



BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARCOS CESAR RAMOS

KAILIANE LOURENÇO DA SILVA

**PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO:
REVISÃO DE LITERATURA**

**FORTALEZA-CE
2018**

MARCOS CESAR RAMOS

KAILIANE LOURENÇO DA SILVA

PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO:

REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Ateneu, como requisito final para obtenção do título de Bacharel.

Orientador (a): Prof^ª. Ms. Rafaela Girão
Maciel Albuquerque

**FORTALEZA-CE
2018**

PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO:

REVISÃO DE LITERATURA

ROLE OF THE NURSE IN HUMANIZED CARE: LITERATURE REVIEW

Marcos Cesar Ramos¹

Kailiane Lourenço da Silva²

RESUMO

A partir das recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS, que definiu uma taxa ideal de cesárias entre 10% e 15% de todos os partos realizados e que propôs o incentivo ao parto vaginal, tem-se observado um movimento social pela humanização do parto no Brasil, sob as orientações do Ministério da Saúde. O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto natural e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. O questionamento, base que suscitou essa pesquisa, refere-se às causas, as dificuldades e a resistência à efetivação do processo de humanização do parto. Algumas hipóteses podem ser levantadas como o número reduzido de enfermeiros obstetras; o desconhecimento por parte das mulheres das vantagens do parto normal humanizado, ou ainda as condições de trabalho e de atendimento oferecidas pelos hospitais e postos de atendimento. Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa é identificar as ações e intervenções em relação à humanização do parto vaginal, com base em trabalhos já publicados sobre o tema. Trata-se de uma revisão da literatura, que é um método que proporciona a síntese do conhecimento e da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Espera-se que este estudo contribua para a ampliação dos conhecimentos na área de enfermagem obstétrica humanizada, de modo que permita a conscientização de profissionais e estudantes com relação ao tema e sirva como reflexão para o incentivo à adoção do parto humanizado em toda a rede hospitalar.

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem. Obstetrícia. Humanização. Conscientização. Parto.

ABSTRACT

Based on the recommendations of the World Health Organization (WHO), which defined an ideal rate of Caesarean sections between 10% and 15% of all deliveries, and which proposed the encouragement of vaginal delivery, a social movement has been observed for the humanization of childbirth in Brazil, under the guidance of the Ministry of Health. The concept of humanized care is broad and involves a set of knowledge, practices and attitudes that aim to promote natural childbirth and the prevention of maternal and perinatal morbidity and mortality. The questioning, the basis for this research, refers to the causes, difficulties and

¹ Acadêmico de Enfermagem da Faculdade Ateneu – FATE – E-mail: marcos25cesar@hotmail.com

² Acadêmico de Enfermagem da Faculdade Ateneu – FATE – E-mail: kailianeloureco@gmail.com

resistance to the effectiveness of the process of humanization of childbirth. Some hypotheses can be raised as the reduced number of obstetrician nurses; the lack of knowledge on the part of women of the advantages of normal humanized delivery, or the working and care conditions offered by hospitals and service stations. In view of the above, the objective of this research is to identify the actions and interventions in relation to the humanization of vaginal delivery, based on published works on the subject. It is a literature review, which is a method that provides the synthesis of knowledge and the applicability of results of significant studies in practice. It is hoped that this study contributes to the expansion of the knowledge in the area of humanized obstetric nursing, so as to allow the awareness of professionals and students regarding the theme and serve as a reflection to encourage the adoption of humanized delivery throughout the hospital network.

KEYWORDS: Nursing. Obstetrics. Humanization. Awareness. Childbirth.

1 INTRODUÇÃO

A partir das recomendações divulgadas durante a Conferência sobre Tecnologia Adequada para Nascimento e Parto da Organização Mundial de Saúde – OMS, realizada em 1985, que definiu uma taxa ideal de cesárias entre 10% e 15% de todos os partos realizados e que propôs o incentivo ao parto vaginal (UNICEF, 2015), tem-se observado um movimento social pela humanização do parto no Brasil, sob as orientações do Ministério da Saúde.

Desde então, diversas são as publicações do Governo brasileiro com vistas a orientar os profissionais da saúde no tocante ao acompanhamento da mulher. Sabe-se que a humanização da assistência ao parto depende, principalmente, da atuação desse profissional que deverá oferecer o suporte necessário à mulher e à família, além de respeitar os aspectos fisiológicos, sociais e culturais do parto e do nascimento, facilitando o vínculo entre a mãe e o bebê (PORTO; COSTA; VELLOSO, 2015).

A gravidez e o parto são momentos especiais para mulheres e homens, constituindo-se em uma experiência significativa para toda a família. No entanto, para que todo o processo corra bem é necessário o acompanhamento de um profissional da saúde que utiliza sua experiência e seus conhecimentos a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, no reconhecimento de momentos críticos em que sua intervenção torna-se necessária, confortando, esclarecendo, orientando, enfim, ajudando a parir e a nascer. Esses profissionais precisam ter consciência dessa responsabilidade (BRASIL, 2001).

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto, do nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. O acompanhamento tem início no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia (BRASIL, 2001).

Humanizar é, muitas vezes, adotar soluções simples e criativas, que resultem em um atendimento mais acolhedor, digno e solidário. A qualidade da atenção obstétrica no Brasil continua sendo um ponto crítico na assistência à mulher. “Apesar da melhoria dos indicadores, persistem questões preocupantes como a crescente medicalização, a utilização inadequada de tecnologias no parto e o aumento progressivo das taxas de cesáreas” (ROCHA, 2016).

A formação do enfermeiro obstetra tem sido considerada como a que possibilita uma abordagem diferenciada na condução do trabalho de parto, fundamentada na compreensão do fenômeno da reprodução como singular e saudável, no qual a mulher é o foco central. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a gestação de baixo risco pode ser acompanhada por um enfermeiro obstétrico, sendo este apropriado para tal função (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA, 2015).

