

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO-uma revisão bibliográfica

Danielle do Nascimento Santos¹
Priscilla Itatianny de Oliveira Silva²

RESUMO

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica com a finalidade de verificar a importância da assistência de enfermagem no parto humanizado, os benefícios que trazem para mãe e filho, como a gestante se sente melhor e os cuidados que ela passa a ter com ela e com o seu filho que está a espera, O trabalho tem como objetivo geral mostrar também a importância e o afeto como muda quando o parto escolhido e realizado dá maneira que ela queria, foi possível identificar que orientações e melhorias são papéis importantes da equipe de enfermagem pode passa para gestante durante essa fase gestacional.

Palavras-chave: humanizado; parto; assistência de enfermagem.

ABSTRACT

The present work deals with a bibliographical research with the purpose of verifying the importance of nursing assistance in humanized childbirth, the benefits they bring to mother and child, how the mother feels better and the care she takes with her and with her son who is waiting, the work has as general objective to show also the importance and the affection as it changes when the child chosen and carried out in a way that she wanted, it was possible to identify which orientations and improvements are important roles of the team of nursing can pass to pregnant during this gestational phase.

Keywords: humanized; childbirth; nursing care.

INTRODUÇÃO

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem

² Docente do curso de Enfermagem

comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções inúteis e que preserve sua privacidade e autonomia (BRASIL, 2001).

Atenção Obstétrica e Neonatal, prestada pelos serviços de saúde deve ter como características ativas à qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde abrigar com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos (BRASIL, 2005).

No que se refere principalmente à atenção pré-natal, esta pode prevenir complicações do parto na maioria das mulheres; tais como hemorragia, obstruções do trabalho de parto entre outras, entretanto a realização de determinadas intervenções durante o parto período gestacional poderá certamente, alterar e favorecer o prognóstico materno fetal (BARROS, 2011).

O principal objetivo da atenção obstétrica e neonatal é acolher a mulher desde o início da gravidez, garantindo, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mulher e do recém-nascido (BRASIL, 2005).

A importância da atuação do enfermeiro, entre os profissionais que prestam cuidado de saúde à mulher no ciclo gravídico-puerperal, podendo contribuir expressivamente para a diminuição dos índices de mortalidade materna e perinatal no Brasil (BARROS, 2011).

O papel do enfermeiro no acompanhamento e condução do trabalho de parto de risco habitual é cada vez maior sobre tudo nas maternidades públicas. Essa assistência deve ser multiprofissional e é preciso estabelecer uma rotina de trabalho harmônica entre enfermeiro obstétrico e médico ou obstetra (OLIVEIRA, 2016).

Os profissionais de saúde são, coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Apresentam a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são indispensáveis para assegurar a saúde de ambos (BRASIL, 2001).

METODOLOGIA DE ESTUDO

A pesquisa desenvolvida, quanto à tipologia, foi de revisão bibliográfica descritiva e explicativa. Este tipo de estudo, segundo Gil (2010), é desenvolvido com

base em material já elaborado constituído principalmente de livros e artigos científicos.

O referencial teórico foi retirado de artigos científicos depositados nas bases de dados, Ministério da Saúde, Scielo e também em livros relacionados ao tema no acervo do Centro Universitário Atenas. As Palavras utilizadas chaves foram: humanização, parto, enfermagem.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA RELACIONADO AO PARTO

O parto, até o século XVII era considerado um assunto de mulheres, era resolvido de maneira caseira, havia a presença de uma parteira experiente e, geralmente, da mãe da parturiente. Em certas circunstâncias, como o da realeza, o parto tinha um caráter de espetáculo, onde diversas pessoas assistiam (MALDONADO, 2002).

Ao longo do tempo, o partejar sofreu inúmeras mudanças. No final do século XIX, as mulheres pariam seus filhos com o auxílio de parteiras, em seu próprio domicílio. A presença dos médicos era requerida somente quando havia alguma intercorrência na hora do parto (LEISTER, 2013).

