

PARTO HUMANIZADO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Angélica Yukari Takemoto¹

Marjorie Rabel Corso²

TAKEMOTO, A. Y.; CORSO, M. R. Parto humanizado e a assistência de enfermagem: uma revisão da literatura. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 17, n. 2, p. 117-127, maio/ago. 2013.

RESUMO: O presente trabalho teve por objetivo identificar na literatura científica brasileira as condutas de enfermagem diante da humanização dentro do trabalho de parto. Optou-se pela revisão da literatura, realizada na base de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Trata-se de uma metodologia específica de pesquisa em saúde que sintetiza um assunto ou referencial teórico para melhor compreensão e entendimento desse, permitindo uma ampla análise da literatura. Para tanto, foram utilizados os seguintes descritores: parto humanizado/enfermagem. A partir dessa combinação foram encontrados 36 estudos. Desses, foram eliminados dezoito artigos pelos critérios de inclusão/exclusão. Portanto, foram utilizados dezoito referências para serem analisadas, categorizadas e comparadas. Nesse contexto, emergiram cinco categorias, as quais foram comparadas com a literatura sobre o tema. Quanto às práticas inadequadas realizadas no período de trabalho de parto e parto, ficou evidente a realização das mesmas, ainda sendo consideradas desnecessárias conforme preconiza o Ministério da Saúde. No que se refere às práticas adequadas ao trabalho de parto, foi possível identificar várias atitudes que tornam a mulher como protagonista do trabalho de parto, porém, ainda existem dificuldades encontradas pelos profissionais quanto à disponibilidade de estrutura física adequada para tais atividades. Quanto ao direito à presença do acompanhante, que hoje é protegida por lei, ficou evidenciado a sua relação com o bem-estar da parturiente, mas também foram encontrados obstáculos para a sua permanência nas instituições hospitalares. Nesse sentido, a inserção de doulas no cenário do parto foi recebida de forma positiva, visto que a presença delas carrega consigo a calma, segurança e confiança para as parturientes. As dificuldades para implantação do modelo humanizado foram inúmeras, abrangendo desde a capacitação dos profissionais até os obstáculos de estrutura física nas maternidades. E, por fim, a importância da presença do enfermeiro durante o trabalho de parto e parto é imprescindível, pois a sua atuação gera segurança e liberdade, torna possível o primeiro contato pele à pele entre mãe e filho, bem como a identificação de possíveis distócias, subsidiando a redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal. Enfim, tornar a assistência obstétrica de forma humanizada irá trazer somente benefícios à mãe e seu bebê, por tornar a parturiente como protagonista desse cenário; ao profissional de enfermagem, o qual será reconhecido profissionalmente pelo seu trabalho; e aos gestores, por apoiar e oferecer subsídios que incentivem o parto humanizado.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho de parto; Parto humanizado; Cuidados de enfermagem.

HUMANIZED CHILDBIRTH AND NURSING CARE: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: This study aimed to identify the Brazilian scientific literature on nursing conducts within the humanization of labor and delivery. The authors opted for the literature in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) database. This is a specific research methodology in health that summarizes a topic or theoretical framework for better understanding of a particular subject, allowing a comprehensive analysis of the literature. In order to do this, the descriptors 'humanized nursing/delivery' were used. From this combination, a total of 36 studies were found. From these, 18 papers were eliminated following the inclusion/exclusion criteria. Therefore, 18 studies remained to be analyzed, classified and compared with the literature available on the subject. In this context, five categories emerged, which were compared with the literature available on the subject. Regarding improper practices performed during labor and delivery, it was evident that they were executed, even though they were considered unnecessary, following the recommendations of the Ministry of Health regarding the appropriate labor practices. It was possible to identify several attitudes that make the woman as the protagonist of labor. However, health professionals still find difficulties regarding the availability of adequate physical infrastructure for such activities. Regarding the right to the presence of a companion, which is now protected by law, it was evident that there must be a relationship with the welfare of the laboring woman, with obstacles found for their permanence in hospitals. In this sense, the inclusion of midwives (*doulas*) in the labor scenario was seen as positive, since their presence brings calmness, safety and trust to the laboring woman. There were many difficulties for the implementation of a humanized model, ranging from the training of professionals to the obstacles in the physical structure in the maternity ward. Finally, the importance of the presence of a nurse during labor and delivery is essential, since his action generates security and freedom, making it possible to provide the first skin-to-skin contact between mother and child, as well as identifying possible dystocia during labor, subsidizing the decrease in the rates of maternal and neonatal morbidity and mortality. Finally, humanizing the obstetric care will only bring benefits to the mother and her baby, since it makes the woman the protagonist of this scenario; to the nursing staff, who will be professionally recognized for his work; and to managers, for supporting and offering subsidies to encourage humanized childbirth.

KEYWORDS: Labor; Obstetric; Humanizing delivery; Nursing care.

Introdução

O reconhecimento de um cuidado digno e respeitoso na atenção à mulher em trabalho de parto (TP) e parto é um direito a ser alcançado. Acrescenta-se a esse evento a vontade individual, o envolvimento dos profissionais de saúde e a mobilização política, para que a vivência do TP seja de cuidado e conforto para a mulher, e não um trauma em sua vida (CARRARO et al., 2008).

Diante desse contexto, instituiu-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, subsidiado pelas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto (BRASIL, 2002).

O PHPN afirma que:

a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é

¹Faculdade Guairacá - angelica.takemoto@hotmail.com

²Faculdade Guairacá - nany_rabel@hotmail.com

condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiem a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002, p. 5).

No entanto, Santos (2002) refere que essas mudanças implicam na mudança do paradigma referente à experiência no TP, uma vez que esse evento geralmente é observado e dominado pelo médico e vivido em ambiente hospitalar, sob um ponto de vista patológico.

Apesar de a hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde (BRASIL, 2003).

Além disso, Motta e Crepaldi (2005) afirmam que o reconhecido avanço técnico propiciado pelos médicos trouxe benefícios, mas, também, uma prática obstetrícia intervencionista e hegemônica, que ainda caracteriza a atual assistência ao parto. Uma das perdas significativas ao longo dessa mudança do espaço doméstico para o espaço institucional foi o acompanhamento familiar. Na maternidade, a parturiente permanece à mercê da interação com a equipe de saúde, marcada pelos cuidados técnicos e por meio do uso da tecnologia. Nesse contexto, vivenciar as ansiedades e angústias características do TP torna-se mais difícil, quando a mulher não está próxima de um acompanhante de sua escolha.