A atuação do enfermeiro nesses casos tem crescido a partir da discussão sobre o modelo de atenção realizado em outros países, onde os resultados perinatais são muito bons e a satisfação das usuárias com a assistência recebida é alta. Várias são as pesquisas que mostram que quando a mulher é acompanhada por esses profissionais durante a gestação, são realizadas menos intervenções e conseqüentemente os resultados finais são mais satisfatórios do que os produzidos pela assistência médica convencional (ROCHA, 2016).

Trata-se de uma revisão de literatura que se caracteriza como uma pesquisa científica que evidencia um assunto, na medida em que esclarece sobre aspectos importantes acerca do tema escolhido, a partir da análise de pesquisas em artigos publicados em periódicos e literatura (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010). Espera-se que este estudo contribua para a ampliação dos conhecimentos na área de enfermagem obstétrica humanizada, de modo que permita a conscientização de profissionais e estudantes com relação ao tema.

2 HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: reflexões

Atualmente a humanização é um tema frequente nos serviços de Saúde e nos textos oficiais. Embora o termo possa ser um pouco maniqueísta, seu uso o consagra como aquele que traz à memória valores humanos esquecidos em tempos pouco éticos. O termo desponta no momento em que a sociedade passa por uma revisão de valores e atitudes, depois da queda dos ideais utópicos, políticos, éticos e estéticos decorrentes do capitalismo e da globalização. A descrença no poder público, que se mostrou incapaz de promover o bem da nação, fez com que as pessoas buscassem seus referenciais em si mesmas e não mais no coletivo (RIOS, 2009).

O usuário dos serviços de saúde, em geral, não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diversos serviços em torno de si e de seu problema. No campo da saúde, o objeto não é a cura ou a promoção e proteção à saúde, mas a promoção do cuidado que, de fato, representa os

reais objetivos do setor saúde. A postura de cuidar dos profissionais de saúde perante os usuários tem muito significado, à medida que eles se sentem valorizados e atendidos em suas necessidades. (ROCHA, 2016)

A perda de suportes sociais e éticos cria as condições para a intolerância e a indiferença; o outro passa a ser visto como ameaça e não mais como um parceiro. Associado a isso, tem-se o pouco estímulo à reflexão sobre os aspectos morais e existenciais do ser humano, fazendo com que a violência passe a fazer parte do cotidiano das pessoas, inclusive na resolução de conflitos. Em meio a isso, surgem, a partir da metade do século XX, conceitos em Direitos Humanos, Bioética e Cidadania, que vão ganhando espaço no dia a dia das pessoas, visando à construção de outra realidade (RIOS, 2009).

Na área da saúde surgiram iniciativas com o nome de humanização. É provável que esse termo tenha surgido bem antes na área da saúde mental, na luta contra os manicômios e do movimento feminista pela humanização do parto. Desde então, vários hospitais do setor público passaram a desenvolver ações que chamaram de “humanizadoras”. De início, as ações buscaram tornar o ambiente hospitalar mais afável, desenvolvendo atividades lúdicas e melhorias na aparência física dos serviços. As mudanças não envolveram a organização do trabalho ou da gestão, mas minimizaram o sofrimento que o ambiente hospitalar provoca nas pessoas (RIOS, 2009).

No ano de 2003, o Ministério da Saúde lança a Política de humanização – PNH - da atenção e da gestão em saúde no Sistema Único de Saúde – SUS: Humaniza SUS. A humanização vista como “política” e não como “programa” implica que seja tomada como diretriz política transversal, isto é, perpassando todas as ações e instancias de efetuação, pautando-se na troca solidária, comprometida com a dupla tarefa de produção da saúde e produção de sujeitos (BRASIL, 2015).

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Humanização sugere que trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços de saúde e buscar participar do processo de tomada de decisão. Enfatiza que a assistência em saúde não se restringe às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário deve se corresponsabilizar pelo cuidado de si

nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a de seus familiares (BRASIL, 2015).

3 HUMANIZAÇÃO DO PARTO

É sabido que os avanços científicos e o surgimento da tecnologia têm proporcionado melhorias na qualidade da assistência médica, incluindo a obstétrica. Destaca-se a evolução da cirurgia cesariana que passou de um procedimento executado para salvar a vida do feto, em caso de morte materna, para ser um procedimento que em alguns casos proporciona segurança à vida de ambos, mãe e bebê. Observa-se, no entanto, que com o passar do tempo esse procedimento passou a ser usado sem justificativa, fazendo com que o parto deixasse o ambiente domiciliar e adentrasse os hospitais (ROCHA, 2016).

No entanto, o parto no espaço hospitalar, opção para a maioria das mulheres, pode oferecer alternativas que favoreçam uma assistência mais centrada na mulher e na família. As maternidades devem ter locais aprazíveis, tais como pequenos jardins ou salas com decoração que traduza calma e serenidade onde a mulher possa ter mais liberdade de movimentação e contato com a sua família, ou seja, um ambiente acolhedor, com um mínimo de intervenções, mas com segurança, e que ofereça à mulher a sensação de apoio que a permita vivenciar o momento do nascimento com prazer. Esses seriam os requisitos para uma assistência médica mais humanizada (BRASIL, 2014).

Reconhecer a problemática que envolve o modelo tecnocrático de cuidados maternos e infantis é um dos fatores primordiais para efetivar as mudanças necessárias, o que envolve também a decisão política de enfrentá-la nas instituições. Desde as últimas décadas do século passado, o Ministério da Saúde - MS vem implementando ações por meio de políticas públicas dirigidas à saúde das mulheres, com o planejamento das ações de saúde investindo na melhoria das condições de vida das mulheres (BRASIL, 2014).

