

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DO PARTO NO BRASIL

Fernanda Rios da Silva^{1*}

1 Graduanda em Engenharia Sanitária e Ambiental – Universidade do Estado da Bahia

*Autor para correspondência: e-mail: riosengenharia@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

O parto é um processo natural que envolve um conjunto de fatores biológicos, sociais, psicológicos e culturais. Com a hospitalização do parto, passou a vigorar um modelo tecnocrático de assistência que interferiu amplamente em todos esses fatores. (Andraus, Barbosa e Longo, 2010)

Nesse ponto de vista de parto institucionalizado, é possível inferir um estado de tensão entre a assistência ao parto cada vez mais medicalizada e o que nossa concepção acredita como alternativo e necessário: a busca da qualidade assistência em qualidade e eficiência e fundamentalmente o resgate do feminino no cenário de nascimento. (SILVA, 2005)

A humanização no momento do parto se implica em medidas acolhedoras, delicadas e afetuosas dos profissionais de saúde em relação à parturiente e neonato, respeitando o tempo dos seus corpos e oferecendo um ambiente agradável e reconfortante. (FARIAS, 2010).

Em 1995 a Organizações das Nações Unidas (ONU), com o apoio de diversos países elaboraram um importante documento de relevância mundial, denominado agenda 21. Esse documento relata sobre o a importância das mulheres, seu sistema produtivo e bem-estar no capítulo 24, trazendo a seguinte atividade:

(e) Programas para estabelecer e fortalecer os serviços de saúde preventivos e curativos que compreendam serviços de saúde reprodutiva segura e eficaz, centrados na mulher e gerenciados por mulheres, e planejamento familiar responsável, acessíveis e de custo exequível, e serviços, quando apropriado, em consonância com a liberdade, a dignidade e os valores pessoais. Os programas devem centrar-se na prestação de serviços de saúde abrangentes que incluam cuidado pré-natal, educação e informação sobre saúde e paternidade responsável, e dar oportunidade a todas as mulheres de amamentar completamente, pelo menos durante os quatro primeiros meses após o parto. Os programas devem apoiar plenamente os papéis produtivo e reprodutivo da mulher e seu bem-estar, assim como dar atenção especial à necessidade de oferecer serviços de saúde melhores e iguais para todas as crianças e de reduzir o risco da mortalidade e das doenças maternas e infantis;

Além da agenda 21, em 2000 a Organização das Nações Unidas (ONU), com o apoio de 191 países estabeleceram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), dentre esses objetivos existem dois que estão diretamente ligados a assistência ao parto e aos cuidados obstétricos, sendo eles: 4 ° reduzir a mortalidade infantil e o 5 ° melhorar a saúde das gestantes (ODM BRASIL). Para uma efetivação de ambos documentos, é necessário o reforço de uma assistência de qualidade, no respeito dos direitos e dignidade da mulher.

Em âmbito nacional, desde 1980 notam-se movimentos com o objetivo de humanização do parto, destacando-se a instituição dos seguintes diretrizes legais: Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (1984), Programa de Humanização no pré-natal e nascimento (2000) e Política Nacional de Atenção Integral á Saúde da Mulher (2004). Sendo, essenciais para a mudança no paradigma de assistência ao parto no país.

Para este estudo serão analisados os conceitos importantes para a humanização da assistência ao parto no Brasil, bem como o histórico, pratica atual e a humanização.

Assim, a seguir será apresentada a questão norteadora deste projeto, juntamente com a justificativa que demonstra a relevância da mesma para atual situação brasileira. Também serão expostos os objetivos gerais e específicos do mesmo. O capítulo X está reservado ao referencial teórico fundamentando o tema e a o capítulo Y a metodologia empregada para a realização do trabalho.

1.1. Questão norteadora

De que forma a humanização pode mudar o atual paradigma de assistência ao parto no Brasil ?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

O objetivo deste trabalho científica é demonstrar as fragilidades do processo de assistência ao parto atual no Brasil e a necessidade de humanização do mesmo.

2.1. Objetivos específicos

- a. Entender as diferenças entre os conceitos de parto normal, natural e humanizado;
- b. Identificar o modelo de assistência ao parto utilizado no país, assim como suas principais características e procedimentos utilizados;
- c. Apresentar os principais danos causados a mulher pelo modelo de assistência atual;
- d. Propor uma mudança de assistência ao parto, apresentando as necessidades dessa mudança e seus benefícios sociais.