Diante disso, além da presença do acompanhante, nos deparamos com a possibilidade da realização de procedimentos que possam aliviar a tensão e a dor durante o TP no ambiente hospitalar. Estudos mostram que entre os procedimentos para alívio da tensão e dor durante o TP se destacam o tipo de posição da gestante, a musicoterapia, a deambulação, a aromaterapia, o banho de imersão, a prática de massagens, acupuntura, entre outros (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008; SANTOS; NUNES, 2009).

Foi baseado nessas questões que surgiu a ânsia de aprofundar os conhecimentos relacionados a esse processo, na tentativa de procurar medidas que possam confortar a parturiente, bem como os desafios relacionados a essa área, auxiliando-a em todas as etapas do TP até o nascimento do bebê e servindo para guiar as boas práticas à mulher durante o TP.

Nesse cenário, na percepção dos profissionais da equipe de saúde, o parto humanizado envolve relacionamento e comunicação interpessoal, tendo em vista que se tratam de subsídios importantes tanto no processo administrativo de trabalho, quanto na assistência propriamente dita. Dessa forma, o simples ato de escuta ativa da parturiente e a sua família e de orientação sobre os procedimentos representam

condições características para o parto humanizado (REIS; PATRICIO, 2005).

A mulher em TP necessita receber um cuidado humanizado e seguro, permitindo e despertando na mulher um incentivo para o exercício da cidadania, resgatando a sua liberdade da escolha do TP e parto (CARRARO et al., 2008). No entanto, na prática, verifica-se a dificuldade das instituições hospitalares em tornar esse cenário do nascimento de forma humanizado.

Dessa forma, é papel da equipe de enfermagem minimizar esses fatores por meio de ações que possam contribuir para um TP livre de traumas, ansiedade e estresse. É importante salientar de que a lei nº 7.498/86, que dispõe sobre a Lei do Exercício Profissional, coloca como dever do profissional enfermeiro a assistência à parturiente e ao parto normal, por meio do acompanhamento da evolução do TP.

Dado o exposto, coloca-se a necessidade de verificar as evidências disponíveis da relação entre o parto humanizado e a assistência de enfermagem. Assim, o presente estudo teve como objetivo identificar as evidências disponíveis na literatura científica brasileira sobre a relação entre a assistência de enfermagem e o parto humanizado.

Material e Método

Trata-se de uma revisão da literatura, a partir da seguinte questão norteadora: quais são as evidências científicas disponíveis na literatura brasileira da relação entre o parto humanizado e a assistência de enfermagem?

Os dados foram coletados utilizando a seguinte combinação de descritores: parto humanizado e enfermagem. Tais palavras-chave foram selecionadas no banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Como critérios de inclusão dos estudos consideraram-se os seguintes elementos: artigos científicos brasileiros, publicados na íntegra entre os anos de 2003 a abril de 2013 e disponíveis na base de dados online SCIELO (do inglês, *Scientific Electronic Library Online*). Em contrapartida, os critérios de exclusão considerados foram: estarem em língua estrangeira e publicados anteriormente a 2003. Nesse sentido, após a seleção das referências a partir dos critérios de inclusão e exclusão, finalizou-se a amostra final desta revisão com dezoito artigos dentro da temática proposta para serem analisados.

Dessa forma, a partir da combinação dos descritores já citados, foram encontrados 36 estudos. Desses, foram eliminados 18 artigos pelos critérios de inclusão/exclusão. Portanto, totalizou-se 18 referências para serem analisadas, categorizadas e comparadas com a literatura disponível sobre o tema (Quadro 1).

Quadro 1: Apresentação dos Artigos para o Estudo

Fonte: Dados coletados pela autora (2013)

Ordem	Autores	Título
Artigo 1	MARQUE; DIAS; AZEVEDO (2006)	A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento
Artigo 2	BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI (2007)	Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher
Artigo 3	MAMEDE; MAMEDE; DOTTO (2007)	Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto
Artigo 4	SANTOS; NUNES (2009)	Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem
Artigo 5	MOUTA; PROGIANTI (2009)	Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto
Artigo 6	MATOS et al. (2010)	Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem
Artigo 7	TABARRO et al. (2010)	Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido
Artigo 8	SOUZA; DIAS (2010)	História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher
Artigo 9	SODRÉ et al. (2010)	Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná
Artigo 10	RABELO; OLIVEIRA (2010)	Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar
Artigo 11	NASCIMENTO et al. (2010)	Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres
Artigo 12	WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR (2011)	Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas
Artigo 13	BUSANELLO et al. (2011)	Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico
Artigo 14	SILVA; BARBIERI; FUSTINONI (2011)	Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado
Artigo 15	SOUZA; GAÍVA; MODES (2011)	A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto
Artigo 16	PROGIANTI; PORFÍRIO (2012)	Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na maternidade Alexander Fleming (1998-2004)
Artigo 17	MALHEIROS et al. (2012)	Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas
Artigo 18	CARVALHO et al. (2012)	Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal

Por conseguinte, para a obtenção das informações dos estudos foi utilizado um roteiro, construído pelas autoras do trabalho, a partir das seguintes variáveis: título, autores e categoria profissional, periódico, ano de publicação, metodologia utilizada e principais resultados dos trabalhos.

No que diz respeito à avaliação dos estudos e a interpretação dos resultados, ambas as etapas foram desenvolvidas durante a elaboração do manuscrito, por meio da leitura exaustiva e repetitiva dos artigos e análise crítica dos mesmos. Por fim, a síntese do conhecimento foi realizada de forma descritiva, a partir da apresentação das etapas percorridas pelas autoras do trabalho, fornecendo subsídios para a aplicação dos resultados e impactando de forma positiva sobre a prática de enfermagem.

