



A importância do enfermeiro no atendimento humanizado no pré-parto

Gilmara Silva Santos, Joyce Lopes Oliveira de Souza*, Ludmilla Santos de Almeida e Monica Hermida Gusmão

Faculdade de Tecnologia e Ciência (FTC) Salvador, BA, Brazil

doi: 10.7447/dc.2012.025

INFORMAÇÕES

Histórico:
Recebido em
25/10/2011

Revisado em:
13/05/2012

Aceito em:
23/07/2012

Palavras-chave:
Parto Humanizado,
Enfermagem, Enfermagem
obstétrica, Centros de partos
normais

AUTORES

GMS

Bacharel em Enfermagem

JOS

*Autor para correspondência:
joy_lopes@hotmail.com
Bacharel em Enfermagem,
Especialista em Enfermagem
Clínica e Cirúrgica

LSA

Bacharel em Enfermagem,
Especialista em Emergência e
U.T.I.

MHG

Bacharel em Enfermagem
Especialista em Administração

RESUMO

Este é um estudo bibliográfico de abordagem qualitativa, que tem como objetivo identificar a importância do enfermeiro na humanização do atendimento pré-parto, bem como identificar métodos que podem ser utilizados na efetivação de um cuidado mais humanizado. Como resultado destaca-se: o abuso das indicações de partos cesáreos e a medicação em excesso, história da humanização do atendimento pré-parto, parto e nascimento, inclusão do acompanhante no pré-parto, atuação do enfermeiro obstetra e a realização do atendimento a parturientes em centros de partos normais.

ABSTRACT

TITLE: The importance of nurses in a humanized assistance before labor.

This is a bibliographic study, with qualitative approach, that aims to identify the importance of nurses in the humanized attendance before childbirth, as well as to identify methods to be used in a more humanized health care in labor. As main results, we stand out: the abuse of cesarean sections and medication during labor; the needs for a humanized assistance in childbirth; the role of the presence of a companion in pre-labor and labor processes; and the action of a midwife nurse on the pregnant care and in the normal delivery room.

Keywords: Humanizing delivery, nursing, nurse midwife, pre-labor, normal delivery room.

1. Introdução

O parto é um momento único pelo qual a mulher aguarda durante nove meses ansiosamente para ter em seus braços o seu tão sonhado filho. Assim sendo os acontecimentos durante o trabalho de parto podem marcar positiva ou negativamente a vida da futura mamãe para sempre.

A humanização na assistência do pré-parto e parto é uma política de saúde criada a partir da análise das necessidades de atenção específicas das gestantes. Para Dias e Domingues (2005) o conceito de humanização na assistência do pré-parto inclui a organização da assistência realmente voltada às necessidades das parturientes e sua família.

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando

intervenções desnecessárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), sendo a enfermagem responsável por minimizar tais condutas desnecessárias. Para isso faz-se necessário investimentos financeiros por parte dos donos de hospitais, mudança de postura dos profissionais de saúde e implementação de base científica no cuidado.

Segundo o Ministério da Saúde (2005) uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. Para sua humanização e qualificação, faz-se necessário construir um novo olhar sobre o processo saúde e doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade.

A humanização no pré-parto se faz relevante visto que é nesse período que a mulher necessita de uma assistência isenta de traumas para que o parto transcorra da melhor maneira possível. E a enfermagem é crucial nesse processo por ser

responsável pelo acolhimento e pelo cuidado não invasivo almejado pela gestante.

Frente a esse quadro teórico e almejando uma assistência digna as futuras mães, este estudo pretende responder o seguinte questionamento: Qual a importância do enfermeiro para o atendimento humanizado no pré-parto?

Para o objetivo geral desse estudo buscamos mostrar a importância do enfermeiro na efetivação do cuidado humanizado prestado às parturientes. Já para os objetivos específicos buscamos mostrar os métodos que podem ser utilizados na busca da assistência humanizada no pré-parto.

2. Material e Métodos

Este estudo teve início na escolha do tema com base na análise feita do atendimento prestado em uma unidade materno-infantil pública na cidade de Salvador. Neste local por vezes foram observados atendimentos com características desumanas, levando a traumas irreversíveis as gestantes que por lá estiveram.