3. JUSTIFICATIVA

A saúde da mulher brasileira, especialmente daquelas com baixa renda, possui lacunas desde suas necessidades básicas, sendo em relação ao parto diretamente ligado a falta de estrutura dos hospitais e má qualidade de atenção a assistência ao parto.

Segundo o Ministério Público do Pernambuco (2015), a pesquisa Nascer no Brasil revelou que muitas mulheres não vêm tendo os seus direitos básicos respeitados no parto. A Figura 1 a seguir mostra o resultado dessa pesquisa.

Nascer no Brasil

A Pesquisa *Nascer no Brasil* revelou que muitas mulheres não vêm tendo seus direitos respeitados no momento do parto. Muitas até os desconhecem, dificultando a identificação de situações de violação. O resultado da pesquisa é um retrato da assistência ao parto praticada atualmente no Brasil e da necessidade de um esforço conjunto para mudar essa realidade:



Figura 1. Pesquisa Nascer no Brasil.
Fonte: Ministério Público de Pernambuco, 2015

Uma a cada quatro mulheres no país são atingidas pela violência na assistência durante o parto. Reproduzindo assim, uma cultura de invasão do corpo da mulher com atendimento desrespeitoso e intervenções desnecessárias. Deixando assim marcas não apenas no corpo, mas traumas para toda a vida. (BRASIL, 2015)

Tornando a possibilidade de uma cesárea que deveria ser uma exceção como regra. A Organização Mundial da Saúde estima que as cesáreas sejam necessárias para 15% dos nascimentos, porém no Brasil os índices são muito superiores a essas recomendações: 56,7% dos nascimentos. Ignorando os riscos desse procedimento para a mãe e bebê, além de conseqüentes problemas para o país como os índices 12,5% de crianças prematuras que é o dobro do recomendado. (BRASIL, 2015). Esses dados podem ser observados na figura 2 abaixo.

