesso dia: 18 de julho de 2018 às 19: 00 horas.