As parteiras eram dotadas de muito conhecimento, tendo em vista sua vasta experiência em gravidezes e partos. Dessa forma, a partir da última metade do século XIX elas foram ligadas ao sistema médico e, ainda enfrentando oposição por parte dos médicos, coube a elas a realização do parto normal. Vale lembrar que elas desempenhavam vários papéis nas comunidades em que viviam quando praticam o partejamento: são conselheiras, curadoras e amigas das famílias que necessitam dos seus serviços (MASCELANI, 2002.)

A ideia negativa atribuída às parteiras nos anos 70 e 80, quando realizavam os partos em domicílios, foi alterada porque foi provado que o ato de parturiar não provocava tantas mortes e nem era danoso à sociedade, como acreditavam os médicos (BARRETO, 2008)

As parteiras permaneciam por dias e dias na casa da paciente, esperando a hora do parto, rezando, cantando e auxiliando nas tarefas domésticas, nos cuidados com os outros filhos, analisando os sintomas e dando as devidas

orientações. Eram pessoas dedicadas, sábias, calmas, pois são conscientes da necessidade da prudência e de analisar a natureza e deixá-la acontecer por si só (LARGURA,1998)

As plantas medicinais tinham uma ação importante no conforto para as dores do trabalho de parto e amenizavam a indisposição e o sofrimento em que as parturientes se deparam, e essa prática de alívio, com o emprego de ervas, vinha de geração em geração. Muitas vezes eram as próprias parteiras que preparam os chás de plantas consideradas medicinais que eram comuns naquela região (DIAS, 2002).

Na antiguidade, o método de nascimento era compreendido como um evento natural, de caráter íntimo e privado, compartilhado entre as mulheres e seus familiares e que havia diversos significados culturais. Com o desenvolvimento teórico-prático observado no Renascimento, a obstetrícia passou a ser aceita como uma disciplina técnica, científica e dominada pelo homem, houve o incentivo à hospitalização, a intensa medicalização do corpo feminino, que resultou na perda de autonomia e de protagonismo da mulher, na cena do parto (BRASIL, 2001).

Gradativamente, foram sendo introduzidas novas práticas no processo de parturição, tornando o parto medicalizado. Depois da segunda guerra mundial, no século XX, com os avanços técnico-científicos e o desenvolvimento das ciências médicas, a gestação e o nascimento tornaram-se eventos hospitalares, nos quais eram utilizados meios tecnológicos e cirúrgicos. Nessa época, a Igreja e o Estado começaram a preocupar-se também com os assuntos relacionadas à saúde e cuidados há população (MATTAR, 2012)

No fim do século XIX, os obstetras passaram a empreender campanhas para transformar o parto em um acontecimento controlado por eles e circunscrito às maternidades, o que se efetivou na metade do século XX. Observa-se que antes do advento da obstetrícia foi aceitável manter uma divisão do trabalho entre médicos e parteiras, na qual partos “naturais” eram objeto da atenção da parteira enquanto o médico era chamado a agir nos casos de complicações (MARTINS, 2004).

No final do século XIX, o parto hospitalar começou a se tornar uma prática cada vez mais adepta pelas mulheres, sobretudo quando o sonho de Velpeau e de seus colegas tornou-se realidade com a criação das maternidades. Hospitais para mulheres e maternidades foram criados na Inglaterra, nos Estados Unidos, na França e na Alemanha durante a segunda metade do século XIX, atraindo um

número maior de mulheres devido ao tipo de atendimento oferecido como o cuidado com a higiene, o uso da anestesia no parto e as operações obstétricas, que, quando bem realizadas, decidiram-se rapidamente partos complicados e muito dolorosos (MOSCUCCI, 1993) (SHORTER, 1984).

O processo de hospitalização do parto ocorrido no século XX foi essencial para a apropriação do saber nessa área e para o desenvolvimento do saber médico, culminando com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino e a submissão da mulher no parto (NAGAHAMA, 2005).

AS MODALIDADES DE PARTOS EXISTENTES

O processo do nascimento é intrínseco ao viver da humanidade, conforme a cultura e o meio em que a mulher-mãe está inserida, causa pela qual seu trabalho de parto, e parto podem, ser vivenciados com maior ou menor intensidade, pensando direta ou indiretamente em seu processo de viver (CARRARO, 2005).