Trata-se de uma revisão bibliográfica, que visa explicar um determinado questionamento de acordo com referencial teórico indexado, podendo ser feita de forma independente. Para elaboração deste tipo de pesquisa, é necessário consultar trabalhos publicados em livro e/ou artigos científicos de acordo com a proposta previamente selecionada (GIL, 2002).

Para produção desse estudo foi realizada uma revisão bibliográfica de natureza qualitativa na qual foram analisadas obras de referência na área oriundas do acervo da biblioteca da Faculdade de Tecnologia e Ciência na unidade de Salvador e artigos científicos indexados a partir do ano 1999 em revistas de renome na área de enfermagem. Os descritores utilizados foram: parto humanizado, enfermagem obstétrica, humanização do parto.

De posse desse material foi identificado o modo como a assistência pré-parto é realizada em alguns hospitais brasileiros. E após a análise dos resultados encontrados buscamos concluir a importância do enfermeiro nas ações em busca da humanização da assistência e quais ações podem ser difundidas para todas as unidades de atendimento materno-infantil em prol de uma assistência de enfermagem mais humanizada, reduzindo assim as frustrações das gestantes durante o atendimento pré-parto.

3. Resultados

A busca por humanização no atendimento pré-parto teve seu início nos anos 80 do século XX com um movimento social pela humanização do parto e do nascimento contra o modelo de atendimento ao parto hospitalar e medicado. Este movimento teve base na proposta da Organização Mundial da Saúde de 1985 que inclui: incentivo ao parto vaginal, aleitamento materno no pós-parto, alojamento conjunto e a presença de um acompanhante no processo do parto.

Já em 1993, foi fundada a rede pela Humanização do parto e do Nascimento (Rehuna). A carta de Campinas, documento fundador da Rehuna, denuncia as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente, às condições pouco humanas a que são submetidas às mulheres e crianças no momento do nascimento. (PRISZKULNIK E MAIA, 2009).

No final dos anos 90 do século XX o Ministério da Saúde elaborou um plano de três etapas para melhora da saúde obstétrica. A princípio houve um aumento na remuneração do parto normal e um percentual máximo para o pagamento de cesáreas por hospital. Na segunda etapa foi criado um programa de apoio à Implantação do Sistema Estadual de Referência Hospitalar para gestação de alto risco e a terceira etapa trata da atenção humanizada no pré-natal e ao parto.

Assim, com o objetivo de instituir a parturição mais humanizada e menos medicada o Ministério da saúde em junho de 2000 criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Programa esse que objetiva o resgate da atenção obstétrica integrada, qualifica e humaniza com o envolvimento de forma articulada dos estados, municípios e das unidades de saúde nestas ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A principal estratégia do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Mas a partir da análise de diversos materiais teóricos foi possível perceber que a realidade da assistência moderna transformou o parto e o nascimento em um evento médico-cirúrgico baseado no excesso de medicação fornecida e na utilização de inúmeras tecnologias e crescentes indicações de partos cesáreas. Tais condutas anularam as características que tornavam o parto um processo natural e fisiológico.

Dados comprovam que o Brasil é campeão mundial em cesarianas, tendo a taxa média de 38,6%, enquanto a média estabelecida pelo Ministério da Saúde é de 15% (PRISZKULNIK E MAIA, 2009 apud Folha de São Paulo, 2005), apesar das evidências científicas que demonstram as vantagens do parto vaginal para saúde da mulher. Esses dados alarmantes se devem ao tratamento do parto como evento patológico, e a resistência dos hospitais em se adequar a assistência humanizada.

Cada cesariana desnecessária apresenta para a mulher um risco maior de complicações como infecção ou hemorragia, em relação ao parto normal (PRISZKULNIK E MAIA, 2009), podendo levar ao aumento da morbidade e mortalidade materna. Esse panorama indica a necessidade de um modelo assistencial que resgate o processo natural e humano do parto e do nascimento freando o abuso das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas (CARON E SILVA, 2002).