Esse investimento vem sendo desenvolvido a partir de uma série de programas de saúde das mulheres, entre os quais: o Programa de Humanização do Parto e Nascimento e a Assistência Humanizada ao Abortamento, dentre outros (BRASIL, 2014). Em 2001, foi publicado o manual Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher. A publicação define o que considera humanização da assistência e defende uma nova perspectiva em que os cuidados prestados devem ser efetivamente benéficos, as intervenções

desnecessárias devem ser evitadas e a privacidade e a autonomia materna preservadas (BRASIL, 2001).

O processo de humanização compreende a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde, quais sejam: usuários, trabalhadores e gestores, bem como o fortalecimento das ações que fomentem a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, com vistas ao estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva nos processos de gestão, de identificação das necessidades sociais de saúde, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. Considera-se dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo de atenção é a base que sustenta o processo de humanização (BRASIL, 2006).

Humanizar o parto é um processo que requer muito mais do que o conforto do ambiente, trata-se de uma série de cuidados que vão desde o preparo adequado da paciente já no início do pré-natal. Quanto aos profissionais de saúde, estes deverão ser sensibilizados e motivados através da veiculação de informações de como deve ser realizado o trabalho com as gestantes, de como o nascimento ocorrerá, até o preparo psíquico e físico da mulher (BRASIL, 2014).

4 O PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO

Com base no modelo humanizado, pensou-se em reduzir as taxas de cesarianas a fim de diminuir os índices de mortalidade materna. Para tanto, uma das estratégias seria inserir enfermeiras obstétricas na assistência às parturientes, para incentivar o parto vaginal implantando práticas baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2014).

Nos anos 90, no âmbito federal, o Ministério da Saúde - MS elaborou um arcabouço legal que legitimou e favoreceu a inserção da enfermeira na assistência ao parto das instituições públicas municipais. Além disso, deu condições para que as mesmas pudessem lutar pela implantação e desenvolvimento das práticas humanizadas, fato que inexistia anteriormente devido à ausência dessas especialistas na assistência ao parto (PRATA; PROGIANTI; PEREIRA, 2012)

A partir de então, muitas enfermeiras foram estimuladas a participar desse processo. O Ministério da Saúde publicou duas Portarias que regulamentavam a assistência obstétrica prestada por enfermeiras. A Portaria Nº 2815 de 29/05/1998 que incluía na tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), os procedimentos para o parto normal sem distócia realizados por enfermeiras obstétricas e a Portaria GM Nº 163 de 22/09/1998, que regulamentou a realização do parto normal sem distócia por enfermeira obstétrica nas Organizações de Saúde Públicas do Sistema Único de Saúde – SUS (ROCHA, 2016).

Com a especialização em obstetrícia, a categoria vem aprimorando seus conhecimentos e conquistando espaço na assistência ao parto. Apesar dos incentivos existentes, ainda são muitos os profissionais que não se qualificaram para a realização desses partos, aprendendo de modo informal com a observação e acompanhamento de outros (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA, 2015).

A formação obstétrica dá aos enfermeiros competência para acompanhar o processo fisiológico do nascimento, contribuindo para a sua evolução natural. Além disso, tem o papel de facilitar a participação da mulher no processo de parturição, trilhando o modelo fundamentado nos princípios da humanização que se baseiam no respeito ao ser humano, na empatia, na intersubjetividade, no envolvimento, no vínculo, oferecendo à mulher e à família a possibilidade de escolha de acordo com suas crenças e valores culturais (BRASIL, 2014).

A atuação da equipe de enfermagem tem como base proporcionar a mulher, durante o parto, maior segurança e conforto, sempre com uma escuta atenciosa, tentando reduzir a ansiedade proporcionando mais coragem e confiança. É muito importante a criação de vínculo com a paciente a fim de perceber as suas necessidades para só então saber quais as ações deverão ser realizadas. O papel da enfermagem frente a um acompanhamento humanizado durante o parto exige um profissional sem preconceitos, a prestação de serviço livre de qualquer dano e utilização mínima de intervenções em suas práticas. O respeito, solidariedade, apoio, orientação e incentivo são fatores que demonstram o cuidado e importância da assistência humanizada desse profissional (BRASIL, 2001).

5 METODOLOGIA

O estudo realizado trata-se de uma revisão de literatura, que se caracteriza como uma pesquisa científica que evidencia um assunto, na medida em que esclarece sobre aspectos importantes acerca do tema escolhido, a partir da análise de artigos publicados em periódicos e literatura. Diante da grande quantidade de informações na área da saúde tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar, aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos. Nesse cenário, a revisão de literatura emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Esta pesquisa tem como finalidade identificar as ações e a percepção dos enfermeiros, médicos, gestantes e familiares com relação às condutas destes profissionais durante o parto e qual o tipo de abordagem utilizam para envolver e sensibilizar as mulheres em relação ao parto normal. Com isso busca-se desenvolver uma melhor compreensão e melhoria na assistência desses profissionais que atuam nas salas de parto para que os mesmos possam optar cada vez mais pelo parto natural e com isso diminuir os índices de parto cirúrgico e ressaltar os benefícios que um parto vaginal proporciona, fortalecendo as atividades realizadas e desenvolvidas visando sempre trazer a humanização do parto.