Resultados e Discussão

Considerando o periódico de publicação dos artigos, a Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (27,9%) foi a responsável pela maioria dos trabalhos, seguido pelo Texto Contexto Enfermagem (22,2%). Em relação ao ano, o período de 2010 teve o maior índice de publicação (33,4%), acompanhado por 2011 (22,2%). Nota-se que no ano de 2008 não houve publicações que abarcassem a temática. Vale destacar que, em 2009, foi lançada a Campanha de Incentivo ao Parto Natural, dando ênfase para a efetivação do parto humanizado.

Para a categoria profissional dos pesquisadores principais, os resultados demonstram que 100% dos autores são enfermeiros(as), sendo este dado de grande relevância, uma vez que a enfermagem está cada vez mais envolvida na temática, a fim de aumentar o apoio ao parto humanizado.

Quanto ao tipo de pesquisa, observa-se que a utilização da abordagem qualitativa totalizou 83,5% dos estudos.

No que se refere à categorização dos dados, seu objetivo é organizar e sumarizar as referências, a fim de formar um arquivo de fácil acesso. Assim, a partir da coleta de dados, foi possível organizar os artigos selecionados de maneira a facilitar a análise das publicações. Tais publicações foram divididas em cinco categorias temáticas, as quais serão apresentadas e discutidas em seguida.

A Identificação das Práticas Inadequadas Frente ao Trabalho de Parto Humanizado

Por meio da leitura dos artigos selecionados, observa-se a apresentação de práticas prejudiciais no que se refere o TP, tendo em vista a criação do PHPN. Dentre as práticas inadequadas, os autores colocam a utilização da tricotomia, episiotomia e enteroclisma na unidade como forma de rotina no atendimento da paciente (BUSANELLO et al., 2011; CARVALHO et al., 2012).

A tricotomia é considerada uma prática rotineira das unidades, no entanto, a sua realização depende do aval do médico responsável pelo respectivo plantão. As justificativas utilizadas para o uso deste procedimento foram: facilitar a higiene da paciente, favorecer o desenvolvimento de outros procedimentos, como a episiotomia e as manobras no momento do parto, e diminuir os riscos de má cicatrização e infecção da episiorrafia (BUSANELLO et al., 2011; CARVALHO et al., 2012).

Apesar de desnecessário, em estudos desenvolvidos no município do Rio de Janeiro e Botucatu, os autores referem e afirmam a realização da tricotomia durante a admissão das pacientes como rotina das instituições hospitalares (D'ORSI et al., 2005; MANZINI; BORGES; PARADA, 2009).

No que se refere à utilização da episiotomia, os autores revelam a necessidade do procedimento relacionado à primiparidade das parturientes, bem como para prevenir a ocorrência de lacerações durante o TP (BUSANELLO et al., 2011; CARVALHO et al., 2012). Em estudo desenvolvido na Suécia, dos 2.144 partos realizados foi detectado uma taxa de infecção significativamente mais elevada no conjunto de mulheres à episiotomia, comparadas ao grupo de mulheres que apresentaram laceração espontânea (LARSSON, 1991 apud OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005).

Além disso, a maioria das mulheres apresenta o desconhecimento sobre as indicações desse tipo de procedimento durante o TP, apontando como fontes para essa informação seus familiares ou pessoas próximas, como, por exemplo, amigas que já haviam passado pela experiência. Assim, enfatiza-se a falta de autonomia das parturientes no processo de parto e nascimento (PREVIATTI; SOUZA, 2007).

Outra prática considerada de rotina das unidades obstétricas advém do enteroclisma. Apesar de na literatura as evidências científicas apontarem para a sua contra-indicação, sua realização é efetivada devido a aceleração do TP e esvaziamento intestinal nos casos em que as mulheres apresentam constipação (BUSANELLO et al., 2011; CARVALHO et al., 2012).

Durante o TP, conforme apontam Sodré e Lacerda (2007, p. 86), os profissionais referem que a adesão ao ente-

roclisma é justificada da seguinte forma: “como na maioria das pacientes é realizada a episiotomia, se houver evacuação, o risco de ocorrer uma infecção local é maior. Se o enema não é realizado, certamente a paciente vai evacuar na sala de parto e contaminar a episiotomia e o campo”.

Em outro contexto, ao questionar os participantes quanto a privacidade e intimidade das parturientes, tais elementos são respeitados. No entanto, alguns fatores parecem interferir a sua execução, como a estrutura física inadequada, o despreparo dos acadêmicos e a falta de postura ética dos profissionais perante a individualidade das pacientes (BUSANELLO et al., 2011).

Mamede, Mamede e Dotto (2007) revelam que apesar de uma gravidez não ser caracterizada como uma doença, quando a mulher permanece no hospital, a parturiente perde sua autonomia e sua privacidade, se tornando submissa à equipe de saúde frente à tantos procedimentos aos quais está exposta. Muitas vezes, tais técnicas são realizadas sem questionar a sua vontade, tampouco com vistas a proporcionar a privacidade, levando à despersonalização do atendimento, principalmente de enfermagem.

Busanello et al. (2011) consideram a prática da alimentação e ingestão de líquidos durante a permanência das parturientes na unidade como um procedimento desnecessário para as mulheres, depositando uma visão errônea do TP na forma humanizada.

A alimentação durante o TP deveria ser revista pelas unidades de saúde como procedimento de rotina, uma vez que a fome e a sede acarretam grande desconforto e risco para as mulheres e seus bebês. É sabido que o TP requer enormes quantidades de energia, e como não podemos prever a sua duração, é importante repor as fontes, especialmente a ingesta hídrica e de glicose via oral. No entanto, o que ocorre nas instituições é a reposição de líquidos e glicose via endovenosa, restringindo a mulher ao leito e gerando mais intervenções desnecessárias (MACEDO et al., 2008). Em entrevistas realizadas com as mulheres durante o puerpério, as queixas da ausência de alimentos e água durante o TP foram discutidas, uma vez que a falta de alimentação trazia sensação de fraqueza, especialmente durante o período expulsivo (D'ORSI et al., 2005).

Ainda, a infusão de ocitocina foi detectada por Busanello et al. (2011) como prática utilizada inadequadamente no centro obstétrico da referida pesquisa. No entanto, o uso indiscriminado dessa substância pode causar distócias no TP, bem como determinar maior percepção dolorosa, estresse e medo nas parturientes. Sua necessidade deve ser incentivada nos casos de TP disfuncional, prolongado e associado à bolsa rota por longas horas (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009).

