

Panorama da humanização obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa

Outlook of obstetric humanization in Brazil: a narrative review

Panorama de la humanización obstétrica en Brasil: una revisión narrativa

Ronan Santos Rodrigues^{1*}, Isabelle Oliveira de Lima Rêgo¹, Yasmin Lorene de Alvarenga Araujo¹, José Artur Araújo Marques¹, Denise Marques Costa Pereira da Silva¹, Gisela Costa Araújo¹, Angélica Lima Soares¹, Luciana Tolstenko Nogueira¹.

RESUMO

Objetivo: Revisar e analisar a implementação (ou a falta dela) do parto humanizado no Brasil e avaliar quais as condutas necessárias para aprimorar sua atual conjuntura no país. **Revisão bibliográfica:** A vigência da humanização obstétrica requer um ambiente observante às boas práticas em saúde, que são norteadas por diretrizes governamentais e recomendações internacionais. Dessarte, em um contexto no qual há descumprimento dessas normas, muito por conta do desconhecimento das pacientes, a violência obstétrica ganha espaço e prevalece, infligindo dor e sofrimento à parturiente. Assim, o atual modelo hegemônico do parto, intervencionista e centralizador, é o maior entrave para a humanização plena e, diante disso, o poder público tem tomado providências para assegurar o que está referendado nas normativas, através de medidas que perpassam a educação dos profissionais da saúde e a consolidação da autonomia da gestante. **Considerações finais:** O estudo revelou que o fenômeno da violência obstétrica carece de aplicações práticas de políticas públicas eficazes para maior qualificação profissional e conhecimento das parturientes.

Palavras-chave: Obstetrícia, Violência obstétrica, Humanização da assistência.

ABSTRACT

Objective: To review and analyze the implementation (or lack of it) of humanized childbirth in Brazil and assess which conducts are necessary to improve its current situation in the country. **Bibliographic review:** The implementation of obstetric humanization requires an environment that obeys good health practices, which are guided by government regulations and international recommendations. Therefore, in a context in which these rules are not complied with, largely due to the patients' lack of knowledge, obstetric violence gains space and prevails, inflicting pain and suffering on the parturient. Thus, the current hegemonic model of childbirth, interventionist and centralizing, is the biggest obstacle to full humanization and, in view of this, the public power has taken steps to ensure what is endorsed in the regulations, through measures that permeate the education of professionals of health and the consolidation of the autonomy of the pregnant woman. **Final considerations:** The study revealed that the phenomenon of obstetric violence lacks practical applications of effective public policies for greater professional qualification and knowledge of parturients.

Key words: Obstetrics, Obstetric violence, Humanization of assistance.

RESUMEN

Objetivo: Revisar y analizar la implementación (o no) del parto humanizado en Brasil y evaluar que conductas son necesarias para mejorar su situación actual en el país. **Revisión bibliográfica:** La vigencia de la humanización obstétrica requiere un ambiente que respete las buenas prácticas de salud, las cuales se guían por las directrices gubernamentales y por las recomendaciones internacionales. Así, en un contexto en el que

¹ Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Teresina – PI. *E-mail: ronan.rodrigues756@gmail.com

no se cumplen estas normas, en gran medida por desconocimiento de las pacientes, la violencia obstétrica gana espacio y prevalece, infligiendo dolor y sufrimiento a la parturienta. Así, el actual modelo hegemónico de parto, intervencionista y centralizador, es el mayor obstáculo para la plena humanización y, ante ello, el poder público ha tomado medidas para asegurar lo avalado en la normativa, a través de medidas que permeen la formación de profesionales de la salud y la consolidación de la autonomía de la mujer embarazada. **Consideraciones finales:** El estudio reveló que el fenómeno de la violencia obstétrica carece de aplicaciones prácticas de políticas públicas efectivas para una mayor calificación profesional y conocimiento de las parturientas.

Palabras clave: Obstetricia, Violencia obstétrica, Humanización de la atención.