Trata-se de um estudo com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico e baseado na experiência vivenciada pelas autoras por ocasião da realização de uma revisão da literatura. Esse tipo de revisão é um método de pesquisa que permite a incorporação de bases evidenciais para nortear a prática clínica, dando suporte para a tomada de decisão, por meio da síntese de conhecimento de estudos publicados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Foram utilizados artigos publicados entre os anos de 2008 e 2017. A busca foi realizada por meio do portal CAPES (coordenação de aperfeiçoamento de pessoas de nível superior) nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Os descritores utilizados para a busca foram: “Humanização”, “Enfermagem”, “Obstetrícia”, “Conscientização”, “Parto”. Os critérios de inclusão definidos para a seleção

dos artigos foram: artigos publicados em português; artigos na íntegra que retratassem a temática referente à revisão da literatura e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos dez anos. Foram selecionados onze (11) artigos e tanto a análise quanto a síntese dos dados extraídos dos foram realizados de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

O processo de elaboração da revisão da literatura se iniciou com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa de relevância para a saúde e enfermagem. Após a formulação da questão de pesquisa, se iniciou a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão. A seleção dos estudos para a avaliação crítica é fundamental. As informações foram selecionadas e sintetizadas em tabela onde foram colocadas as informações-chave e foram discutidos os principais resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final desta revisão da literatura foi constituída por onze artigos científicos selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. O quadro a seguir representa cada artigo, abordando os conceitos.

Título do Artigo	Autores	Periódico	Consideração / Temática
HUMANIZAÇÃO DO PARTO: A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS	ALMEIDA; GAMA; BAHIANA, 2015.	Revista Enfermagem contemporânea	Observou-se a ascensão da enfermagem obstétrica através de incentivos de políticas públicas e estas consolidam o processo de humanizar.
A TRANSFORMAÇÃO DA PRÁTICA OBSTÉTRICA DAS ENFERMEIRAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO	CAMACHO; PROGIANTI, 2013	Revista Eletrônica de Enfermagem	Estudo verificou que muitas enfermeiras obstétricas no processo de implantação da política de humanização do parto e nascimento reconfiguraram sua prática obstétrica de cuidado, centrando-as no estímulo do protagonismo da mulher e no respeito à fisiologia do parto.

<p>A TRANSFORMAÇÃO DA PRÁTICA OBSTÉTRICA DAS ENFERMEIRAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO</p>	<p>CAMACHO; PROGIANTI, 2013</p>	<p>Revista Eletrônica de Enfermagem</p>	<p>Os resultados apontaram que as enfermeiras pesquisadas incorporaram novos conhecimentos que foram agregados em seu <i>habitus professional</i>, gerando práticas que as fizeram romper com a reprodução do modelo biomédico no campo obstétrico. Concluiu-se que muitas enfermeiras obstétricas no processo de implantação da política de humanização do parto e nascimento reconfiguraram sua prática obstétrica de cuidado, centrando-as no estímulo do protagonismo da mulher e no respeito à fisiologia do parto.</p>
<p>A PRÁTICA OBSTÉTRICA DA ENFERMEIRA NO PARTO INSTITUCIONALIZADO: UMA POSSIBILIDADE DE CONHECIMENTO EMANCIPATÓRIO</p>	<p>GOMES; MOURA; SOUZA, 2013</p>	<p>Texto Contexto Enfermagem</p>	<p>As participantes dessa pesquisa estabelecem relações com o contexto dos macroprocessos, representados pelas estratégias como a mudança do ambiente do centro obstétrico para o centro de parto normal intra ou extra-hospitalar, produzindo um conhecimento centrado no protagonismo da mulher. Ao conquistar o sucesso mensurado pela satisfação da usuária e da própria enfermeira, experiências práticas mostraram as evidências científicas.</p>
<p>REDE CEGONHA - GRAVIDEZ, PARTO E NASCIMENTO COM SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR</p>	<p>Min. Da Saúde, 2013</p>	<p>Editora do Ministério da Saúde</p>	<p>Rede Cegonha é a estratégia lançada pelo Governo Federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. A proposta qualifica os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério.</p>
<p>POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO - PNH</p>	<p>Ministério da Saúde, 2015</p>	<p>Ministério da Saúde</p>	<p>A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho, tendo como diretrizes:</p>

			o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada.
O DISCURSO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA VOZ DAS MULHERES E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	OLIVEIRA; PENNA, 2017	Texto e Contexto Enfermagem	Os resultados dessa pesquisa demonstram que os discursos expressam-se no silêncio dos enfermeiros, ao presenciarem um tratamento hostil; no consentimento das mulheres, que procuram justificar a agressividade e as dificuldades vivenciadas como parte inerente ao processo de parto e nascimento e na invisibilidade aos olhos do profissional de saúde, que acredita que a violência é apenas um caso isolado, e que não tem grandes proporções, como é difundido pela mídia.
À MARGEM DA HUMANIZAÇÃO? EXPERIÊNCIAS DE PARTO DE USUÁRIAS DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE PORTO ALEGRE-RS	PEDROSO; LOPEZ, 2017	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Identificaram-se práticas de violência obstétrica, que muitas vezes eram banalizadas pelas próprias mulheres em consonância ao que elas esperavam de um atendimento público. Essas situações parecem reforçar hierarquias reprodutivas, deixando essas gestantes “à margem da humanização”.
HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NATURAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	PORTO; COSTA; VELLOSO, 2015	Revista Ciência e Tecnologia	O objetivo deste trabalho foi o de analisar e refletir sobre a assistência dos profissionais da enfermagem à mulher em parto natural no contexto da humanização.
ATUAÇÃO HUMANIZADA NO PARTO NATURAL SOB A ÓTICA DA ENFERMEIRA OBSTETRA	REZENDE; SOARES; SILVA, 2015	Repositório Institucional Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública	O estudo evidenciou que a enfermeira obstetra entende e reconhece a importância da sua função, abordando a assistência humanizada inserida no cuidado à parturiente. No entanto, ainda encontra dificuldades para desempenhar as suas atividades com maior autonomia, sobretudo no tocante à medicalização do parto, além de questões culturais e institucionais que interferem na qualidade da sua atuação.