Ao considerar o cuidado e o auxílio durante o trabalho de parto, não se deve simplificar e considerar apenas o alívio da dor. Cuidar é olhar, enxergando; ouvir, escutando; observar, sentir, simpatizando com o outro, estando disponível para fazer com ou para o outro (RADÜNZ, 1999).

A seguir, uma seleção dos principais tipos de parto com um resumo de suas principais características.

a) Parto normal ou natural

O parto para que seja considerado normal, deve ocorrer sem intercorrências ou procedimentos desnecessários nos períodos de trabalho de parto, parto e pós-parto, e deve-se manter uma constante atenção voltada para o bem-estar, segurança e direitos da parturiente e do bebê. Adjetiva-se o parto como humanizado, quando se presta uma assistência holística, onde se dispensa a este momento a ternura, o carinho e a dignidade de que o evento necessita (COREN, 2009).

Perceber que são inúmeros os benefícios do parto normal tanto para a mãe quanto para o bebê, e vão desde uma melhor e rápida recuperação da mulher e

menor risco de aquisição de infecção hospitalar, até uma incidência menor de desconforto respiratório para o bebê. Sendo assim, o parto normal proporciona a mãe uma recuperação pós-parto praticamente imediata, podendo há própria voltar aos seus afazeres bem mais precocemente, sem a influência da anestesia e sem as dores da incisão cirúrgica, feita na cesariana (BRASIL, 2005).

b) Parto cesárea ou cesariana

A cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, bem como ocorrem complicações durante a gravidez ou o parto. É, assim, um recurso utilizável quando surge algum tipo de risco para a mãe, o bebê ou ambos, durante a evolução da gravidez e/ou do parto (SHEARER, 1993).

Até o início do século XIX, a operação cesariana implicava em elevados índices de morte materna e fetal. Nos dias atuais, com a evolução dos conhecimentos anestésicos e de sutura uterina, representa uma excelente conquista para a área da obstetrícia (SOUZA, 2007)

Algumas décadas passadas, o parto cesáreo era realizado somente em ocasiões excepcionais, ou seja, em situações de risco de vida para a mãe e para o feto, e a quase totalidade das mulheres resistiam a sua realização. Ultimamente, a elevação da incidência de cesarianas é um fenômeno mundial, sendo o Brasil reconhecido como um dos países com maiores índices e tido como um dos exemplos mais claros de realização deste procedimento mesmo sem indicações (SAKAE, 2009)

É evidente a crescente elevação nas taxas de cesarianas sem recomendação médica, tanto nos países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos. Apesar de a grande maioria das gestantes relatarem que sua opção seria pela via de parto vaginal devido aos benefícios que este pode trazer após sua realização, especialmente pela rápida recuperação, algumas ainda demonstraram o desejo de realização da cesariana (MANDARINO, 2009)

c) Parto domiciliar

Escolhas e determinações da mulher quanto ao tipo de parto são decorrentes de um método que envolve múltiplos fatores, tais como escolaridade,

condições socioeconômicas, história de vida, histórias de parto que ouviu ou viveu, conhecimento sobre as condições de assistência ao parto e acesso às informações, geralmente inacessíveis para a grande parte das mulheres. (SODRÉ, 2010)

No que refere ao parto em domicílio, parece que essa opção está relacionada ao nível de escolaridade mais alto, o que reflete na facilidade de acesso à informação e ao conhecimento biomédico, permitindo análise crítica das práticas obstétricas e a possibilidade de argumentação e sustentação da decisão pelo parto em casa (SODRÉ, 2012).

No Brasil, a questão da melhoria da assistência ao parto domiciliar por parteiras tradicionais vem sendo largamente discutida desde a década de 1970. Em várias regiões do País foram aumentadas atividades com parteiras tradicionais, com vistas à melhoria da qualidade dessa assistência, seja por parte do setor público ou de organizações da sociedade civil (BRASIL, 1994).

Atualmente, a maioria dos partos é realizada em ambiente hospitalar, mas nas zonas rurais, ribeirinhas e lugares de difícil acesso são as parteiras tradicionais que oferecem assistência às mulheres e crianças, muitas vezes.

O parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais acontece, então, em situação de exclusão e isolamento, desarticulado do SUS. A grande maioria das parteiras não recebe nenhuma capacitação, não dispõe de materiais básicos para a assistência ao parto domiciliar e não é remunerada pelo seu trabalho (ABREU; MELO; VIANA, 2003; ABREU, 2005; MASCELANI, 2002).

d) Parto dentro d'água

O uso da água durante o trabalho de parto e o parto não é algo novo, há fatos e lendas do seu emprego em muitas civilizações. A documentação do primeiro parto na água tem registro já em 1803, na França, porém essa modalidade de parto passou a ser mais utilizada somente a partir da década de 1980, quando Michel Odent introduziu uma banheira em uma maternidade (ODENT, 2004).

Alguns dos benefícios do parto na água são: aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento; maior mobilidade da mulher; diminuição da percepção dolorosa; contrações uterinas mais eficientes, o que acelera a dilatação cervical; redução do uso de analgesia, das intervenções no trabalho de

parto, da realização de cesariana, traumas perineais e de experimentos traumáticos de parto (MACKEY,2001).

No setor público de saúde, embora não tenha um estímulo explícito ao atendimento do parto na água, existe o apoio, por meio da Rede Cegonha, para a implantação de CPN nas diversas regiões do país. A portaria que regulamenta esse local de assistência prevê a instalação de banheira, que pode ser utilizada para assistir o parto na água (BRASIL,2011).

e) Parto fórceps

O fórceps obstétrico é um instrumento destinado a apreender a cabeça fetal e extraí-la através do canal do parto (BENZECRY,2010).

O parto a fórceps tem indicativos maternas e fetais. As primeiras compreendem situações em que o parto deve ser ultimado para reduzir o risco materno, como as limitações funcionais da paciente ou para poupá-la de maior esforço. Atualmente, permanecem válidas as recomendações de proteger a mãe nos casos de cardiopatia (risco de descompensação pelo esforço do período expulsivo), as pneumopatias, em que a paciente tem sua reserva pulmonar diminuída e dificuldade em executar o referido esforço, e tumores cerebrais ou aneurismas, em que o esforço expulsivo pode acarretar acidente vascular hemorrágico.

Outra indicação é a presença de cicatriz uterina, cuja solicitação no período expulsivo pode causar a rotura uterina, o que se anseia evitar pela redução do período expulsivo e da exposição da cicatriz ao esforço (CUNNINGHAM ,2010).

f) Parto humanizado

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no intuito de tornar mínimo as práticas inapropriadas e desnecessárias ao parto, publicou, em 1996, o Manual Assistência ao Parto Normal: um guia prático, como referência para a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde. Esse manual indica as práticas obstétricas vigentes e recomendadas, com base em evidências científicas, e classifica-as em quatro categorias: práticas claramente úteis e que carecem ser incentivadas; práticas prejudiciais ou ineficazes e que precisam ser eliminadas; práticas com evidência insuficiente para apoiar uma recomendação e que necessitam ser usadas com precaução; e práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais danos que benefício (OMS, 1996.)

Uma boa comunicação em enfermagem é contato pessoal e os aspectos emocionais ficam fundamentais para uma boa interação. Afinal o profissional precisa não apenas criar técnicas, como massagens, banho morno, criar laços de relacionamento humano. A presença do esposo ou de outra pessoa mais íntima no trabalho de parto propicia um ambiente onde a mulher possa se sentir segura e amparada (GURGEL, 1997).

FUNÇÕES DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DIANTE AO PARTO HUMANIZADO

A proposta da humanização na assistência à mulher durante o período do trabalho de parto e puerpério é uma sugestão do Ministério da saúde (MS), com o alvo principal de reduzir a mortalidade materna e neonatal (BRASIL,2005).

Ao incorporarem os discursos e as práticas obstétricas aconselhadas pelo movimento de humanização, as enfermeiras obstétricas foram reconhecidas pelos gestores públicos como profissionais autorizadas para implantar as ações desta política. Desse modo, essas especialistas foram consideradas locutoras autorizadas, dotadas de competência necessária para produzir discursos legítimos capazes de serem reconhecidos por terem uma eficácia típica diante da estrutura do campo obstétrico humanizado (SANTOS, 2012).