E, por fim, a prevalência da posição litotômica, trata-se de uma característica que não respeita as recomendações do Ministério da Saúde (BUSANELLO et al., 2011). De acordo com Mamede, Almeida e Clapis (2004), a adoção da posição vertical durante o TP é recomendada desde os primórdios, já que reduz a sensação de dor, diminui a duração do TP, contribui para a contratilidade uterina, oferece maior conforto à parturiente e minimiza o risco de sofrimento fetal.

Logo, a partir de todas essas evidências, nota-se a utilização errônea de diversos procedimentos pelos profissionais de saúde, os quais são considerados desnecessários pelas recomendações do Ministério da Saúde. Dessa forma,

é urgente a necessidade de transformações para tornar o momento de parturição como um momento único, por meio de uma assistência humanizada, com vistas ao bem-estar materno e neonatal.

A Caracterização das Práticas Adequadas na Assistência ao Trabalho de Parto Humanizado

Nascimento et al. (2010) e Wei, Gualda e Santos Junior (2011) referem que a movimentação e a deambulação durante o TP são benéficas. Tais atividades proporcionam a diminuição da dor e aceleram o TP, uma vez que retiram o foco da atenção da mulher durante a expressão da dor. Fisiologicamente, essas práticas favorecem uma maior contração uterina e aumentam o fluxo sanguíneo que chega até o feto.

Em especial à deambulação da mulher, Mamede, Mamede e Dotto (2007) e Silva, Barbieri e Fustinoni (2011) afirmam que a ação da gravidade na posição ereta da parturiente aumenta os diâmetros do canal de parto e o ângulo de encaixe, auxiliando na progressão do TP.

Mamede, Almeida e Clapis (2004) recomendam o encorajamento à parturiente para se movimentar até que ela encontre um espaço físico e uma posição que melhor se adapte a ela. Não se deve insistir em prescrições de determinadas posições confortáveis, pois a mulher necessita atravessar o processo de autodescoberta. Assim, quando a mulher descobre o que funciona para ela, encontra seu próprio ritmo e seus próprios mecanismos de enfrentamento.

Outra prática em destaque na literatura, diz respeito ao banho de imersão. Sua importância também está concentrada na aceleração do TP e diminuição da dor, devido à água ter um efeito relaxante e possibilitar a distração da parturiente, minimizando a sua impaciência (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011; WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Ao permanecer na água aquecida, o calor ajuda a liberar a tensão muscular e diminuição das dores referentes as contrações uterinas, podendo despertar a sensação de bem-estar. Fisiologicamente, a água quente subsidia o conforto da pele, promove a vasodilatação e a consequente redução das catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) (RICCI, 2008).

Em conjunto com o banho de imersão, é possível a utilização da aromaterapia. De acordo com Gayeski e Bruggemann (2010), trata-se de uma terapia alternativa que une o poder das plantas e suas essências. Seu mecanismo de ação estimula a produção de substâncias relaxantes, estimulantes e sedativas que são próprias do corpo. Associada ao banho de imersão, sua ação minimiza a dor, medo e ansiedade demonstrada pelas parturientes. Na prática, sua adesão é difícil de ser visualizada, uma vez que a maioria das alas obstétricas dos hospitais não dispõe de banheiras, necessitando de uma mudança na estrutura física desses locais.

A musicoterapia, outra preferência demonstrada na literatura para promover o parto humanizado, Tabarro et al., (2010) nos dizem que a música possibilita um diálogo não verbal, aumentando a tranquilidade das parturientes e proporciona momentos de relaxamento. Essa prática carrega consigo uma segurança para as mulheres, pelo fato de muitas vezes elas já conhecerem a melodia e, dessa forma, as fazendo se sentir à vontade, tornando o momento das contrações mais suportável.

O efeito da música utilizada como método não farmacológico para a diminuição da dor durante o TP, interfere no ciclo vicioso medo-tensão-dor-medo, de forma relaxante. O resultado dessa prática diz respeito à quebra deste ciclo e, consequentemente, a redução da dor (CASTRO, 2009).

Nesse sentido, o uso da musicoterapia pela enfermagem vem crescendo na prática assistencial, contribuindo para oferecer conforto, diminuição da dor, e melhora da relação profissional-cliente (BACKES et al., 2003; LEÃO; SILVA, 2004). Em pesquisa realizada por Giannotti e Pizzoli (2004) coloca que especialistas de hospitais do Estado de São Paulo vêm utilizando a música para reduzir dores crônicas em clientes, inclusive, que chegaram a utilizar morfina para aliviar o sofrimento, pois apresenta um canal direto para as emoções.

Além disso, uma abordagem carinhosa e humanizada às parturientes cria um vínculo entre o serviço de saúde e a usuária, favorecendo o acolhimento e a vivência de um TP como uma experiência prazerosa (NASCIMENTO et al., 2010).

Ao visualizarem a parturiente como única, com direitos a serem respeitados, os profissionais foram percebendo o diálogo como um diferencial na assistência humanizada que, segundo eles, deve ser valorizado desde o Pré-Natal, buscando atender aos questionamentos dessas mulheres, com orientações e esclarecimentos de dúvidas e temores em relação à gestação, trabalho de parto, parto e puerpério (MABUCHI; FUSTINONI, 2008, p. 422).

Em estudo apresentado por Santos et al. (2013), os dados revelam que a assistência prestada pelos profissionais de saúde, infelizmente encontra-se pautada no modelo tecnicista, de tal maneira que o acolhimento, bem como o cuidado humanizado são omitidos durante o cuidado.

Ainda, outras medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o TP tem sido registradas em estudos referentes a humanização obstétrica, como a utilização de bolas de fisioterapia, massagens e o ensino de exercícios respiratórios (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009).

Enfim, a execução de todas essas práticas é de simples adesão e permite que as mulheres se reconheçam no papel de protagonistas do TP, despertando uma sensação de liberdade corporal. Às instituições de saúde, cabe a readequação do serviço para garantir a humanização do TP, e a cobrança de seus trabalhadores para executar tal assistência. E, aos profissionais de saúde, especialmente os de enfermagem, é necessária a conscientização e reconhecer que tais procedimentos são benéficos ora para a futura mãe, ora para o bebê.