AS ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO PARA A PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DA MULHER NO PARTO HUMANIZADO /	ROCHA, 2016	Repositório Institucional da Universidade Federal Fluminense	O estudo identificou que a humanização da assistência ao parto como é preconizada pelo Ministério da Saúde não está de acordo com a atual realidade das maternidades e unidades de saúde que atendem a gestante, que possuem ainda muitas dificuldades de acesso a um atendimento de qualidade. Percebe-se ainda que apesar de haver uma conscientização sobre a importância de humanizar o parto, os profissionais apontam várias dificuldades encontradas na implementação da humanização da assistência.
--	-------------	--	---

5.1 Humanização do Parto: a visão de médicos, enfermeiros e pacientes

Almeida; Gama; Bahiana (2015) afirmam que humanizar a assistência ao parto requer muito mais do que técnicas. Exige que a parturiente seja acompanhada por um profissional sem preconceitos, com atitudes livres de qualquer dano e utilização mínima de intervenções em suas práticas. O respeito, a solidariedade, o apoio, a orientação e o incentivo são fatores que demonstram o cuidado e importância da assistência prestada.

O atendimento, de forma geral, necessita de mudanças que evidenciem cada vez mais que o cuidado deve ser embasado em comprovações dos benefícios à mulher, com base em evidências científicas. A implantação de uma política pública de humanização pode transformar práticas na medida em que atualiza o *habitus profissional* dos envolvidos, a partir da aquisição de novos conhecimentos que renovam o ânimo dos sujeitos envolvidos. A partir daí, o indivíduo passa a agir como um membro típico de um grupo, de tal forma que este agente sente-se ajustado a fazer com naturalidade suas ações (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA, 2015).

Apesar de todo o tempo decorrido desde a implantação do programa de humanização do parto, em 2001, observa-se, ainda, obstáculos que dificultam os avanços na assistência ao parto, como a manutenção da medicalização, o uso abusivo de tecnologias, o financiamento insuficiente, a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, a permanência de taxas

elevadas de morbimortalidades materna e perinatal e a indiferença à presença de tratamentos hostis contra as mulheres, em hospitais de todo o país (OLIVEIRA; PENNA 2017).

Pesquisa realizada junto a médicos, enfermeiras e pacientes buscou avaliar a atuação dos profissionais da área obstétrica sobre a assistência prestada a essas mulheres, considerando as situações vivenciadas e as interações construídas entre eles durante o trabalho de parto e pós-parto. O estudo buscou ouvir a respeito do fenômeno conhecido como “violência obstétrica”, que emergiu mais enfaticamente depois dos programas de humanização do parto. Atualmente, esse termo é considerado forte e causa indignação na classe obstétrica, por direcionar hostilidade contra essa categoria profissional (OLIVEIRA; PENNA, 2017).

Ao serem entrevistados, os médicos demonstraram desgosto ao ouvir a expressão “violência obstétrica”, compreendida como um termo depreciativo e que classifica todas as práticas médicas como hostilidade contra a mulher e não como um benefício em prol da sua saúde e do recém-nascido, o que influencia negativamente o cotidiano de trabalho nas maternidades e na relação médico/parturiente (OLIVEIRA; PENNA, 2017).

No entanto, percebeu-se que a relação médico/usuária acontece permeada por discursos dissimétricos sobre um suposto-saber médico com um presumível não saber da paciente. O médico acredita possuir um conhecimento científico suficiente para conduzir o trabalho de parto e lidar com as adversidades e complicações que possam surgir neste momento; a mulher seria carente de informações sobre a fisiologia do parto, sendo, portanto, incapaz de decidir sobre ele. A construção da relação entre ambos é agravada, muitas vezes, pela falta de reciprocidade, de responsabilidade e de afetividade na interação entre esses atores, o que provoca um desencontro entre o desejo da mulher e o que é proposto pelo médico. Isso pode ser observado na fala de um dos entrevistados por Oliveira; Penna (2017):

A mulher não vem preparada para o que vai enfrentar. A maioria vem com uma carência de informação e acaba tendo um desencontro entre o que a gente propõe e o que a mulher espera. [...] Eu tenho tido desilusões por eu querer fazer uma coisa e as mulheres preferirem outras.

No entanto, a partir do momento em que o médico se depara com mulheres bem orientadas, que elaboraram o plano de parto e que recusam intervenções, age com hostilidade diante do desejo da mulher e passa a rotulá-la e a extorquir seus direitos. O que acontece é que, atualmente, pode-se dizer que “o tempo da ignorância acabou” (RIOS, 2009).

Há, nos meios de comunicação, a disseminação de informações de cunho médico, as quais qualquer pessoa tem acesso, ainda que de forma e conteúdo inadequados. É cada vez mais comum o paciente chegar com um diagnóstico em mente e querer dirigir a prescrição, conforme viu na televisão e na internet. O profissional da saúde não é mais o detentor de um saber guardado entre seus pares, mas alguém que deve ser capaz de mediar esse saber junto aos seus pacientes e sociedade, considerando a singularidade do acontecimento em cada pessoa (RIOS, 2009).

Enquanto os médicos discorrem sobre uma presumível autonomia da grávida na hora do parto, a narrativa das mulheres se contrapõe a esse discurso. A esse respeito, afirmam emudecer diante de uma atitude hostil ou autoritária; declaram-se sem voz e sem vez diante das normas e regras impostas pela instituição hospitalar, sendo necessário alguém para falar por elas. Por outro lado, algumas falas sinalizam para uma violência consentida, mesmo que no início haja constrangimento diante do tratamento recebido (OLIVEIRA; PENNA, 2017).

Eu não gostei. [...] me senti ameaçada, só que eu fiquei quieta, porque eu “tava” errada, não fiz pré-natal! Isso me deixou nervosa. Ele me chamou de irresponsável. Mas é normal, a gente dá trabalho demais na hora de ganhar neném, é muita dor, você não sabe que posição ficar, eles não deixam qualquer posição.