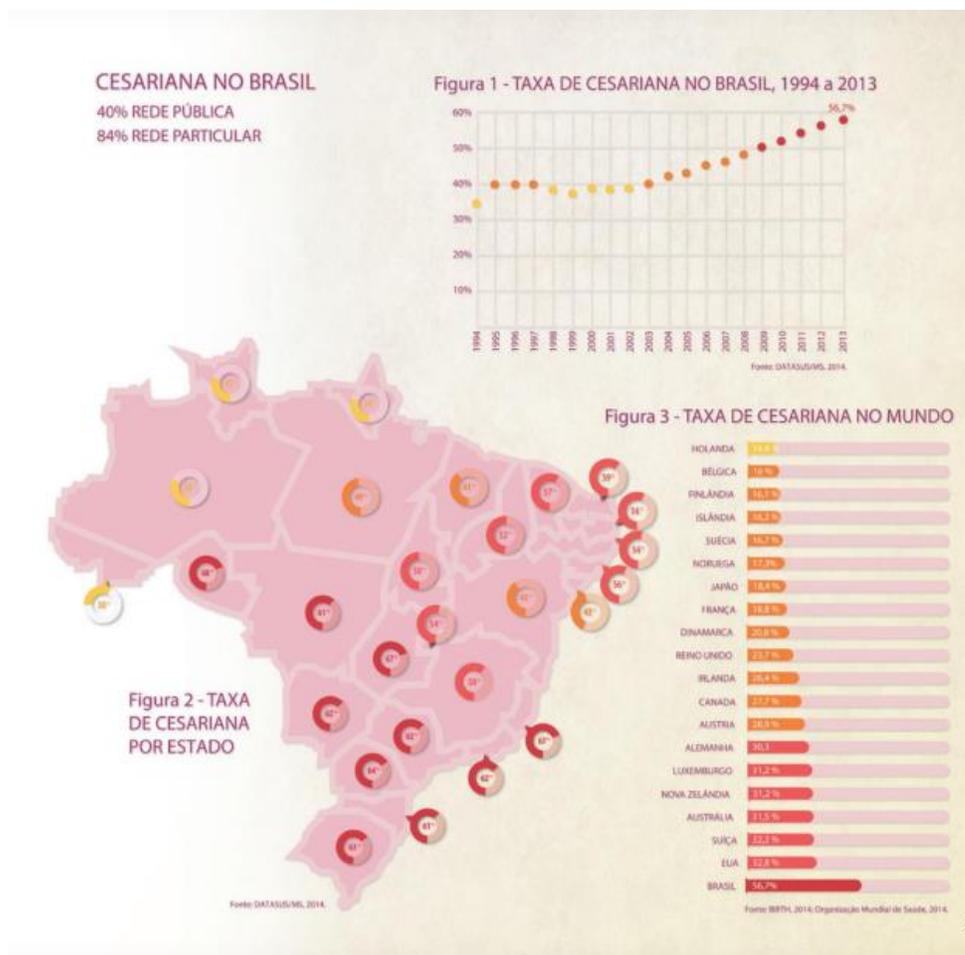


Figura 2. Índices de Cesarianas no Brasil

Fonte: Ministério da Saúde, 2015.

Visto posto, o atual modelo de assistência utilizado no Brasil necessita de uma mudança e a humanização se torna uma possibilidade viável, visando atender as necessidades da gestante com uma visão mais sensível, atendendo suas necessidades sem utilizar abusos tecnológicos desnecessários.

4. REVISÃO TEÓRICA

4.1. Conceitos de parto natural, normal e humanizado

O Ministério da Saúde (2001) define gravidez e parto da seguinte forma:

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que

envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam.

O parto normal pode ser definido como aquele realizado via vaginal e assistido por um profissional, ocorrendo no hospital e geralmente são envolvidos excessos de procedimentos dolorosos e em muitos casos desnecessários (COREN, 2009).

Por outro lado, surgem a o conceito de parto natural ou humanizado, se diferenciando do parto normal pela privacidade, menores intervenções médicas, respeito à mulher e neonato. Além dessas características, os profissionais envolvidos devem respeitar o tempo, os limites, desejos, anseios e expectativas de cada mulher (COREN, 2009).

4.1. Histórico e prática atual da assistência ao parto

Segundo Melo (*apud* Farias, 2010), a assistência ao parto historicamente tem início com o acúmulo de conhecimento acerca do processo de nascimento entre as mulheres que participam desse processo. Sendo assim, a mulher considerada mais experiente dentre as demais era denominada como parteira, a maioria delas aprenderam seu ofício através da observação e ajudando as suas vizinhas ou assistindo o trabalho de outra parteira, atendendo em partos domiciliares sem nenhum saber científico (SANTOS, 2002).

A evolução na medicina sobre os conhecimentos em cirurgias e o avanço tecnológico no final do século XVIII aproxima a medicina com o parto possibilitando o desenvolvimento da obstetrícia. Dessa forma, o parto deixou de ser algo privado e íntimo e se tornou vivido de maneira pública com a interferência de outros autores sociais. (MOURA; WOLFF, 2004, p. 280).

Durante o século XIX, segundo Barros, Ruviano e Richte (2017) foram desenvolvidas novas técnicas de cirurgias e anestésias, nascendo assim o parto institucionalizado. Esse aprimoramento foi capaz de diminuir os índices de mortalidade materna, sendo esse o fator essencial para a aceitação da hospitalização perante a sociedade.

De acordo com Diniz (2005), devido ao modelo hospitalar dominante na segunda metade do século 20, as mulheres deveriam viver o parto imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, assistidas por pessoas desconhecidas, além de serem separadas dos seus parentes e pertences. No Brasil se incluem nos procedimentos a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil e episiotomia, em muitas locais a extração do bebê é feita com fórceps nas primíparas. Esse é o modelo aplicado na maioria das pacientes do SUS até os dias atuais, já para as mulheres que fazem uso do setor privado esse sofrimento pode ser evitado por meio de uma cesárea eletiva.

Nas últimas décadas a perda da autonomia da mulher no parto está diretamente relacionada à alta medicação do corpo feminino. Um exemplo dessa situação é o uso excessivo das cesarianas nos últimos 30 anos, sendo os fatores determinantes: o maior pagamento dos honorários profissionais para a cesárea, a agilidade dos procedimentos e a realização clandestina de laqueaduras no momento do parto. Estabelecendo uma cultura pró-cesárea na população e entre os médicos. Em contrapartida, partes dos profissionais não se encontram motivados e até mesmo capacitados para o acompanhamento do parto normal que requer uma maior assistência. (BRASIL, 2001).