INTRODUÇÃO

Apesar de o parto ser uma experiência marcante na vida de uma gestante, a visão desse evento e, conseqüentemente, a assistência ao parto ao longo da história foram influenciados por uma miríade de atores e fatores extrínsecos aos desejos e às necessidades reais da parturiente (VENDRÚSCOLO CT e KRUEL CS, 2016).

Nesse sentido, concomitantemente à hospitalização do parto, ocorreu um processo de objetificação da gestante, no qual ela passou a ter pouca ou nenhuma escolha em relação às circunstâncias e às decisões tomadas antes e durante seu trabalho de parto (JOJOA-TOBAR E, 2019). Como resultado desse processo, por muito tempo, o parto foi organizado conforme o que era mais prático para o médico, que tinha autoridade máxima para determinar a conduta de cada parto independente da vontade da gestante (VENDRÚSCOLO CT e KRUEL CS, 2016). Um exemplo disso é a clássica posição de litotomia assumida pela mulher no momento do parto, que facilita a atividade do médico, mas pode aumentar o desconforto da mulher e também a necessidade de cesárea, como apontado pela *World Health Organization* (WHO) ou Organização Mundial de Saúde (OMS), que recomenda as posições não supinas durante o trabalho de parto em suas 56 diretrizes baseadas em evidências para uma experiência de parto positiva (WHO, 2018).

Dessa forma, destaca-se que o parto não apenas era sujeito à visão pessoal do profissional da saúde, como também era fundamentado no que hoje se sabe não serem as melhores práticas para a saúde e o conforto da gestante, situação que resultava e ainda resulta em casos de violência obstétrica com bastante frequência no Brasil (CARVALHO L, 2015).

Perante esse cenário, surgiram alguns mecanismos governamentais cujos objetivos eram, e ainda são, modernizar o panorama do parto no Brasil, transformando-o em um processo humanizado em todas as suas facetas – seja no respeito à decisão da parturiente, à educação em relação aos seus direitos e ao estímulo às boas práticas médicas, fundamentadas em evidências científicas. Dentre os dispositivos mais recentes instituídos pelo poder judiciário no que concerne a esse problema, encontram-se as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, a Política Nacional de Humanização e o Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

As Diretrizes Nacionais de Assistência à Saúde têm como objetivo sintetizar e avaliar a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento e, com isso, fornecer subsídios e orientações a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Por sua vez, a Política Nacional de Humanização propõe uma diversidade de dispositivos que favorecem ações de humanização no âmbito da atenção básica e da gestão de saúde no Brasil, especialmente no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Finalmente, o Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento concentra seus esforços em reduzir as taxas de morbimortalidade materno-infantil, além de aprimorar o acesso e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao período neonatal, dentre outros projetos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Dessa maneira, o objetivo do estudo foi revisar a literatura relacionada ao parto humanizado no Brasil e, assim, analisar sua implementação (ou a falta dela) e avaliar quais as condutas necessárias para aprimorar sua atual conjuntura no país.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Boas práticas na humanização obstétrica

O arcabouço de boas práticas no cuidado obstétrico, cada vez mais empregado em consonância aos apelos de movimentos sociais e às diretrizes normativas, é amplamente relatado em artigos científicos. Sob esse prisma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) categoriza as práticas obstétricas em A, B, C e D, sendo incentiváveis as de categoria A, ineficazes ou danosas as de categoria B e desprovidas de evidências científicas fortes as das categorias C e D (MOURA NA, et al., 2020).

A título de esclarecimento, as tecnologias utilizadas no processo do parto são divididas em três classes: leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves consistem no relacionamento entre os profissionais da saúde e a parturiente, abarcando o acolhimento e o respeito às decisões do usuário do serviço. As tecnologias duras, por outro lado, são as máquinas e ferramentas utilizadas no âmbito obstétrico para procedimentos como a episiotomia e o parto a fórceps (SOUZA FM, et al., 2016). Um meio-termo entre os dois tipos de tecnologias aludidas é a tecnologia leve-dura, que corresponde à aplicação de saberes estruturados e nem sempre complexos, como o uso de banhos de imersão (SABINO LM, et al., 2016).