Essa fala é confirmada na pesquisa de Pedroso; Lopez (2017), onde as gestantes afirmam que os profissionais são os que sabem o melhor a ser feito. Esse entendimento está vinculado às relações hierárquicas dentro do hospital, que colocam as mulheres num lugar passivo, limitando o espaço no qual podem se expressar e ter liberdade de conduzir o parto conforme sua vivência no próprio corpo (PEDROSO; LOPEZ, 2017).

Ficou constatado na pesquisa, que condutas autoritárias e o uso de palavras depreciativas, bem como ameaças e repreensões contra as parturientes, são comuns no cotidiano de assistência nas maternidades. Os profissionais de saúde tendem a confundir o exercício da autoridade com um contexto difícil de trabalho. “A dificuldade de ter um anestesista disponível, por exemplo, pode levar o profissional de saúde a desconsiderar a dor referida pela mulher, não oferecendo métodos de alívio”, talvez por considerá-la inerente ao parto (OLIVEIRA; PENNA, 2017).

Quanto ao discurso das enfermeiras entrevistadas, o mesmo sinaliza para uma violência presenciada através do tratamento agressivo e pouco tolerante que permeia o

cuidado durante o trabalho de parto e demonstra as dificuldades enfrentadas por elas para garantir os direitos das parturientes, por receio do enfrentamento com os colegas de trabalho (OLIVEIRA; PENNA, 2017).

Esses relatos mostram serem ainda muito evidentes os limites estabelecidos pela hierarquia médico/enfermeiros na instituição hospitalar, restringindo e controlando o espaço destes na assistência ao parto. Nessa perspectiva, as relações do cotidiano são expressas com enfrentamentos e são entendidas como um obstáculo a ser superado (OLIVEIRA; PENNA, 2017). É o que pode ser observado no fragmento abaixo:

[...] em uma instituição hospitalar, os desafios permanecem praticamente os mesmos. É o enfrentamento da medicalização mesmo, o enfrentamento da corporação; é a relação com tudo isto, é uma relação com a maioria. Esta maioria são os nossos colegas médicos que fazem questão da cultura hospitalar e de colegas enfermeiras, também, que discursam muito, mas na prática não é bem assim. [...] É o imaginário da enfermeira do parto humanizado, é a transformação da super-enfermeira, é aquela que consegue, em um universo deste, fazer um trabalho como aquele que a gente imagina, trazer um imaginário para uma realidade tão endurecida e tão hegemônica (OLIVEIRA; PENNA, 2017).

As enfermeiras demonstram em seus discursos a necessidade de um aprofundamento teórico para que sejam capazes de realizar as mudanças necessárias na sua prática. Em sua pesquisa, Camacho; Progianti (2013) observaram também que com o capital incorporado na formação, antes do processo de humanização, muitas enfermeiras apenas reproduziam as mesmas concepções presentes na prática obstétrica médica, contribuindo para manter a ordem instituída. Naquele momento, predominavam as relações assimétricas, sem a escuta ativa do cliente, sem que a mulher ocupasse sua real posição de protagonista no processo do nascimento (CAMACHO; PROGIANTI, 2013).

Após a especialização em enfermagem obstétrica, muitas enfermeiras sentiram aumentar seu valor convencional e juridicamente garantido, o que também repercutiu em sua posição na estrutura social. Assim, essas profissionais afirmam ter mudado sua visão de mundo quando entraram em contato com a obstetrícia baseada nos princípios do modelo humanizado e passaram a ser orientadas pelo respeito humano (CAMACHO; PROGIANTI, 2013).

As enfermeiras consideram e relatam que apesar da importância do conhecimento teórico e habilidade técnica, o bom profissional deve integrar aspectos subjetivos à

assistência. Todavia, ainda enfrentam outras dificuldades que também interferem na sua participação no parto, como a medicalização da assistência, excesso de atribuições e carga horária, bem como aspectos relacionados à instituição onde atuam (CAMACHO; PROGIANTI, 2013).

Os problemas com referência à hierarquia são os mesmos encontrados nas pesquisas realizadas há cinco anos, o que significa dizer que pouco mudou nas relações médicos / enfermeiros / pacientes. O relato colhido na pesquisa realizada por Gomes; Moura; Souza (2013) em uma maternidade pública do Rio de Janeiro reflete bem o pensamento das enfermeiras obstétricas com relação a isso.

[...] o que me desafiou de fato foi entender que dentro da maternidade, por mais que eu tivesse conhecimento, eu não era ninguém, havia muitas limitações, faltava autonomia, ou faltava o poder de decidir com a mulher. Aquilo foi me deixando [...] desesperada é o termo, porque você o tempo inteiro está sendo questionada, tendo que rebater, muitas vezes você fazia isso tudo e passavam por cima de você, como um trator (GOMES; MOURA; SOUZA, 2013).

A violência institucional na área da Saúde decorre de relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos. Existem desde a transformação do hospital antigo no hospital moderno, sob os chamados “novos” métodos organizacionais. Foi se configurando desde o controle ao não reconhecimento das subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais. No que se refere à organização científica do trabalho, criaram-se os grupos dos que pensam e dos que obedecem, levando-se ao estado de alienação do sujeito em relação ao seu trabalho e ao contexto social em que se inscreve a sua prática. Como consequência, tem-se um trabalho mecânico e sem sentido, bem como potencialmente violento, porque perde qualidades fundamentais para o contato técnico e sensível necessário às relações na saúde (RIOS, 2009).

Observações realizadas em uma sala de parto obtiveram dados que se aproximam do que relataram as puérperas das outras pesquisas. Tanto no nascimento por via natural quanto na cesariana, as boas práticas de atenção ao nascimento aconteceram de forma fragmentada. No parto normal, a posição da parturiente era de litotomia, em um ambiente equipado com diferentes tipos de ferramentas e cercado por profissionais. A posição horizontal está relacionada com o processo histórico de medicalização do parto na medida em que favorece a visualização do profissional, sem levar em consideração o que seria mais confortável para a mulher (PEDROSO; LOPEZ, 2017).