As práticas humanizadas do nascimento é um método em que o profissional deve respeitar a fisiologia do parto, não intervindo desnecessariamente, conhecer os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecendo apoio emocional à mulher e sua família, promovendo a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-filho, criando espaços para que a mulher exerça sua autonomia durante todo o processo (MALHEIROS, 2012).

Um dos intuitos do enfermeiro obstetra é proporcionar um ambiente calmo que diminua a ansiedade e o medo nas mulheres em trabalho de parto, além de oferecer técnicas para o alívio da dor como massagem lombar, deambulação, posturas variáveis durante o trabalho de parto e parto, hidratação, alimentação, métodos de respiração para minimizar o desconforto do processo parturitivo, e banho de imersão (SANTOS, 2012).

A autonomia da mulher deve ser respeitada e isso se dar por meio da percepção que os profissionais têm das necessidades demandadas pela usuária do sistema no ciclo gravídico-puerperal, perceber o parto como um evento fisiológico e natural e que, por isso mesmo, deve receber uma auxílio pautado em modelos não intervencionistas (GOMES, 2014).

Para que essa independência seja respeitada, a interação entre enfermeiro e mulher no procedimento, desde a gravidez, parto e puerpério, necessita se fundamentar no diálogo cordialidade, na atenção do bem estar físico, mental, social e espiritual (NAGAHAMA,2011).

As medidas praticadas pelo setor saúde no incentivo à participação de enfermeira obstétrica no acompanhamento do período gravídico-puerperal de baixo risco. Essas iniciativas se devem ao reconhecimento da profissional enfermeira que assiste a mulher com qualidade e de forma mais humanizada. (DINIZ, 2005).

O enfermeiro deve estar alerta às queixas e outras manifestações que possam indicar algum tipo de intercorrências, avisando a gestante sobre a evolução do TP e ensinando-lhe as condutas a serem adotadas durante período de dilatação, tais como as técnicas respiratórias a cada contração e relaxamentos nos intervalos. Esse profissional atua também na sala de parto assistindo a mulher no parto normal ou acompanhando a evolução do parto. O enfermeiro precisa ser especialista em obstetrícia, admitindo as condutas indicadas para a execução do parto sem distorcias (MARQUES FC, DIAS IMV, AZEVEDO L,2006)

O profissional de enfermagem com especialização em obstetrícia não pode acreditar que seu trabalho seja exclusivamente a atenção na sala de parto, na verdade, cabe a ele acompanhar a gestante durante o pré-natal, parto e puerpério, dispor-se incentivar a parturiente a proceder do aleitamento materno exclusivo e outros procedimentos altamente benéficas para mães e filhos, no sentido de manter as melhores condições de saúde (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

É relevante relatar que Garcia, Lippi e Garcia (2010, p.383– 384), destacam de forma bastante cuidadosa o papel do enfermeiro obstetra durante todo o método de parto, bem como no período pós-parto.

O COFEN, através da Resolução nº 223/1999, dispõe, em seu artigo 3º, sobre responsabilidade do enfermeiro obstetra: a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distócias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho; c)

realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando couber; d) emissão do Laudo de Enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar, constante do anexo da Portaria SAS/MS- 163/98; e) acompanhamento da cliente sob seus cuidados, da internação até a alta.

É correto que o enfermeiro obstetra não substitui o médico obstetra, contudo, como esses médicos, na maioria das vezes, não encontram tempo para permanecer ao lado da parturiente durante o trabalho de parto, por apresentarem outros nascimentos que devem ser por eles realizados, como no caso das cesáreas, o enfermeiro obstetra adota uma função da maior relevância, por ser o profissional de saúde preparado para acompanhar a parturiente para que esta não se sinta desamparada ou insegura em função da ausência do médico (GARCIA, 2010).

CONCLUSÃO

O estudo desenvolvido atingiu os objetivos, pois, identificou os marcos da assistência à mulher no quesito parto, assim como discorreu sobre os tipos de parto e sua vantagens à gestante e a criança e por fim listou as atribuições da equipe de enfermagem frente a mulher grávida.