Nesse sentido, tem-se que as práticas de bom alvitre são norteadas na autonomia da parturiente e na prevenção de intervenções desnecessárias, sempre se fundamentando em evidências científicas, com vistas em reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal e promover a humanização (SILVA LF, et al., 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Partindo do Plano de Parto (PP), a OMS, desde 1996, preconiza e exorta a sua adoção na assistência durante o pré-natal, sendo tal planejamento uma ferramenta útil, que confere protagonismo à parturiente por meio da definição de suas escolhas, além de obstar a tomada de medidas desnecessárias, possibilitando o empoderamento da mulher (SILVA AL, et al., 2017).

Um aspecto a ser destacado na delimitação do Plano de Parto é a participação do acompanhante durante o trabalho de parto, direito esse resguardado pela Lei nº 11.108 (BRASIL, 2005). De acordo com Pereira SB, et al. (2017), o acompanhamento da mulher grávida é essencial para o bem-estar emocional dela, pois permite que sensações de insegurança e de ansiedade sejam aplacadas ou ao menos abrandadas. Ao mesmo tempo, a companhia é um instrumento de prevenção contra a violência obstétrica, embora a existência do direito ao acompanhamento e do próprio plano de parto serem desconhecidos pela maioria das mulheres.

No que tange a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, prática também aconselhada, procedimentos como a aromaterapia, banhos quentes, uso de pedras de gelo, exercícios de deambulação, acupuntura, entre outros, oportunizam um atendimento melhor e mais seguro, não obstante o fato de serem métodos menos custosos que a aplicação de anestesia. É válido destacar também que a dor pode ter uma raiz emocional, o que faz imperativo haver um ambiente harmonioso, no qual toda a equipe e o acompanhante provenham carinho e alento à parturiente, em prol de tranquilizá-la e tornar essa experiência, tão emocionalmente forte, menos árdua (PIMENTEL MM, et al., 2021).

Para Dodou HD, et al. (2017), o acolhimento, termo que expressa a essência da assistência humanizada, não se resume ao ato de receber a gestante. A bem da verdade, esse é um processo que se realiza durante todo o transcurso da internação. Para isso, a comunicação é uma condição *sine qua non*, tendo em vista que é a partir dela que são conhecidas as necessidades e as inseguranças da parturiente, sendo o “ouvir” um ponto nevrálgico. Ainda nesse estudo, a pesquisa executada expôs que a maior parte das mulheres atendidas destacou o bom trato da equipe de saúde como ponto-chave da satisfação quanto à assistência.

Em suma, a aplicação do repertório aludido de boas práticas obstétricas deve ser respeitada a fim de garantir uma assistência humanizada. Para ilustrar, segundo Gonzales PR, et al. (2021), o pequeno número

de relatos de puérperas sobre experiências humanizantes em suas internações evidencia a necessidade de uma melhor formação dos profissionais da saúde.

Violência obstétrica

Os avanços científicos da Medicina na área da obstetrícia, segundo Bezerra EO, et al. (2020), favoreceram o parto no ambiente hospitalar, caracterizado por tecnologias específicas, modelos de gestão mais eficientes e maior qualificação dos profissionais, com o intuito de torná-lo mais seguro. Embora tais avanços sejam aparentemente positivos, é necessário atentar para um obstáculo presente no tratamento de parturientes. Hodiernamente, é notório que a gravidez e o trabalho de parto passaram a ser configuradas como doenças, destituindo a paciente de protagonismo e de autonomia perante o próprio corpo. A parturiente, muitas vezes, não recebe o devido respeito como pessoa e como cidadã detentora de direitos.