Na cesariana, verificaram que a mulher era monitorada constantemente pelo anestesista e havia a presença de vários profissionais assessorando a cirurgia, mas sem nenhum diálogo entre eles e a parturiente. Após o nascimento, a criança foi entregue diretamente ao pediatra, e a mãe só viu o bebê quando o pai a recebeu e veio mostrar a ela. Por outro lado, as mulheres valorizaram a presença do acompanhante no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto, sendo visto como um diferencial no atendimento, pois trouxe mais confiança e segurança (PEDROSO; LOPEZ, 2017).

Em estudos anteriores foi constatado que apesar de ser garantida por lei, a presença do acompanhante nem sempre é efetivada, principalmente quando se trata de mulheres de baixa renda e escolaridade, múltíparas, negras e usuárias do SUS que passaram por parto vaginal anteriormente. Nas observações feitas, ficou constatado que a maioria das mulheres espera por um “mau atendimento” no SUS, na medida em que no atendimento público de saúde o normal seria que os profissionais não as tratassem bem e que a estrutura fosse precária. Essa ideia parece ter efeitos, fazendo com que as usuárias valorizem a assistência que estão recebendo, independentemente de situações agressivas de algum profissional (PEDROSO; LOPEZ, 2017).

Diferentemente dos resultados apresentados nas pesquisas citadas, o estudo de Nascimento et al, realizados ainda em 2010, em uma casa de parto na cidade do Rio de Janeiro, apresenta resultados muito positivos no que se refere a um atendimento humanizado, ao estímulo da presença de um acompanhante, de preferência o pai do bebê. As entrevistadas ressaltaram os cuidados desprendidos, principalmente durante o pós-parto. O que merece destaque é que quando há a integração de um membro da família durante o trabalho de parto a mulher se sente mais segura e confiante. Essa prática também favorece a humanização da assistência, além de ser uma prática baseada em evidências científicas (NASCIMENTO et al, 2010). Eis o relato de uma paciente:

Você se sente mais segura... porque quando tive a minha primeira filha, eu nunca tinha ficado num hospital, e quando eu me vi ali sozinha, sem ninguém, entrei em desespero. Mas aqui, não. Aqui me senti mais tranquila com eles perto de mim [...]. Sei lá. Achei que foi muito legal (NASCIMENTO et al, 2010).

Tudo isso leva a crer que estimular e facilitar a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto é uma prática reconhecidamente benéfica para a mulher. Além disso, percebe-se que a presença de um parente tem contribuído para a redução de taxas de

cesariana, duração do trabalho de parto, incentivo ao aleitamento materno, além de desenvolver na parturiente uma percepção positiva desse processo (NASCIMENTO et al, 2010).

Algumas das entrevistadas relataram atitudes por parte das enfermeiras que foram reconhecidas como violência obstétrica. Porém, os casos aconteceram de forma pontual, no tocante à paciência para com o sofrimento da puérpera, seus gritos e reclamações. No entanto, em sua maioria, as entrevistadas se sentiram acolhidas, bem tratadas, o que com certeza não era esperado por elas. Isso demonstra que atitudes humanizadas são subjetivas a cada pessoa (NASCIMENTO et al, 2010).

O profissional da Saúde nunca estará imune às determinações do papel social, das demandas conscientes e inconscientes dos pacientes, da formação acadêmica e principalmente da sua personalidade. Tanto que esta é decisiva para o resultado do cuidado ao paciente. Sua visão de mundo, valores, desejos, relação com a profissão, enfim, todo o seu ser subjetivo influencia sobre o modo como se dá a sua prática diária e as relações com o paciente (RIOS, 2009).

Outro ponto enfatizado em algumas pesquisas são as rotinas hospitalares que são apontadas com um dos fatores que impossibilita que a parturiente decida sobre as condutas a serem realizadas durante o parto, deixando de ser a personagem principal deste processo. Dessa forma, as intervenções que deveriam ser realizadas em situações específicas, passam a ser rotina no atendimento (GOMES; MOURA; SOUZA, 2013).

É importante ressaltar que a melhor maneira de minimizar essa situação seria a valorização do trabalho em equipe, porque os profissionais de enfermagem, assim como os médicos, possuem ainda uma formação intervencionista e isso precisa ser desconstruído para o benefício da mulher e do bebê. A valorização da competência técnica ainda é visualizada no relato de algumas enfermeiras obstetras, as quais descrevem que para uma assistência eficaz ao parto torna-se imprescindível que a profissional apresente agilidade e conhecimento teórico (REZENDE; SOARES; SILVA, 2015).

Outras dificuldades são relacionadas à estrutura física e à mudança na cultura hospitalar, que devem ser voltadas para as necessidades das mulheres e suas famílias, visando transformar os hospitais em locais mais acolhedores e favoráveis à implantação de práticas

mais humanizadas. Em todas as pesquisas percebeu-se que as enfermeiras obstetras têm consciência do seu papel e da sua capacidade de assistir à mulher e reconhecem suas deficiências, desafios e dificuldades, o que proporciona insegurança. Sendo assim, a inclusão de políticas e programas, bem como de educação continuada de apoio à enfermagem obstétrica devem estar cada vez mais presentes (PORTO; COSTA; VELLOSO, 2015).

A mudança na dinâmica de trabalho inclui uma relação de comunicação e diálogo entre os diversos profissionais, o que poderá levar a uma melhora evidente na assistência prestada. A equipe de enfermagem deve buscar realizar suas atividades com vontade, carinho e atenção, aliando esses sentimentos aos procedimentos técnicos para que haja qualidade no atendimento (BRASIL, 2014).