Além dos fatores citados anteriormente, segundo Maia (2010), estudos sugerem que a solicitação de uma cesárea por uma mulher está diretamente ligada ao modelo de assistência prestada, sendo uma demanda por dignidade, devido ao fato do modelo de parto “normal” praticado ser profundamente medicalizado, intervencionista e traumático. Portanto, é uma forma de encerrar rapidamente um processo que se faz na maior parte das situações dolorosa e solitária, tendo que passar pelo mesmo sem a presença de um acompanhante, além de ser submetida a ações desnecessárias e dolorosas.

Segundo Davis Floyde (2001 *apud* Maia, 2010) é possível identificar três modelos de assistência à saúde, sendo compreendidos alguns aspectos entre eles:

- Modelo tecnocrático: esse modelo consiste na separação entre o corpo e a mente, tratando o paciente como uma máquina; ocorre também a supervalorização da tecnologia; responsabilidade e autoridade provinda apenas do profissional; além de intervenções agressivas com eficácia de curto prazo; sendo um sistema dirigido ao lucro.

- Modelo humanístico: conexão corpo e mente; o paciente é visto como sujeito relacional; diagnóstico e tratamento realizado de dentro para fora; decisão e responsabilidade compartilhada entre profissionais e pacientes; uso balanceado da tecnologia; além da assistência motivada pela compaixão.
- Modelo holístico: unidade como corpo, mente e espírito; assistência a pessoa em todo seu contexto de vida; diagnóstico e tratamento de dentro para fora; responsabilidade apenas do indivíduo; baixo uso de tecnologia; assistência individualizada; além da assistência motivada pela cura.

No Brasil é frequente o modelo tecnocrático, através do uso irracional e desenfreado de tecnologia, causado pela falta de humanização na assistência do parto. Esse padrão obtém como consequências sofrimentos físicos e emocionais desnecessários para a mulher, se tornando perigosos e prejudiciais. Provocando assim, mais danos do que benefícios a saúde e impedindo em muitos países a redução da morbimortalidade materna e perinatal (DINIZ, 2005).

A garantia da qualidade assistencial desde o pré-natal até parto está diretamente ligada à instituição de saúde e do profissional que presta o atendimento. Sendo que em algumas instituições do país as condições básicas de infraestrutura não são atendidas, além das grandes lacunas na formação do profissional que irá prestar esse serviço, dificultando ainda mais a possibilidade de uma melhor qualidade (Santos, 2002)

Dessa forma, faz-se necessário uma mudança de modelo para o país, com uma maior humanização por parte das instituições de saúde e profissionais que são essenciais para esse procedimento, além de melhora na qualidade das infraestruturas e condições básicas de atendimento.

4.2. Assistência humanizada ao parto

A humanização no parto se trata do respeito pela mulher como pessoa única, em um momento da sua vida em que necessita de atenção e cuidado por parte das unidades de saúde e profissionais envolvidos no procedimento. Além do respeito aos familiares da mulher e ao recém-nascido, que tem o direito a um nascimento sadio e harmonioso. (Ministério Público do Pernambuco, 2015)

O Ministério da saúde (2001) aborda sobre a atenção humanizada da seguinte forma:

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

Segundo Farias (2010), a humanização compreende fundamentalmente dois aspectos. O primeiro se trata da concepção de dever das unidades de saúde receber a mulher, os seus familiares e recém-nascido com dignidade e respeito, através de atitudes éticas e solidárias dos profissionais e instituição. Criando assim, um ambiente acolhedor e rompendo com o isolamento imposto a mulher. O segundo se refere a adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e o nascimento, evitando práticas desnecessárias que não beneficiam a mulher e o bebê.

De acordo com Rios (2009), historicamente a humanização surge como resposta espontânea a angustia, insatisfação e sofrimento tanto do profissional quanto do paciente, diante dos fatos que configuram a denominada violência institucional na saúde. A necessidade da humanização do parto se deve ao fato que muitos serviços médicos ignorarem recomendações básicas da Organização da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS) e outros órgãos que regulamentam o parto. (Duarte, 2004)

Em relação à qualidade da assistência do trabalho de parto, a mesma se realiza através de processos de trabalhos, inseridos em um determinado tempo histórico de desenvolvimento social e da compreensão de saúde-doença. Estabelecendo que para a sua excelência devem-se atender as necessidades individuais de cada mulher e não as dadas apenas pelos sujeitos e suas instituições. (FIALHO, 2008). Sendo que, segundo Azevedo, Dias e Marques (2006), algumas medidas podem ser tomadas visando à humanização da assistência, como a presença dos familiares, oferta de líquidos, uso de técnicas não evasivas, liberdade da escolha da posição do parto, entre outros.