Mas a assistência prestada às parturientes é muitas vezes pensada e idealizada unidirecionalmente pelo profissional que determina o que é melhor para o outro, não sendo considerada a pessoa a quem se assiste, como quem pensa, sente e muitas vezes tem plena condição de participar do processo que está vivenciando (CARON E SILVA, 2002). A mulher é subjugada à autoridade dos profissionais não encontrando, na maioria das vezes, o acolhimento pelo qual anseia (CARON E SILVA, 2002).

Para romper com este modelo o profissional deve colocar-se inteiramente a disposição do outro, não só fisicamente, quanto emocionalmente e intelectualmente (CARON E SILVA, 2002). Porém, a inserção desse modelo assistencial esbarra na falta de apoio empático dificultado pelo excesso de profissionais atarefados, estudantes inexperientes e o desrespeito às evidências científicas atuais, segundo Silva et al. (2005).

Por outro lado, para o bom desenvolvimento do trabalho de parto, é necessário o bem estar físico e emocional da mulher, o que favorece a redução dos riscos e complicações. Para tanto, o respeito do direito da mulher a privacidade, a segurança e conforto, bem como uma assistência humana de qualidade, aliado ao apoio familiar durante a parturição, transformará o nascimento em um momento único e especial (MOURA et al., 2007).

Para isso, segundo Dias e Domingues (2005) faz-se necessária uma nova abordagem que estimule a participação ativa da mulher e seu acompanhante. Nunca deixando de lado a presença constante do profissional junto da parturiente,

preconizando o suporte físico e emocional e o uso de novas técnicas de cuidado que permitam o alívio da dor.

Na tentativa de conceder um apoio a gestante durante o pré-parto e evitar a onipotência dos profissionais da saúde durante esse processo os acompanhantes foram inseridos. Sendo esse acompanhante por vezes uma pessoa especificamente treinada para o acompanhamento no trabalho de parto, as chamadas Doulas.

A literatura tem revelado que a presença do acompanhante traz muitos benefícios, como a diminuição da ansiedade da parturiente, favorecendo assim, a evolução do trabalho de parto e assistência prestada ao processo (TOMELERI et al., 2007 apud CARVALHO, 2001). Assegurado por diversas vezes o bem-estar da futura mãe, podendo até auxiliar no conforto físico, incluindo a redução dos níveis de dor e no conforto emocional.

Sendo esse acompanhante o pai, esta participação facilita a formação de vínculos precoces entre o pai e o bebê, visando o fortalecimento desses laços, o que é considerado uma medida preventiva em relação à violência doméstica contra crianças, o abandono familiar e/ou a delinquência juvenil (TOMELERI et al., 2007). Percebida a importância de um acompanhante para humanização durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato foi sancionada a lei 11.108/05 que garante esse direito as parturientes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Entretanto os profissionais possuem uma rejeição inicial que pode ser atribuída ao preconceito e medo de se sentirem ameaçados e questionados sobre a conduta profissional (BRUGGEMANN et al., 2005). Mas há casos em que a enfermagem demonstra interesse em introduzir o acompanhante no processo de parturição e identifica a importância dessa conduta, mas se veem moldadas por uma norma institucional pré-estabelecida que determinam situações na qual o acompanhante é permitido.

A presença do acompanhante deve ser considerada um benefício, não só para a parturiente, como também para unidade, já que acompanhantes orientados desempenham um papel de provedor de suporte. Mas o profissional deve se atentar que o acompanhante é colaborador e não empregado da instituição e como a parturiente está vivenciando um momento especial, logo deve ser acolhido no contexto assistencial no qual está inserido.

De uma forma geral o pré-parto é um local de difícil permanência devido à eminente dor exteriorizada pela parturiente. Essa dificuldade é percebida no universo popular, já que segundo Tornquist (2003), o recurso da troca de lugar do acompanhante homem com outra mulher da rede de parentesco é muito comum entre as famílias populares ainda quando se está no pré-parto.