A Importância do Acompanhante e Suas Considerações para o Trabalho de Parto

Bruggemann, Osis e Parpinelli (2007) dizem que o bem-estar da mãe deve ser assegurado por meio de ter um acompanhante de sua escolha, durante todo o nascimento, incluindo o período pós-natal. Essa escolha foi classificada como uma prática comprovadamente útil e que deve ser estimulada, pois a presença do acompanhante contribui para uma boa evolução do trabalho de parto.

Inicialmente, a presença do acompanhante apre-

sentava certa rejeição por parte dos profissionais envolvidos no processo de parturição, devido a questionamentos acerca da conduta profissional, além da dificuldade de reconhecer quais são as práticas de humanização durante o nascimento. No entanto, na prática, verificou-se que o acompanhante permeou mudanças positivas na assistência à mulher (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007; SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Brasil (2013) refere que as gestantes que possuem um acompanhante durante o TP e pós-parto ficam mais tranquilas e seguras durante o processo, uma vez que a sua presença contribui para a redução do tempo de TP e para a diminuição dos números referentes às cesáreas. Ainda, quando o acompanhante se trata do companheiro, esta prática colabora para a melhora do vínculo afetivo do casal, bem como no auxílio à puérpera, no sentido de dividir as responsabilidades do cuidado com o bebê.

Para Longo, Andraus e Barbosa (2010), o acompanhante escolhido pode auxiliar e participar das atividades de manejo da dor, bem como oferecer apoio emocional a mulher no que se refere a dar incentivo e elogiar a parturiente, manter contato físico e visual e lhe dar informações. A equipe de saúde deve respeitar essa escolha e auxiliar no suporte quando necessário.

Diante desse preceito, reforça-se a importância do cumprimento da lei do acompanhante (Lei nº 11.108/05). Seu objetivo é garantir a gestante a presença de um acompanhante durante todo o período de TP, parto e pós-parto, servindo muitas vezes como estratégia no tratamento não farmacológico de diminuição da dor durante esse período (BRASIL, 2005).

Por outro lado, na percepção dos acompanhantes, os mesmos obtiveram a sensação de sucesso durante o processo de nascimento, uma vez que foram bem recebidos pela equipe de saúde e o sentimento de confiança em poder ajudar esteve sempre presente (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

No entanto, vale lembrar que a implementação de projetos com a inserção de acompanhante requer uma preparação prévia dos profissionais de saúde, bem como, conexão com uma proposta ampliada da assistência humanizada do parto e nascimento, incluindo a direção das instituições hospitalares (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

Dentre os acompanhantes de escolha das parturientes, é possível identificar a presença da doula. Pelo Ministério da Saúde, a doula é definida como uma figura feminina que orienta e assiste a nova mãe no momento do nascimento, oferecendo apoio psico-emocional e físico à parturiente (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

A presença de doulas acalma, transmite segurança e confiança à parturiente. Além disso, o apoio oferecido por essas profissionais reduzem a taxa de cesarianas, o uso de ocitocina, diminui o tempo do TP e nascimento e aumenta a satisfação materna com a experiência do nascimento (SOUZA; DIAS, 2010).

De modo geral, o desejo de ajudar expresso através das motivações assistencialistas, humanitária e pessoal, é responsável para que a doula desenvolva o seu trabalho. “Assim, o desejo tem o poder de transformar, de unir, de dar sentido à vida, atingindo o ser humano de maneira significativa” (SOUZA; DIAS, 2010, p. 296).

Contudo, apesar da legislação garantir o direito ao acompanhante, ainda se trata de um processo de construção, uma vez que envolvem a reorganização dos serviços de saúde em diferentes aspectos, especialmente nos ambientes hospitalocêntricos (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Nas questões que envolvem a estrutura física, ainda é possível perceber a lacuna para atender os princípios e diretrizes estipulados para o atendimento ao parto humanizado. Por entendermos que para garantirmos uma boa assistência de enfermagem, são necessárias ações que envolvam o planejamento e organização do espaço físico ao trabalho, é importante que os gestores dos ambientes hospitalares reflitam sobre a área física do centro obstétrico como um obstáculo para a implementação do PHPN e, conseqüentemente, interferindo no atendimento a uma assistência qualificada.

Diante de todo esse contexto, apesar de sua não efetivação na prática, é possível concluir que a presença de um acompanhante contribui para a concretização de colocar a mulher como o centro de atenção no processo de parto e nascimento, dando-lhe coragem e esperança, fazendo-as se sentirem valorizadas e respeitadas e estimulando a humanização do cuidado.

As Dificuldades Encontradas para a Implantação Efetiva do Parto Humanizado

Como já citado anteriormente, a implantação do modelo humanizado durante a assistência no TP infelizmente ainda é considerada um desafio para os profissionais de enfermagem. Mouta e Progianti (2009) destacam a importância dos enfermeiros buscarem se especializar em obstetrícia, com o objetivo de buscar um aperfeiçoamento e aprimoramento de seus conhecimentos adquiridos na graduação. Nessa perspectiva, Rabelo e Oliveira (2010) revelam que as enfermeiras obstétricas são os principais diferenciais para conseguir unir as habilidades técnicas com o cuidado humanizado.

Além disso, Sodré et al. (2010) enfatizam a necessidade de reconhecer a individualidade da mulher, bem como as suas necessidades de saúde, visando uma relação menos autoritária e fundamentada nas práticas humanizadas do atendimento ao TP.

Seibert et al. (2005) relatam que o termo humanizar o nascimento é adequá-lo a cada mãe e pai, de forma individual, na tentativa de perpetuar a visão de que o parto é um processo fisiológico e feminino. Enfatiza ainda que a mulher quando é feita protagonista do processo de TP é fator determinante para uma boa experiência, uma vez que a mesma possui controle sobre o processo, através da escuta de sua opinião, o nível de informação que lhes foi repassada durante os procedimentos e se o seu consentimento foi solicitado quando preciso.