A literatura científica elenca diversas situações em que é possível perceber a violência velada presente no ambiente hospitalar. Primeiramente, é passível de citação a violência contra o corpo feminino. Tal violência, em primeira instância, pode ser vista na falta de privacidade com que várias parturientes lidam durante procedimentos em centrais de atendimento. Para Sousa MP, et al. (2021), muitas vezes os centros de atenção à saúde não possuem uma infraestrutura adequada para garantir a privacidade necessária ao corpo da paciente. Muitas grávidas se sentem constrangidas, envergonhadas e assustadas quando, por exemplo, são expostas dentro dos hospitais, inclusive em conjunto à outras mulheres, para realização de procedimentos íntimos em frente a outros profissionais ou acadêmicos da área da saúde, como estudantes de medicina, outros médicos e enfermeiros.

Somado a essa questão da privacidade, para Paula E, et al. (2020), destaca-se a realização de procedimentos traumáticos. Podem ser citados, conforme Bezerra EO, et al. (2020), métodos como punções venosas periféricas, uso de ocitocina e amniotomia, analgesia raqui/epidural, partos em posição de litotomia, episiotomia, e, por fim, a manobra de Kristeller, que é bastante utilizada em partos, porém, evidências não apontam nenhum tipo de benefício proveniente da sua realização, pelo contrário, constitui um fator de risco de morbidade materna e fetal.

No que tange a violação de direitos, diversos estudos destacaram a ocorrência desse fenômeno. Como exemplo, no Brasil, desde 2005, a Lei nº 11.108 determina que os serviços de saúde maternos permitam a presença de um acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). Entretanto, tanto os profissionais quanto a própria grávida, muitas vezes, desconhecem a Lei do Acompanhante, o que impede a sua efetivação no momento do parto. Além disso, quando isso não acontece e a parturiente tem consciência dos seus direitos, a mesma não se sente segura para questionar o atendimento por medo do risco de sanções, passando o momento do parto de forma solitária sem o acompanhante (RODRIGUES DP, et al., 2017).

De acordo com Matos MG, et al. (2021), a violência obstétrica apareceu em 33% dos relatos colhidos. Em tais relatos, a ausência do acompanhante foi um fator comum, além de ter sido imposta pelo hospital em todos os casos. Segundo Barbosa LC, et al. (2017), esse fato pode ser atribuído, em grande parte, à insuficiência de infraestrutura apropriada para o número de acompanhantes e de gestantes. Além disso, constatou-se também maior incidência de violência em mulheres adolescentes, de etnias estigmatizadas e de nível socioeconômico baixo, corroborando o que foi apontado pela OMS em 2014.

Ainda para Barbosa LC, et al. (2017) em pesquisa realizada com gestores de saúde, obteve-se consenso em definir a falta de acolhimento à parturiente como um sinal de desrespeito dentro das maternidades, sendo, portanto, fundamental incluir a garantia de assistência integral à mulher nas diretrizes das políticas públicas. Entretanto, no mesmo estudo, pontou-se que a consciência por parte dos profissionais da saúde não está vigente em todos os casos, visto que parte desses profissionais não reconhecem a violência obstétrica presente em seus atos e condutas e ainda afirmam que prestam uma assistência adequada às rotinas hospitalares.

Já Leal SYP, et al. (2018) abordou o mesmo tema, mas na perspectiva dos profissionais, sendo a maioria mulheres, com mais de 20 anos de experiência na área da enfermagem obstétrica. Nesse estudo, concluiu-

se que, para as entrevistadas, a violência obstétrica está dividida nas categorias de procedimentos invasivos e violência psicológica, somando a isso o agravante do desconhecimento do paciente a respeito da violência a qual foi submetida.

Dessa forma, com base nos dados supracitados, a mulher sem acompanhante, a aplicação de métodos que interferem na fisiologia do parto, o desrespeito da privacidade e a influência profissional e institucional sobre o processo de parir, para Lansky S, et al. (2019), contribuem para o excesso de cesarianas no Brasil. Assim, é possível perceber que a cesariana se tornou uma alternativa para tentar evitar a violência e os maus tratos durante o parto.