Os homens argumentam não ter "estômago" para coisas de hospital, não suportar ver dor e sangue, admitindo ter medo e ficarem nervosos no ambiente hospitalar, depositando plena confiança nos médicos e nos procedimentos adotados pela equipe (TORNQUIST, 2003). Para Dias e Domingues (2005), essa mesma dificuldade é percebida pelos profissionais da saúde já que há casos em que a dor do trabalho de parto é percebida como um "sofrimento" contra o qual pouco se pode fazer.

A perversidade do modelo, o qual não oferece o suporte emocional devido a realizar medicações em excesso na assistência ao parto, está no fato de que uma grande parte das rotinas adotadas aumenta a intensidade do processo doloroso e pouco ou nada é oferecido para o seu alívio. Para muitos profissionais, portanto, permanecer continuamente no pré-parto ao lado de mulheres queixando-se de dores, que não conseguem evitar, torna-se um sacrifício (DIAS E DOMINGUES, 2005).

Na tentativa de reverter este quadro, o enfermeiro

obstétrico foi reinserido nas maternidades, com o objetivo de reduzir os índices de mortalidade, as intervenções cirúrgicas desnecessárias e a medicação em excesso. Para atingir esse objetivo o Ministério da Saúde criou a portaria no 163/98 que introduz a remuneração da assistência ao parto realizado por enfermeiro obstetra e limita os valores pagos para parto cesárea, visando incentivar o parto normal humanizado (BARROS E SILVA, 2004 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Os enfermeiros receberam seu espaço profissional de forma ética e legal apoiada pela resolução do MS/COFEN 223/99 que dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. Passando a ser de sua competência a realização do parto normal sem distócia, à assistência à gestante, as parturientes e as puérperas, o acompanhamento da evolução do trabalho de parto, entre outros.

A atuação realizada pelos enfermeiros obstétricos é baseada em técnicas não medicamentosas, como orientar a postura e a mobilidade adequada à parturiente influenciando no alívio da dor e no estímulo do trabalho de parto evitando o uso de analgésicos e ocitocina respectivamente. Essa atitude permite uma melhora na evolução da dilatação, diminuindo a duração da fase ativa.

A simples substituição do médico pela enfermeira obstetra não resulta necessariamente na humanização da assistência. Mas acreditamos que se a atuação desta profissional estiver inserida em uma nova proposta de cuidado, estão dadas as condições para a modificação do modelo de assistência (DIAS E DOMINGUES, 2005).

Como marco definidor da política de introdução do enfermeiro para humanização da assistência a parturiente de atenção ao parto, o Ministério da Saúde propôs em 1999 a criação dos Centros de Parto Normal conforme a portaria 985/99. Que segundo Machado e Praça (2006, p. 275) constituem unidades de atendimento ao parto normal, localizadas fora do centro cirúrgico obstétrico, dispoendo de um conjunto de elementos destinados a receber a parturiente e seus acompanhantes, permitindo um trabalho de parto ativo e participativo, empregando práticas baseadas em evidências recomendadas e que os diferenciam dos serviços tradicionais de atenção obstétrica.

Os Centros de Parto Normal (CPN) surgiram com o objetivo de resgatar o direito à privacidade e à dignidade da mulher ao dar à luz, em um local semelhante ao seu ambiente familiar que garantisse a segurança do binômio mãe e filho, oferecendo-lhes recursos tecnológicos apropriados em casos de eventual necessidade. (MACHADO e PRAÇA, 2006). Os CPN constituem uma estratégia para reduzir a mortalidade materna e perinatal, oferecendo uma assistência humanizada.

4. Discussão

Em vista do observado nos resultados percebe-se que o parto não é uma doença que deve ser tratada com medicação para sua cura. Mas um evento biológico o qual se desenvolve naturalmente sem a necessidade de intervenções.

Para que o trabalho de parto possa se desenvolver da maneira mais natural possível, se faz necessário introduzir medidas que modifiquem a assistência em todo decorrer do período gravídico-puerperal. Mas segundo Dias e Domingues (2005) para atingir esse objetivo o profissional deve respeitar as especificações fisiológicas, não intervindo desnecessariamente.