Sodré et al. (2010) destacam outros obstáculos que dificultam a implantação do cuidado humanizado durante a assistência obstétrica, como a insensibilidade dos profissionais de saúde para atender as necessidades de saúde de suas pacientes; as condições do sistema de saúde, público e privado; a falta de informações sobre esse mundo subjetivo que é mundo de parto e nascimento; além da insegurança e o medo a serem desvelados.

Em estudo realizado por Couto (2006) revela que mulheres que receberam aulas de preparação para o parto

mostram ter maior conhecimento do TP e maior confiança. Após as aulas e palestras, as puérperas revelaram ter um TP menos doloroso. Assim, a preparação para o parto é fonte de informação, de confiança, de redução da ansiedade e proporcionar um espaço para proporcionar a troca de informações acerca dos medos relativos ao TP e nascimento.

Rabelo e Oliveira (2010) salientam outra dificuldade enfrentada pelos profissionais de enfermagem para garantir o TP humanizado. Trata-se da falta de atualização para a prática de assistência diária. Os relatos referem que os procedimentos obstétricos valorizados antigamente durante a graduação, atualmente, não são consideradas práticas de rotina, como a episiotomia, episiorrafia e o toque vaginal.

Com relação a esse último procedimento, o exame de toque vaginal é fundamental para avaliação do progresso do TP, pois permite definir a dilatação do colo uterino, comprimento, consistência e tamanho do colo, apresentação e posição fetal, presença de bossa, relação entre a apresentação e o colo uterino, características da bacia óssea materna, presença de membranas e sua reação às contrações uterinas. No entanto, seu uso indiscriminado, desrespeitoso e rotineiro encontra-se entre alguns dos procedimentos que são rejeitados pelas mulheres pelos desconfortos físicos e psicossociais que lhes produzem (NARCHI et al., 2011).

Outra prática positiva para o TP e nascimento é a presença das doulas junto às parturientes. No entanto, apesar da enfermagem reconhecer a sua significância, essas também enfrentam algumas dificuldades para a sua real implantação, como o despreparo dos profissionais de saúde para se colocarem como participantes da implementação da política do acompanhante (SANTOS; NUNES, 2009).

Para tanto, na tentativa de reverter em mudanças no cenário assistencial em um campo obstétrico hospitalar, as enfermeiras atuantes no cuidado propuseram a criação do Projeto de Assistência ao Parto e Nascimento por Enfermeiros Obstetras (PAPNEO). Seus objetivos estavam centrados em: resgatar a prática do parto vertical, reconhecer o protagonismo da parturiente durante o TP e parto, sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para acolher a ideia, incentivar e promover o aleitamento materno e adotar os 10 passos na proposta do Hospital Amigo da Criança (MOUTA; PROGIANTI, 2009).

Em especial à sensibilização dos profissionais de saúde, Griboski e Guilhem (2006) salientam que se torna essencial criar uma aliança sólida entre os profissionais de saúde e as mulheres, na importância de priorizar o direito de escolher qual a alternativa de assistência ao parto de melhor adaptação à necessidade e à vontade da mulher. Enquanto isso, as políticas públicas viabilizam a possibilidade de acesso ao serviço e ao empoderamento, tanto das mulheres como dos profissionais de saúde.

Dado todo esse exposto, a criação de estratégias humanizadas torna-se um importante passo para viabilizar o reconhecimento profissional na área obstétrica, além de divulgar um novo modelo de atendimento entre as mulheres (MOUTA; PROGIANTI, 2009).

Papel do Enfermeiro *versus* Parto Humanizado: qual a importância?

A humanização do atendimento à mulher em TP e nascimento é considerada restrita por muitos profissionais de saúde, conforme apontam Marque, Dias e Azevedo (2006). As autoras referem que o entendimento do significado sobre o presente tema geralmente é superficial, não permitindo o aprofundamento do assunto. De modo geral, Malheiros et al. (2012) referem que a assistência humanizada vai além de um parto sem intervenções desnecessárias, mas sim, perpassa pelo respeito e pela autonomia da parturiente.

Marque, Dias e Azevedo (2006, p. 446) relatam que:

o processo gravídico puerperal demanda uma assistência digna e de qualidade que não se limite à expulsão ou extração de um feto do ventre da mulher, é um fenômeno que necessita a implementação de uma assistência verdadeiramente humanizada, com todos os profissionais da saúde respeitando as normas e condutas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, considerando os sentimentos e valores da mulher.

Dessa forma, para Matos et al. (2010), a presença da equipe de enfermagem se faz imprescindível durante o TP, uma vez que no momento em que a mulher se torna mãe, a atuação desses profissionais geram maior segurança e liberdade, fazendo ela se sentir à vontade e acolhida pela equipe. É com esses profissionais que se tem a possibilidade e a oportunidade de proporcionar o primeiro contato pele a pele, bem como auxilia a mulher no reconhecimento de mãe e bebê, fora do ventre.

O contato pele a pele mãe-filho deve iniciar em seguida do nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre todo binômio mãe-filho, haja vista que esse ato acalma o bebê e a mãe que entram em sintonia. Além disso, essa prática auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança, reduz o choro e o estresse do recém-nascido diminuindo assim, a perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor da mãe (MATOS et al., 2010).

Para tanto, o diálogo e a educação permanente dos profissionais de enfermagem são estratégias importantes, no sentido de permitir reflexões por parte da equipe e promover modificações na assistência prestada ao binômio mãe e filho (MATOS et al., 2010).

No geral, a enfermagem é exercida em todas as instituições por um grupo heterogêneo, se tornando fundamental o desenvolvimento de programas educacionais que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, por meio de profissionais devidamente capacitados. Nesse sentido, torna-se imprescindível que o enfermeiro assuma a responsabilidade pela educação contínua de sua equipe, ajudando a melhorar o padrão de assistência prestada no hospital e comunidade e promovendo a valorização dos recursos humanos em saúde (DAVIM; TORRES; SANTOS, 1999).

Dado o exposto, a humanização do TP abre um debate acerca de mudanças no modelo assistencial para minimizar o cunho intervencionista que o processo adquiriu ao

longo dos tempos. Na prática, observa-se que muitos profissionais, apesar de admitir uma visão moderna para a obstetrícia, ainda permanecem com a adoção de uma estratégia de luta para a não desqualificação do modelo médico tecnicista (PROGIANTI; PORFÍRIO, 2012).