Atualmente várias mulheres apresentam dúvidas na escolha da modalidade de se parto, em muitos casos o pai não se importa com esse processo tão delicado na vida da mulher, há diferenças quanto a participação paterna na escolha do parto, garantindo segurança e confiança a essa mulher.

A enfermeira (o) obstetra possui respaldo técnico para fazer todo o acompanhamento, as consultas da gestante, assim como, toda sua trajetória no processo do parto no hospital, cuidando com carinho e atenção da gestante e do bebê que esta por vim, igualmente todos familiares que ali se encontram.

Os profissionais devem está sempre atentos, as novas inovações, novos métodos que auxiliam no trabalho de parto, para que sua gestante se sinta segura e confortável durante, seu trabalho de parto.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. P. H. **Assistência ao parto domiciliar**. In: JUCÁ, L.; MOULIN, N. (Org.). Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá. São Paulo: Cortez, 2002, p. 73-77.
- ABREU, I. P. H.; MELO, N.; VIANA, A. P. **Parteiras Tradicionais: uma questão importante**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 795, jul. 2003. Livro de resumos I.
- ANJOS, MÁRCIO FABRI DOS. "**Dignidade humana em debate**." *Bioética* 12.1 (2004): 109-114.em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-1672007000500012_ Acesso em 15 de mai 2018.
- BARRETO, MARIA RENILDA N. Maternidade Pró-Matre. **História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. CD-Rom, 2008.
- BARROS, W. L. L., COSTA, E, BOECKMANN, L. M. M., REIS, P. E. D. D., LEON, C. G. R. M. P., & funghetto, s. S. (2011). **Parto humanizado: uma realidade na casa de parto?**.67-74 Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/04/49228-200946-1-PB.pdf>_ Acesso em 11 mai 2018.
- Benzecry R. Fórcipe. In: Montenegro CAB, Rezende Filho J (Eds). Rezende Obstetrícia. 11a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 2010. p. 905-21
- BRASIL, Fundo das Nações Unidas para a Infância (BR).2017.Disponível em WWW.UNICEF.ORG.BR_Acesso em 27 de mai 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e nascimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR).**Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**,1.ed.Brasilia:Ministerio da Saúde:2001
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 1.067 de 6 jul. 2005. Diário Oficial da União, Brasília, n. 128, 06 jul. 2005..
- Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-02180015.pdf
- CARRARO TE. Editorial. Texto Contexto Enferm. 2005 Abr-Jun; 14 (2): 153-4.disponível em: [ww.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea11](http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea11)
- COREN – SP. **Parto natural e parto normal: quais as diferenças?** Revista Enfermagem. Ano 10. nº 81, Julho/ 2009. São Paulo – SP. Disponível em http://www.corensp.org.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf,

CUNNINGHAM FG, LEVENO KJ, BLOOM SL, HAUT JC, ROUSE DJ, SPONG CY. **Forceps Delivery**. In: Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: Mc Graw Hill; 2010. p. 511-26

DIAS MAB, DOMINGUES RMSM. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(3):669-705. Disponível em:

DIAS MD. **Mãos que acolhem vidas: as parteiras tradicionais no cuidado durante o nascimento em uma comunidade nordestina** [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2002.

DINIZ, S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 627-637, 2005 disponível em: <http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf>

GIL, ANTÔNIO CARLOS. **Como elabora projetos pesquisas**. 4,ed. São Paulo:Atlas,2010.

GOMES, M. L. **Um encontro de mulheres – dar à luz**. Rio de Janeiro, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

GURGEL, ALMERINDA HOLANDA et al. **Fenômeno da dor no trabalho de parto: depoimentos de parturientes**. *Rev. baiana enferm*, v. 10, n. 1/2, p. 95-105, 1997.

HELMAN, CECIL G. Interações médico-paciente. **Cultura, Saúde & Doença**. Porto Alegre: Artmed, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500010. Acesso em 31 de mai 2018 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid Acesso em 24 mai 2018.

KOETTKER, JOYCE GREEN; BRÜGGEMANN, ODALÉA MARIA; DUFLOTH, ROZANY MUCHA. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: **transferências maternas e neonatais**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 1, p. 15-21, 2013.