Mas não foi o que percebemos durante a pesquisa realizada. Já que os resultados mostraram o quão excessivas são as indicações para parto cesárea no Brasil, visto as taxas de cesáreas nas instituições que atendem pelo SUS, em 2000 que foi em torno de 24% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Outro agravante que tornou o parto mais medicado e menos natural foi a transferência do parto domiciliar para o ambiente hospitalar. As parturientes foram separadas da família, sendo submetidas à rotina hospitalar. Sendo que para Teixeira e Pereira (2006) tal atitude fez com que a gestante tivesse uma vivência solitária em um ambiente desconhecido, passando o controle da parturição aos profissionais de saúde.

As mulheres passaram a acreditar que precisavam ter seus filhos no hospital, pois este era o local culturalmente trabalhado como o de “maior segurança”, logo o lugar certo. Mas neste ambiente, como pudemos perceber ao longo da pesquisa, as mulheres são frequentemente destratadas e desrespeitadas nas suas necessidades mais básicas (TEIXEIRA E PEREIRA, 2006).

Segundo Bruggemann et al. (2005) a institucionalização do parto foi um fator determinante para afastar a família e a rede social do processo do nascimento. E para reduzir esse isolamento imposto as gestantes, que foi incluso o acompanhante na parturição. Porém a presença de um acompanhante não é sinônimo de suporte. Sendo necessário que a pessoa ofereça conselhos, medidas de conforto físico e emocional. (BRUGGEMANN et al., 2005).

Outro ponto a ser observado no atendimento pré-parto é o acolhimento prestado raramente pelos profissionais de saúde. Já que segundo Silva et al. (2005) a inserção desse modelo assistencial esbarra na falta de apoio empático de profissionais atarefados e estudantes inexperientes.

Os cuidados simples como detectar, sentir e interagir com seus pacientes e familiares, considerando a essência do ser, respeitando a individualidade do mesmo, poderiam mudar o quadro de insatisfação da parturiente. Favorecendo o desenrolar do trabalho de parto menos propenso a intervenções desnecessárias.

Modificações na estrutura física também são importantes, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor à implantação de práticas humanizadas da assistência. Porém para muitos hospitais adequar suas instalações às necessidades de privacidade da parturiente, visando um parto humanizado, é um investimento gerador de despesas, mas a adoção dessas medidas em longo prazo caracteriza uma economia substancial, principalmente na redução de custos com medicamentos e com uso de materiais cirúrgicos essenciais de uma cesariana.

Muitas maternidades não dispõem de meios adequados para assistência humanizada, que priorizem a individualidade, a cultura e os costumes de cada mulher. Por conseguinte, ao necessitar da internação hospitalar a gestante será submetida às rotinas padronizadas desta organização. (CECCATO, 2001)

Para atingir o nível de excelência almejado, foi instituída a assistência à parturiente feita pela enfermagem obstétrica, tendo como objetivo o cuidado, respeitando o caráter fisiológico do processo do nascimento. Embora não seja uma garantia de mudança do modelo de assistência ao parto, a inclusão da enfermeira obstetra na assistência ao parto de baixo risco tem mostrado que essa é a medida capaz de reduzir as intervenções médicas desnecessárias e de oferecer cuidado mais integral, dando o necessário suporte emocional a mulher e a família (DIAS E DOMINGUES, 2005).

A introdução de um profissional não médico no trabalho de parto reduz o uso indiscriminado de medicação. Sendo possível que técnicas não medicamentosas fossem usadas para alívio da dor e indução ao parto, como: estímulo a deambulação, massagem de conforto e banho de aspersão.

Tais atitudes são válidas, mas não são a solução do problema que perdura no atendimento pré-parto. São necessárias mudanças institucionais, como também mudanças comportamentais por parte do enfermeiro para que as soluções humanísticas possam ser colocadas em prática em prol da saúde materno-infantil.

Em vista do citado conclui-se que um dos métodos utilizados na humanização do pré-parto é a inclusão de um acompanhante durante o desenvolvimento do trabalho de parto o que proporciona mais segurança a parturiente nesse momento no qual a mesma se sente tão vulnerável. Na América do Norte segundo Bruggemann et al. (2005) as mulheres recebem o suporte de uma pessoa treinada, chamadas doulas.