Desafios à implementação efetiva da assistência obstétrica humanizada

O Ministério da Saúde pautou-se na construção de políticas públicas na área de saúde da mulher, priorizando a integralidade do cuidado, o resgate da fisiologia do parto e a atenção humanizada (PINTO LM, et al., 2018). Nesse contexto, destacam-se a instituição do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), nos anos 2000, e a implementação da Rede Cegonha, com o intuito de estimular a autonomia e os direitos da mulher frente ao planejamento reprodutivo, parto e puerpério, por meio da educação da gestante sobre suas garantias durante todo o atendimento, bem como preconizar uma abordagem profissional qualificada (COSTA LD, et al., 2021; DA SILVA MI e AGUIAR RS, 2018).

Além disso, projetos como o Parto Adequado, desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), apoiados pelo Ministério da Saúde, defendem o acesso das mulheres à um modelo assistencial baseado em evidências científicas e nos princípios da humanização (PINTO LM, et al., 2018).

No entanto, apesar de o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) aderir às recomendações da Organização Mundial de Saúde para a assistência obstétrica humanizada, tais práticas ainda se configuram marginais frente à persistência de um modelo de atenção ao parto hegemônico. Com isso, constatou-se, como principais desafios à implantação de práticas adequadas para a humanização do parto e do nascimento, o desconhecimento de qualquer aceção de humanização pela maioria das usuárias e a necessidade de qualificação profissional aos envolvidos direta e indiretamente no atendimento à gestante (BOURGUIGNON AM e GRISOTTI M, 2018).

Frente ao desconhecimento de muitas mulheres acerca do desenvolvimento do parto e do nascimento, bem como dos recursos que estas podem utilizar-se durante o trabalho de parto, a educação em saúde se torna instrumento fundamental ao permitir, por meio de orientações em saúde, que as gestantes exponham suas possíveis dúvidas e questionamentos, possibilitando a construção de autonomia na gravidez. Somada à abordagem de informações sobre direitos a serem respeitados em qualquer momento no âmbito do atendimento e à criação do vínculo profissional-paciente, a educação em saúde é imprescindível na implementação efetiva da assistência obstétrica humanizada (PINTO LM, et al., 2018).

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, da Coordenação Geral de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, a partir de análise sistemática do conhecimento científico a respeito das práticas de assistência ao parto e ao nascimento, evidencia o impacto da comunicação e do cuidado na experiência das parturientes. Nas pesquisas utilizadas, a assistência individualizada e respeitosa, somada ao repasse de informações de forma clara e baseada em evidências, destacaram-se como principais aspectos significativos na percepção de apoio e segurança pela mulher ao longo do parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Nesse contexto assistencial, instrumentos como o Plano Individual de Parto (PIP), um documento escrito de caráter legal, que explicita as vontades e alternativas escolhidas pela parturiente durante condições normais de parto e nascimento, são utilizados para viabilizar maior protagonismo e autonomia da mulher durante esse processo, inclusive, prevenindo a violência obstétrica. Todavia, pesquisas evidenciam a pouca valorização do Plano Individual de Parto na atenção básica e no meio hospitalar, fomentando discussões sobre a necessidade de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde (NARCHI NZ, et al., 2019).

O modelo assistencial ofertado por alguns profissionais baseia-se nas recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde, através da utilização de evidências científicas na prática diária. No entanto, existe um

desconhecimento por parte de alguns profissionais em relação a esse tipo de assistência. Conseqüentemente, a divergência de condutas e modelos assistenciais seguidos geram conseqüências na assistência ofertada, mostrando-se como um impasse no desenvolvimento de uma assistência integral à mulher (PINTO LM, et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao discorrer sobre o contexto da humanização obstétrica no Brasil, a presente revisão bibliográfica torna notório que, apesar da existência de teorias e políticas públicas norteadoras da prática assistencial humanizada, esta não é, de fato, alcançada por toda a população parturiente, sobretudo devido à persistência da violência obstétrica no ambiente hospitalar e ao desconhecimento de muitas mulheres quanto aos seus direitos. Com isso, o estudo poderá contribuir para evidenciar a importância do desenvolvimento de ações que ampliem a compreensão de humanização do parto e do nascimento pelos profissionais e pelas parturientes, bem como para instigar a necessidade de reorganização dos serviços e das condutas, a fim de proporcionar uma assistência segura e qualitativa à população alvo.