LARGURA M. **A assistência ao parto no Brasil: uma análise crítica**. São Paulo (SP): Gente; 1998.

LEAS, RENATA ELIAS; CIFUENTES, DIEGO JOSÉ. **Parto humanizado: contribuições do enfermeiro obstetra**. *Revista Ciência & Cidadania*, v. 2, n. 1, p. 74, 2016.

LEISTER, NATHALIE; GONZALEZ RIESCO, MARIA LUIZA. **Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980**. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 22, n. 1, 2013.

MACKEY M. **Use of water in labor and birth**. *Clinl Obstet Gynecol*. 2001 Dec; 44(4):733-49. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-02180015.pdf

MALHEIROS, PAOLLA AMORIM et al. **Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas**. Texto and Contexto Enfermagem, v. 21, n. 2, p. 329, 2012.

MANDARINO NR, CHEIN MBC, MONTEIRO JÚNIOR FC, BRITO LMO, LAMY ZC, NINA VJS, et al. **Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil**. Cad Saúde Pública. 2009;25(7):1587-96.

MARQUE, FLAVIA CARVALHO; DIAS, IEDA MARIA VARGAS; AZEVEDO, LEILA. **A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento**. Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 10, n. 3, p. 439-47, 2006.

MARTINS, APV. A ciência obstétrica. In: Visões do feminino: **a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 63-106. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4..

MASCELANI, A. **Parteiras do abandono: um mergulho no mundo das parteiras que atuam nas margens dos rios e igarapés da região amazônica de Caxiuana e Melgaço**. Belém (PA): Ed. Mauad, 2002.

MASCELANI, A. **Um mergulho no mundo das parteiras: aquelas que vivem às margens dos rios e igarapés da região amazônica de Caxiuana e Melgaço, PA**. In: JUCÁ, L.; MOULIN, N. (Org.). Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá. São Paulo: Cortez, 2002. p.112-125.

MATTAR, LAURA DAVIS; DINIZ, CARMEN SIMONE GRILO. **Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 16, p. 107-120, 2012.

BRASIL,Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais: módulos das ações básicas de assistência integral à saúde da mulher e da criança. Brasília, 1994b. 73 p.

MOSCUCCI, ORNELLA. **The Science of Woman: Gynecology and Gender in England – 1800- 1929**. London: Cambridge University Press, 1993

NAGAHAMA, ELIZABETH ERIKO ISHIDA ET AL. **Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2011.

NAGAHAMA, ELIZABETH ERIKO ISHIDA; SANTIAGO, SILVIA MARIA. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, p. 651-657, 2005.

ODENT, MICHEL. **Água e sexualidade—a importância do parto ecológico**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2004.

OLIVEIRA, REYNALDO GOMES DE. **Blackbook-Enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook, 2016.

OMS (Organização Mundial da Saúde), 1996. *Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático*. Genebra: OMS. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600006

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. OMS, 1996.

RADÜNZ V. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira**. Goiânia (GO): AB; 1999. disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea11

SAKAE TM, FREITAS PF, D'ORSI E. **Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário**. Rev Saúde Pública. 2009;43(3):472-80.

SANTOS LM, PEREIRA SSC. **Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo**. Physis (Rio J) [Internet]. 2012; [cited 2016 Jul 12]; 22(1):77-97. disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a05.pdf>

SELLI, LUCILDA. **Bioética na Enfermagem - Interpretação à luz dos princípios bioéticos**. São Leopoldo (RS): Unisinos; 1998. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500012_ Acessado em 27 de mai 2018.

SHEARER, E, 1993. **Cesarean section: Medical benefits and costs**. *Social Science and Medicine*, 37:1223-1231. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600006

SHORTER, EDWARD. **A history of women's bodies**. London: Pelican Books, 1984. _____. **A formação da família moderna**. Lisboa: Terramar, 1985.

SODRÉ, THELMA MALAGUTTI ET AL. **Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná**. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 19, n. 3, 2010.

SOUZA E, GUERZET EA, CAMANO L. Parto cesáreo. In: Bortoletti FF, Moron FM, Bortoletti Filho J, Nakamura U. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Manole, 2007. p. 284-5.