Também foi possível concluir que a mudança de postura no atendimento procurando respeitar a naturalidade do trabalho de parto é um método para atingir a humanização da assistência no pré-parto. Modelo esse que segundo Davin e Bezerra (2002) já é realizado em Bristol na Inglaterra desde 1990, intitulado de Projeto Midwifery.

E por fim o último método discutido nesse estudo em prol da humanização da assistência ao pré-parto foi a implantação das casas de parto normal. Que segundo o Ministério da Saúde (2010) teve como objetivo implantar estratégias simplificadas e humanizadas de assistência ao parto normal para as mulheres que desejam ter seus filhos em um ambiente que não seja caracteristicamente hospitalar.

Também foi possível concluir através desse estudo a importância do enfermeiro na humanização da assistência ao pré-parto, através da inclusão do enfermeiro obstetra na assistência. Já que a inserção de um profissional não médico na assistência a parturiente concede autonomia para prosseguir com o trabalho de parto fora dos centros cirúrgicos, tendo a segurança de um ambiente hospitalar e o acolhimento de um ambiente domiciliar, utilizando-se de medidas alternativas, não invasivas e livres de fármacos.

Conduta essa que segundo Machado e Praça (2004) já ocorre na maioria dos países desenvolvidos há bastante tempo. Onde a assistência ao parto e nascimento de baixo risco fundamenta-se na atenção prestada por enfermeiras obstétricas e por parteiras especializadas, cuja formação está voltada para o suporte emocional e o atendimento da mulher e do recém-nascido, sem interferir no processo fisiológico do parto, permitindo à mãe vivenciar esse momento de forma prazerosa e segura.

5. Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Implantação do Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento*. Brasília (DF), 2000. p. 3.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília (DF), 2005. p. 7-24.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Parto e Nascimento Domiciliar assistidos por parteiras tradicionais*. Brasília (DF), 2010. p. 37.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Relatório de gestão 2000-2002. Brasília (DF), 2002. p. 3.
- BRUGGEMANN, O.; PARPINELLI, M.; OSIS, M. J. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*. v. 21, n. 5, p. 1316-1327. 2005.
- CARON, O.; FORTUNATO, A.; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v. 10, n. 4, p. 485-492. 2002.
- CECCATO, S. R.; NA DER SAND, I. C. P. O cuidado humano com principio da assistência de enfermagem a parturiente e seus familiares. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*. v. 3, n. 1, p. 1-17. 2001.
- DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 10, n. 3, p. 699-705. 2001.

- DAVIM, R. M. B.; BEZERRA, L. G. M. Assistência a parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto Midwifery: um relato de experiência. *Rev. Latino Americana de enfermagem*. v.10, n.5, p. 727-732. 2002.
- GIL, A. C.. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. p.42.
- MACHADO, N. X.; PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev. Escola Enfermagem da USP*. v.40, n. 2, p. 274-279. 2006.
- MOURA, F. M. J. S. P. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. v. 60, n. 4, p. 452-455. 2007.
- PRISZKULINIK, G.; MAIA, A. C. Parto humanizado: influencias no segmento saúde. *O Mundo da Saúde*. v. 33, n. 1, p. 80-88. 2009.
- SILVA, R. S.; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. História, conquistas e perspectivas no cuidado a mulher e a criança. *Rev. Reflexão Teórica*. v. 14, n. 4, p. 585-593. 2005.
- TEIXEIRA, N. Z. F; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar – experiências de mulheres da periferia de Cuiaba – MT. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. v. 59, n. 6, p. 740-744. 2006.
- TOMERELI, K. R.; PIERI, F. M.; VIOLIN, M. R.; SERAFIM, D.; MARCON, S. S. Eu vi meu filho nascer: vivência dos pais na sala de parto. *Rev. Gaúcha Enferm*. v. 28, n. 4, p. 497-504. 2007.
- TORNQUIST, S. C. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. de Saúde Pública*. v. 19, n. 2, p. 419-427. 2003.