REFERÊNCIAS

1. BARBOSA LC, et al. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. *Avances en Enfermería*, 2017; 190-207.
2. BEZERRA EO, et al. Aspectos da violência obstétrica institucionalizada. *Rev. Confen.* 2020; 11: 157-164.
3. BOURGUIGNON AM, GRISOTTI M. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. *Saúde e Sociedade*, 2018; 27 (4): 1230-1245.
4. BRASIL. Lei nº 11.108. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acessado em: 8 de fevereiro de 2022.
5. CARVALHO L. Eu não quero outra cesárea: ideologia, relações de poder e empoderamento feminino. São Paulo: Lexema, 2015; 272p.
6. COSTA LD, et al. Adesão de profissionais às boas práticas obstétricas e intervenções realizadas com parturientes. *Rev Rene*, 2021; 22: e61474.
7. DA SILVA MI, AGUIAR RS. Conhecimento de enfermeiros da atenção primária acerca da violência obstétrica. *Nursing*, 2020; 23 (271): 5013-5024.
8. DODOU HD, et al. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2017; 9 (1): 222-230.
9. GONZALEZ PR, et al. Práticas de atenção ao parto na experiência de puérperas: análise à luz da humanização. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2021; 11: e37.
10. JOJOA-TOBAR E, et al. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev Univ Ind Santander Salud*, 2019; 51(2):135-46.
11. LANSKY S, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24: 2811-2824.
12. LEAL SYP, et al. 2018. Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. *Cogitare Enferm.*, 2018; 2 (23): e52473.
13. MATOS MG. Violência Obstétrica e Trauma no Parto: O Relato das Mães. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2021; 41: 1-13.
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acessado em: 8 de fevereiro de 2022.
15. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 2003. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acessado em: 8 de fevereiro de 2022.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento. 2000. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acessado em: 8 de fevereiro de 2022.
17. MOURA NA, et al. Análise de práticas na assistência ao parto e pós-parto hospitalar, 2020; 21: e43671.
18. NARCHI NZ, et al. O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. *Rev Esc Enferm USP*, 2019; 53: e03518.

19. PAULA E, et al. Violência Obstétrica e o Atual Modelo Obstétrico na Percepção dos Gestores em Saúde. *Texto e Contexto Enfermagem*, 2020; 29: e20190248.
20. PEREIRA SB, et al. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Bras Enferm*, 2017; 71: 1313-1319.
21. PIMENTEL MM, et al. Tecnologias não invasivas para o alívio da dor na parturição. *A Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2021; 13: 671-677.
22. PINTO LM, et al. Interfaces entre profissionais de saúde e a humanização da assistência ao parto. *Enfermagem em Foco*, 2018; 9(3): 53-58.
23. RODRIGUES PD, et al. O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. *Enferm.*, 2017; 26 (3): e5570015.
24. SABINO LM, et al. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. *Aquichan*, 2016; 16 (2): 230-239.
25. SILVA AL, et al. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. *Rev. enferm. UFSM*, 2017; 144-151.
26. SILVA LF, et al. Adesão às boas práticas obstétricas: construção da assistência qualificada em maternidades-escolas. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2021; 35: e37891.
27. SOUSA MP, et al. Violência obstétrica: fatores desencadeantes e medidas preventivas de enfermagem. *Rev. Nursing*, 2021; 24 (279): 6015-6019.
28. SOUZA FM, et al. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. *Enfermagem em Foco*, 2019; 10 (2): 118-124.
29. VENDRÚSCOLO CT, KRUEL CS. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia*, 2015; 16: 95-107.
30. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Who Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=6E83C7C9514B18DE0D17C822FCE08330?sequence=1>. Acessado em: 8 de fevereiro de 2022.