Dessa forma, uma das alternativas apontada por Malheiros et al. (2012) para aprimorar e otimizar o processo de parturição, diz respeito a importância do conceito de identificação de riscos durante a gestação, o qual deveria ser efetuada pelo profissional enfermeiro, bem como ser implementado não só no ambiente hospitalar, mas já durante o período pré-natal. Especificamente, a definição de risco gestacional surge com o intuito de identificar os variados graus de vulnerabilidade que podem surgir durante os períodos de gravidez, parto e puerpério.

Portanto, o Ministério da Saúde afirma que a função dos profissionais de saúde envolvidos na assistência do período gravídico-puerperal é a identificação de qualquer situação patológica e, com confiança e cuidado, utilizar-se da habilidade técnica e científica, além das tecnologias para reduzir os índices de morbimortalidade materna e neonatal (MALHEIROS et al., 2012).

Na pesquisa apresentada por Progianti e Porfírio (2012), as autoras relatam a experiência do projeto voltado à assistência de enfermagem à gestante e à parturiente. Para dispor um novo estilo diferenciado para o atendimento à parturiente, os gestores garantiram a entrada de profissionais dispostos a desenvolver práticas obstétricas humanizadas.

Enfim, ressalta-se a importância do profissional de enfermagem como um agente facilitador do TP e nascimento, sustentando o argumento de que o movimento de humanização deve se contrapor ao modelo biomédico, especialmente para resgatar a competência da mulher no processo de gerar e parir (MALHEIROS et al., 2012). Além disso,:

para que a assistência ao parto e nascimento se torne realmente humanizada é necessário que os profissionais de saúde aceitem a postura da mulher como condutora do processo de parturição e comecem a respeitar suas vontades e direitos. É de vital importância reconhecer a mulher como um indivíduo único, para que o profissional estabeleça um plano de assistência correlacionado com as necessidades da cliente; pois cada mulher é um ser único, possuidor de valores, sentimentos e crenças que devem ser respeitados (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006, p. 445).

Ao profissional de enfermagem cabe a conscientização e a sensibilização sobre a sua importância na prática assistencial, como membro da equipe de saúde, prestando os devidos cuidados, de forma humanizada, à parturiente e ao neonato, promovendo a saúde e prevenindo possíveis intercorrências que possam estar envolvidos neste processo. Somente unindo o conhecimento técnico científico com os preceitos éticos relacionados à profissão, é possível propiciar uma assistência digna e qualificada ao binômio mãe e filho.

Conclusão

A partir da realização deste estudo, observou-se que o tema parto humanizado tem sido alvo de investigação recorrente e recente dentro da área da Enfermagem. Quanto

às práticas inadequadas realizadas no período de TP e parto, ficou evidente a realização das mesmas, ainda sendo consideradas desnecessárias conforme preconiza o Ministério da Saúde. Foram relacionados de forma errônea os procedimentos de tricotomia, episiotomia, enteroclistma, privação da intimidade da parturiente, ausência de ingestão de líquidos e alimentos, infusão da ocitocina e a adoção da posição litômica durante o TP.

No que se refere às práticas adequadas ao TP, foi possível identificar várias atitudes que fazem com que a mulher seja colocada como protagonista do TP, como os exercícios de deambulação e movimentação, o banho de imersão, associado à aromaterapia, a musicoterapia, a abordagem carinhosa e humanizada, a utilização das bolas de parto, as massagens e o ensino de técnicas para a respiração.

Porém, para a realização destes procedimentos na prática, os profissionais encontram dificuldades quanto à estrutura física do local e capacitação dos trabalhadores, pois os espaços não permitem a execução de todas as técnicas, cabendo readequações dos serviços de saúde para a execução de uma assistência de qualidade.

Um ponto destaque no estudo foi a demonstração da importância da presença de um acompanhante no momento do parto. A presente pesquisa evidenciou que o bem-estar da mãe está intimamente relacionado com a apresentação de uma pessoa de escolha para oferecer suporte durante a evolução do TP e parto. Porém, preliminarmente, foram encontradas dificuldades em acolher estes acompanhantes devido a questionamentos acerca da conduta profissional, bem como a insuficiência de uma estrutura adequada para abrigar esses indivíduos.

Além disso, foi evidenciada também a inserção das doulas dentro do cenário de parto de forma positiva, visto que as doulas trazem calma, transmitem segurança e confiança à parturiente, aumentando a satisfação com a experiência do nascimento, além de reduzir as taxas de cesáreas, o uso de ocitocina e a diminuição do tempo de TP.

Quanto às dificuldades para a efetiva implantação do cuidado humanizado na assistência obstétrica são inúmeras. Nos estudos encontrados, os autores salientam para a ausência de um olhar sobre a individualidade da figura feminina, a insensibilidade e a deficiência na capacitação dos profissionais de saúde, as condições insuficientes apresentadas pelos serviços de saúde, a falta de informações acerca do mundo do TP e nascimento e a dificuldade para a inserção das doulas no atendimento à parturiente.

E por fim, na categoria que abrange a importância do enfermeiro, é possível concluir que esse profissional se faz imprescindível, uma vez que é no momento do TP e nascimento que a atuação do mesmo gera segurança e liberdade. É importante lembrar que a enfermagem torna possível o primeiro contato pele a pele entre mãe e filho, prática considerada de suma importância, pois é nesse momento que são transferidos hormônios para mãe e filho que jamais serão transferidos novamente. Além disso, cabe também ao enfermeiro identificar possíveis intercorrências e utilizar-se da habilidade técnica e científica, além das tecnologias para reduzir os índices de morbimortalidade materna e neonatal.

Enfim, tornar a assistência obstétrica de forma humanizada irá trazer somente benefícios à mãe e seu bebê, por tornar a parturiente como protagonista desse cenário; ao

profissional de enfermagem, o qual será reconhecido profissionalmente pelo seu trabalho; e aos gestores, por apoiar e oferecer subsídios que incentivem o parto humanizado.

Para tanto, a formação de profissionais qualificados e comprometidos, bem como órgãos governamentais sensibilizados da importância de incentivar o parto humanizado é imprescindível para garantir um cuidado digno e individual a cada parturiente, sem qualquer tipo de discriminação e resgatando a autonomia da mulher no processo de parturição.