Uma equipe em sintonia com a Política de Humanização é aquela em que se faz presente em diferentes situações, e com autonomia, acolhe e recebe não somente a usuária, sua família, mas, também permite que tragam sua cultura, transformando se preciso for, o curso de seu parto, ou ainda permitindo que cada mãe sinta da sua maneira a sua dor, apoiando-a e a seus familiares, ou seja, estreite os laços (BRASIL, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de humanização do parto encontrou apoio da Organização Mundial de Saúde como forma de se diminuir o número excessivo de cesarianas no Brasil e conseqüentemente da morbimortalidade. Ainda na década de 1980, a OMS publicava o documento “Tecnologia Adequada para Partos e Nascimento”, que enfatizava os direitos da população em relação à assistência pré-natal e à informação sobre as várias tecnologias utilizadas no parto e fazendo críticas ao modelo biomédico, inclusive questionando a cientificidade das tecnologias e intervenções utilizadas no parto como rotina.

De acordo com o modelo humanizado, uma das estratégias que poderia minimizar o excesso de cesarianas e de mortalidade materna seria a inserção de enfermeiras obstétricas na assistência à mulher, buscando incentivar o parto vaginal com a implantação de práticas baseadas em evidências científicas. De acordo com diversas pesquisas, essa iniciativa gerou diversos conflitos com a equipe médica que permanecem até hoje.

Esta revisão bibliográfica buscou em artigos publicados nos últimos anos evidências de práticas humanizadas nos hospitais públicos, bem como, as dificuldades enfrentadas pelos

profissionais da enfermagem e pela parturiente e seus familiares. Observou-se que tanto as pesquisas feitas em 2013 como as mais atuais de 2017 apresentam resultados análogos no quesito “violência obstétrica”, caracterizada por atitudes de desrespeito à vontade e opinião das grávidas, bem como das próprias enfermeiras. Trata-se aqui de uma hierarquização de saberes e opiniões.

As parturientes se queixam das atitudes de médicos e enfermeiras, que por vezes se utilizam de expressões imperativas e impacientes com suas queixas e dores; as enfermeiras se queixam das dificuldades enfrentadas para garantir os direitos das parturientes, por receio do enfrentamento com os colegas de trabalho; os médicos, por sua vez, se queixam de ambas. É um círculo de atitudes que gera insatisfação entre todos os envolvidos.

Em outros casos há relatos de atendimento humanizado, atencioso, respeitoso e, por que não dizer, humano. O modo como se porta diante do paciente, seja com atitude carinhosa ou autoritária e arrogante, refere-se à história pessoal do profissional. O seu temperamento, preconceitos e emoções são ministrados a cada paciente de modo diverso e, na maioria das vezes, sequer percebido. E aí estão o problema e a solução. A base do vínculo que permite uma relação de confiança, humanizada e potencialmente terapêutica se assenta no campo das subjetividades.

Conclui-se que os profissionais de enfermagem são peças fundamentais para a realização da mediação entre a mulher, a família e a equipe médica, a fim de promover um ambiente favorável e harmonioso. As ações devem ser baseadas em uma assistência individualizada, acolhedora, eficiente, centrada na integralidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Olivia Souza Castro; GAMA, Elisabete Rodrigues; BAHIANA Patrícia Moura. **Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros**. Disponível em: <[https:// www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/456/437](https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/456/437)> Acesso em 12/04/2018.

BRASIL. Humaniza SUS: **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília vol.04, 2014. Disponível em:< <http://www.repositorio.uff.br/jspui/bitstream/1/3476/1/TCC%20Jessica%20da%20Silva%20Santos%20Rocha.pdf>> Acesso em: 02/03/2018.

_____. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Área Técnica de Saúde da Mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2001. Disponível em: bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-3413

_____. **Portaria consolidada da rede cegonha** (Portaria nº1.459, de 24 de junho de 2011 e Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011), Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde 2011b. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_consolidada_cegonha.pdf>. Acesso em: 04/02/2018.

_____. **Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_led.pdf> Acesso em: 04/02/2018.

CAMACHO, Karla Gonçalves; PROGIANTI, Jane Marcia. **A Transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado**. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588>> Acesso em: 02/03/2018.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. **Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>> Acesso em: 18/05/2018.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. **O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde**. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf> Acesso em: 22/05/2018.

PRATA JA, PROGIANTI JM, PEREIRA ALF. **O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado**. Rev. enferm. UERJ. 2012;

PEDROSO, Clarissa Niederauer Leote da Silva; LOPEZ, Laura Cecilia. 2017. **À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312017000401163&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 04/03/2018.

PORTO, Any Alice Silva; COSTA, Lucília Pereira da; VELLOSO Nádia Aléssio. **Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa**. 2015 Disponível em: <<http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/CIENCIAETECNOLOGIA/article/view/284>> Acesso em: 28/04/2018

REZENDE, Márcia Maria Rodrigues de Araújo Rezende; SOARES, Natane Rios, SILVA, Rita de Cássia Velozo da. **Atuação Humanizada no parto natural sob ótica da enfermeira obstetra**. 2015. Disponível em: <<http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/674/1/Trabalho%20de%20conclus%C3%A3o%20de%20curso.pdf>> Acesso em: 02/05/2018.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

ROCHA, Jessica da Silva Santos. **As estratégias do enfermeiro na promoção da autonomia da mulher no parto humanizado: revisão de literatura**. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/3476>> Acesso em: 04/03/2018.

SILVA, **Humanização do Parto Normal**: uma Revisão de Literatura Rev. Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 2, art. 1, p. 134-148, ago. / dez. 2014 Disponível em: www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/245> Acesso em: 25/ 03/ 2018.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazerdo it?** 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf> Acesso em: 18/05/2018

UNICEF. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHORHR15.02por.pdf?sequence=3>> Acesso em: 28/04/2018.