Farias (2005), destaca a importância da humanização desde os profissionais que prestaram os serviços:

Humanizar a assistência implica, primeiramente, em humanizar os profissionais de saúde e para isso os cursos, palestras não adiantam,

têm que ocorrer mudanças na atitude, na filosofia de vida, na percepção de si e de seus semelhantes como seres humanos, em que a informação, a decisão e a responsabilidade deverão ser compartilhadas entre o cliente e o profissional de saúde.

No Brasil em 1980, iniciou-se o movimento organizado para a priorização de tecnologias apropriadas ao parto, qualidade a assistência a gestante e separar as tecnologias danosas. Esse movimento foi denominado humanização do parto. (Andraus, Barbosa e Longo, 2010)

Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS) tendo em vista a falta de atendimento dos direitos femininos e de aspectos básicos da humanização da assistência conduziam a uma atenção desqualificada. Observando a necessidade de mudança desse paradigma da assistência a mulheres brasileiras, foram lançadas as bases estratégicas do Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído através das Portarias GM n. 572 de 01/06/2000. Sendo suas prioridades: reduzir altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal no país; adotar medidas de melhoria ao acesso, da cobertura, acesso e a qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto e ampliar ações já tomadas anteriormente na área de atenção a gestante (BRASIL, 2000).

Ainda no ano de 2000, o MS devido a diversas manifestações setoriais e iniciativas pontuais de humanização na saúde criaram o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Esse programa estimulava idéias humanizadas, os diagnósticos situacionais e ações humanizadoras de acordo com a necessidade local (RIOS, 2009).

Em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), a mesma visa a mudança de práticas de gerir e cuidar no cotidiano dos serviços de saúde do SUS, estimulando a comunicação entre os gestores, funcionários e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder (BRASIL, 2013).

Além dos programas citados anteriormente existem diversas referencias legais relacionados ao tema, podendo ser demonstradas na Figura 3 a seguir.

Organização das Nações Unidas - ONU	Destaca, dentro dos Objetivos do Milênio, a necessidade de se alcançar: igualdade entre sexos e empoderamento da mulher; redução da mortalidade infantil; melhoria da saúde das gestantes.
Ministério da Saúde (Portaria/GM 569 - 2000) Programa de Humanização do Parto e Nascimento	Ressalta que a humanização do parto é condição primeira para o adequado acompanhamento à saúde da mulher e do bebê, compreendendo o dever das maternidades de receber com dignidade a mulher, seus familiares e o bebê, o que requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, a criação de um ambiente acolhedor e a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – RDC 36/2008	Considera que parto e nascimento são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e fisiológico, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania e garantindo o acesso às informações sobre saúde. Obriga todos os serviços de atenção à saúde da gestante a adotarem os preceitos de humanização do parto, descrevendo detalhadamente as medidas necessárias para a adoção de boas práticas no atendimento ao parto.
Lei 8.080/1990 Direito à Saúde	Dispõe que o direito à saúde alcança os direitos reprodutivos das mulheres e os direitos das crianças, abrangendo o direito de acesso a técnicas e serviços de saúde que proporcionem atendimento digno e seguro, durante a gravidez e o nascimento, à mãe e ao bebê.
Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)	Afirma que crianças e adolescentes têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso. Determina que os estabelecimentos de saúde, públicos e particulares, são obrigados a manter o alojamento conjunto, ou seja, possibilitar que o recém-nascido permaneça todo o tempo junto de sua mãe.
Ministério da Saúde – Portaria 1.459/2011 (Rede Cegonha)	É uma rede, criada no SUS, que promove o direito ao planejamento da reprodução (escolha de quando se quer ter filhos) e à atenção humanizada na gravidez, parto e pós-parto.
Ministério da Saúde – Portaria 371/2014	Assegura que o bebê deverá ser colocado imediatamente no colo da mãe após o nascimento (o chamado contato pele a pele), devendo permanecer durante a primeira hora de vida, para fortalecer o vínculo entre mãe e bebê e estimular a amamentação. Assegura também que o cordão umbilical só deverá ser cortado quando parar de pulsar, para garantir que o bebê receba uma dose extra de oxigênio nos primeiros momentos de vida. Procedimentos de rotina só deverão ser realizados após este contato, exceto se houver indicação clínica.
Agência Nacional de Saúde Suplementar - Resolução 368/2015	Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

Figura 3. Principais referências legais sobre o tema.