Portanto, a partir da realização desse estudo é necessário a elaboração de um plano de ação com vistas a implementação efetiva do parto humanizado nos ambientes hospitalares, abrangendo desde a conscientização e orientação às mulheres quanto aos seus direitos como cidadãs, até as mudanças na estrutura física dos serviços de saúde. Aos trabalhadores de enfermagem, reforça-se uma reflexão crítica acerca da assistência e atuação profissional dispensada diariamente nas instituições. Tais estratégias irão possibilitar uma melhoria na qualidade de vida do binômio mãe-filho.

Referências

- BACKES, D. S. et al. Música: terapia complementar no processo de humanização de uma CTI. **Rev. Nursing**, v. 66, n. 6, p. 37-47, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. _____. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 de abr. 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Acompanhante no parto traz mais segurança para a mãe. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24112>. Acesso em: 22 abr. 2013.
- BRÜGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J. D.; PARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 44-52, 2007.
- BUSANELLO, J. et. al. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. **Rev. Bras. Enferm.** v. 64, n. 5, p. 824-832, 2011.
- CARRARO, T. E. et al. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto Contexto Enferm.** v. 17, n. 3, 2008.
- CARVALHO, V. F. et. al. Como os trabalhadores de um centro obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 30-37, 2012.
- CASTRO, A. V. A. **As repercussões da música na dor do trabalho de parto**: contribuições para enfermagem obstétrica. 2009. 74 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- COUTO, G. R. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v. 14, n. 2, p. 190-198, 2006.
- DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, J. C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 438-445, 2009.
- DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; SANTOS, S. R. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. **Rev. Latino-am. Enferm.** v. 7, n. 5, p. 43-49, 1999.
- D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 646-654, 2005.
- GAYESKI, E. M.; BRÜGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto Contexto Enferm.** v. 19, n. 4, p. 774-782, 2010.
- GIANNOTTI, L. A.; PIZZOLI, L. M. L. Musicoterapia na dor: diferenças entre os estilos jazz e new age. **Rev. Nursing**, v. 7, n. 71, p. 35-41, 2004.
- GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. Mulheres profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enferm.** v. 15, n. 1, p. 107-114, 2006.
- LEÃO, E. R.; SILVA, M. J. P. Música e dor crônica músculo-esquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. **Rev. Latino-am Enferm.** v. 12, n. 2, p. 235-241, 2004.
- LONGO, C. S. M.; ANDRAUS, L. M. S.; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enferm.** v. 12, n. 2, p. 386-91, 2010.
- MABUCHI, A. S.; FUSTINONI, S. M. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. **Acta Paul. Enferm.** v. 21, n. 3, p. 420-426, 2008.
- MACEDO, P. O. et al. As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Esc. Anna Nery**

Rev. Enferm. v. 12, n. 2, p. 341-437, 2008.

MALHEIROS, P. A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm.** v. 21, n. 2, p. 329-337, 2012.

MAMEDE, F. V.; ALMEIDA, A. M.; CLAPIS, M. J. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. **Acta Sci. Health Sci.** v. 26, n. 2, p. 295-302, 2004.

MAMEDE, F. V.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 11, n. 2, p. 331-336, 2007.

MANZINI, F. C.; BORGES, V. T. M.; PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v. 9, n. 1, p. 59-67, 2009.

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A. percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 10, n. 3, p. 439-447, 2006.

MATOS, T. A. et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 63, n. 6, p. 998-1004, 2010.

MOTTA, C. C. L.; CREPALDI, M. A. O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. **Paidéia.** v. 15, n. 30, p. 105-118, 2005.

MOUTA, R. J. O.; PROGIANTI, J. M. estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para a implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. **Texto Contexto Enferm.** v. 18, n. 4, p. 731-740, 2009.

NARCHI, N. Z. et al. Utilização da “linha púrpura” como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 11, n. 3, p. 313-322, 2011.

NASCIMENTO, N. M. et al. Tecnologias não Invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 14, n. 3, p. 456-461, 2010.

OLIVEIRA, S. M. J. V.; MIQUILINI, E. C. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Rev. Esc. Enferm. USP,** v. 39, n. 3, p. 288-295, 2005.

PREVIATTI, J. F.; SOUZA, K. V. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. **Rev. Bras. Enferm.** v. 60, n. 2, p. 197-201, 2007.

PROGIANTI, J. M.; PORFÍRIO, A. B. Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na Maternidade Alexander Fleming

(1998-2004). **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 16, n. 3, p. 443-450, 2012.

RABELO, L. R.; OLIVEIRA, D. L. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP,** v. 44, n. 1, p. 213-20, 2010.

REIS, A. E.; PATRÍCIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciênc. Saúde Coletiva,** v. 10, p. 221-230, 2005.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 8, n. 2, p. 179-186, 2008.

SANTOS, M. L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico.** 2002. 249 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SANTOS, L. M. et al. Percepção de puérperas adolescentes sobre a assistência da equipe de enfermagem no processo parturitivo. **Rev. Eletr. Gestão Saúde,** v. 4, n. 1, p. 1563-1575, 2013.

SANTOS, D. S.; NUNES, I. M. Doulas na Assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 13, n. 3, p. 582-589, 2009.

SEIBERT, S. L. et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Rev. Enferm. UERJ,** v. 13, p. 245-251, 2005.

SILVA, L. M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev. Bras. Enferm.** v. 61, n. 1, p. 60-65, 2011.

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. **Rev. Esc. Enferm. USP,** v. 41, n. 1, p. 82-89, 2007.

SODRÉ, T. M. et al. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto Contexto Enferm.** v. 19, n. 3, p. 452-460, 2010.

SOUZA, K. R. F.; DIAS, M. D. História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. **Acta Paul. Enferm.** v. 23, n. 4, p. 493-499, 2010.

SOUZA, T. G.; GAIVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 32, n. 3, p. 479-86, 2011.

TABARRO, C. S. et al. Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 445-452, 2010.

WEI, C. Y.; GUALDA, D. M. R.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. S. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto Contexto Enferm.** v. 20, n. 4, p. 717-725, 2011.