Fonte: Ministério Público de Pernambuco.

Esses programas foram essenciais para uma mudança de paradigma no país, trazendo aos profissionais e instituições de saúde um incentivo para práticas mais humanas na assistência ao parto. Além disso, faz-se necessário para a efetivação de uma assistência ao parto mais humano o fortalecimento da mulher e o cumprimento dos direitos básicos da mesma.

5. METODOLOGIA

O objeto de estudo deste trabalho é o modelo de assistência do parto praticado no Brasil. A partir de um banco de dados e um método descritivo, busca-se avaliar as condições da assistência ao parto no Brasil, apresentar um diagnóstico e propor alternativas.

REFERENCIAS

AMIGAS DO PARTO. **Parto humanizado**. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/partohumanizado.html>>. Acesso em: 01 dez. 2017.

ANDRAUS, Lourdes Maria Silva; LONGOI, Maria Alves Barbosa E Cristiane Silva Mendonça. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica de enfermagem**, Goiás, v. 12, n. 2, p. 386-391, jun. 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/5266/6945>>. Acesso em: 14 nov. 2017.

AZEVEDO, Dias Leila; CARVALHO, Marque Ieda Maria Vargas E Flavia. A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. **Escola Anna Nery R Enferm**, [S.L], v. 10, n. 3, p. 439 - 447, dez. 2006.

BARROS, Bruno Mello Correa De; RUVIARO, Rianne; RICHTER, Daniela. A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS NA HORA DO PARTO: UMA ANÁLISE DA AUTONOMIA E EMPODERAMENTO DA MULHER. **Revista Direito Sociais e Políticas Públicas**, São Paulo, v. 5, n. 1, jun. 2017. Disponível em: <http://www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/204/pdf_1>. Acesso em: 20 out. 2017.

BRASIL. **Sentidos do Nascer Percepções sobre o Parto e Nascimento**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Humanização do parto Humanização no Pré-natal e nascimento**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. 4ª ed. Brasília: MS; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; SOUZA, Leila Rangel Da Silva E Kleyde Ventura De. HISTÓRIA, CONQUISTAS E PERSPECTIVAS NO CUIDADO À MULHER E À CRIANÇA. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 585-593, out./nov. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a16v14n4.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento: de acordo com a Resolução.JP! 44/228 da Assembléia Geral da ONU, de 22-12-89, **estabelece uma abordagem equilibrada e integrada das questões relativas a meio ambiente e**

desenvolvimento: a Agenda 21 - Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 1995.

COREN-SP. Parto natural e parto normal: quais as diferenças?. **Revista Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 81, p. 1-52, jul. 2009. Disponível em: <http://www.corensp.gov.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf>. Acesso em: 18 out. 2017.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019>. Acesso em: 08 nov. 2017.

FARIAS, Aristóteles Silva. **Assistência ao Parto Humanizado: Sensibilização da Equipe de Enfermagem**. Projeto para Conclusão de curso para título de Pós-Graduação. Especialização em Enfermagem Obstétrica, Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza – CE, 2010.

Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos / Organização, Assessoria Ministerial de Comunicação; Coordenação, Maísa Silva de Melo de Oliveira; Redação, Andréa Corradini Rego Costa e Maísa Melo de Oliveira ; Revisão Técnica, Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco. -- Recife : Procuradoria Geral de Justiça, 2015.34 p. ; il.

LONGO, Cristiane Silva Mendonça; ANDRAUS, Lourdes Maria Silva; BARBOSA, Maria Alves. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.L], v. 12, n. 10.5216, p. 386-391, jun. 2010.ODM BRASIL.

MAIA, MB. **Assistência à saúde e ao parto no Brasil**. In: **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 19-49. ISBN 978-85-7541-328-9.

MELO, VICTOR HUGO DE. **Evolução histórica da obstetrícia. A marginalidade social das parteiras e da mulher**. 1983. 166 p. Tese para obtenção do título de Mestre - Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; WOLFF, Leila Regina. **A Institucionalização do Parto e a Humanização da Assistência: Revisão de Literatura**. 2004.

O brasil e os odm. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>>. Acesso em: 03 dez. 2017.RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, jun./dez. 2008.

SANTOS, Marcos Leite Dos. **Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento um Modelo Teórico**. Dissertação para a obtenção do título de Mestre – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis – SC, 2002.