

**Reflexões sobre procedimentos e intervenções invasivas na assistência ao parto e
nascimento**

**Reflections on invasive procedures and interventions in care of birth and birth
assistance**

**Reflexiones sobre procedimientos e intervenciones invasivas en la asistencia al parto y
nacimiento**

Recebido: 05/10/2020 | Revisado: 07/10/2020 | Aceito: 16/10/2020 | Publicado: 18/10/2020

Amanda Schuindt de Souza Medeiros

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1326-6863>

Centro Universitário Anhanguera de Niterói, Brasil.

E-mail: amandaschuindtdesouza@gmail.com

Marillyan Gomes Machado

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1714-6765>

Centro Universitário Anhanguera de Niterói, Brasil.

E-mail: marillyanmachado@gmail.com

Diego Pereira Rodrigues

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8383-7663>

Universidade Federal do Pará, Brasil.

E-mail: diego.pereria.rodrigues@gmail.com

Valdecyr Herdy Alves

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8671-5063>

Universidade Federal Fluminense, Brasil.

E-mail: herdyalves@yahoo.com.br

Laena Costa dos Reis

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5042-1370>

Universidade Federal do Pará, Brasil.

E-mail: laenaccosta@gmail.com

Enimar de Paula

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8811-5640>

Universidade Iguaçú, Brasil

E-mail: enimar.obst@hotmail.com

Maria Bertilla Lutterbach Riker Branco

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6307-4830>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: bertillariker@yahoo.com.br

Márcia Vieira dos Santos

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1488-7314>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: enfa.marcia52@gmail.com

Camila Clara Viana de Aguiar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4499-7071>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: camilaufrn@hotmail.com

Ludimila Brum Campos Sampaio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1235-0377>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: ludimilabrumc@gmail.com

Laís Montenegro Lima

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8265-9842>

Universidade Federal Fluminense, Brasil.

E-mail: laisml13@hotmail.com

Thayane Marron de Castro

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5251-6426>

Centro Universitário Anhanguera de Niterói, Brasil.

E-mail: thyanemarron@hotmail.com

Alana Priscilla da Silva Viana

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-4591-786X>

Hospital Municipal Dr. Ernesto Che Guevara, Brasil

E-mail: alanapriscilla28@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: resgatar historicamente os princípios e diretrizes da assistência humanizada no parto e nascimento e refletir criticamente sobre a utilização de procedimentos e intervenções invasivas durante este processo. Método: estudo descritivo, qualitativo e reflexivo, embasado

partir da leitura crítica das Diretrizes Nacionais da Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde. Resultados: o processo de intervenção abusiva tem contribuído para o desrespeito e, sobretudo, a não garantia de direito às mulheres de vivenciarem um parto com menor prevalência de agravos, e prevalecendo a segurança da mulher e do concepto. Conclusão: o cuidado deve ser focalizado em aspectos fisiológicas do corpo feminino para articular de forma integral a utilização racional e científica das intervenções às necessidades da mulher.

Palavras-chave: Trabalho de parto; Parto humanizado; Humanização da assistência; Enfermagem obstétrica.

Abstract

Objective: to historically recover the principles and guidelines of humanized assistance in childbirth and birth and to critically reflect on the use of invasive procedures and interventions during this process. Method: a descriptive, qualitative and reflective study, based on the critical reading of the National Guidelines for Assistance to Normal Childbirth of the Ministry of Health and the World Health Organization. Results: the abusive intervention process has contributed to disrespect and, above all, the non-guarantee of rights women to experience childbirth with a lower prevalence of health problems, and the safety of women and the fetus prevailing. Conclusion: care must be focused on physiological aspects of the female body to fully articulate the rational and scientific use of interventions to the needs of women.

Keywords: Labor obstetric; Humanizing delivery; Humanization of assistance; Obstetric nursing.

Resumen

Objetivo: recuperar históricamente los principios y lineamientos de la asistencia humanizada en el parto y parto y reflexionar críticamente sobre el uso de procedimientos e intervenciones invasivas durante este proceso. Método: estudio descriptivo, cualitativo y reflexivo, basado en la lectura crítica de las Directrices Nacionales de Asistencia al Parto Normal del Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la Salud. Resultados: el proceso de intervención abusiva ha contribuido a la falta de respeto y, sobre todo, a la no garantía de derechos que las mujeres experimenten el parto con una menor prevalencia de problemas de salud, y prevalezca la seguridad de las mujeres y del feto. Conclusión: el cuidado debe estar enfocado en los

aspectos fisiológicos del cuerpo femenino para articular plenamente el uso racional y científico de las intervenciones a las necesidades de la mujer.

Palabras clave: Trabajo de parto; Parto humanizado; Humanización de la atención; Enfermería obstétrica.

1. Introdução

A gestação e o parto são momentos inerentes ao ciclo vital feminino, constituindo-se como um processo fisiológico no qual a mulher precisa ser a protagonista. Estes eventos, que marcam a vida das mulheres, suas famílias e a sociedade, dependendo de como a assistência é desenvolvida, pode resultar em processos positivos ou negativos (Rodrigues et al., 2015; Medeiro et al., 2020).

A própria política de humanização e o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) são exemplos de respostas às necessidades reais das mulheres usuárias dos serviços de saúde, denunciando em alguma medida situações de insatisfação, desrespeito e violência, tendo em vista o uso indiscriminado de procedimentos invasivos durante o parto e nascimento (Rodrigues et al., 2015), tecnologias estas comumente utilizadas no modelo biomédico de atenção obstétrica (Santos et al., 2016).

A conferência sobre tecnologia apropriada para o nascimento e o parto, ocorrida no Brasil em 1985, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foi um marco na revisão dos procedimentos utilizadas no nascimento. Provocou a possibilidade de adoção de recomendações que contra-indicam o uso inapropriado e indiscriminado de intervenções no parto, destacando o respeito à fisiologia do corpo da mulher, além do seu direito à informação desde a assistência pré-natal e da abolição de algumas intervenções no processo do cuidado (Medeiros et al., 2016).

Mais recentemente, 2011 a rede cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), propôs a criação de uma rede de cuidados visando assegurar à mulher o direito à atenção humanizada durante todo processo reprodutivo, e à criança, o direito ao nascimento seguro com a aplicação de procedimentos não invasivos ao parto (Ministérioda Saúde, 2017).

Nessa perspectiva, a OMS preconiza o mínimo possível de intervenções durante a assistência, consistindo na mudança de paradigma relacionada ao modelo vigente, que estabelece o resgate da valorização da fisiologia do parto e o incentivo a uma relação de harmonia entre os avanços tecnológicos e a qualidade das relações humanas (Velho; Santos & Collaço, 2014).

Sendo assim, algumas intervenções tem sido de grande empecilho para a saúde materna, como a administração de ocitócitos de rotina, amniotomia, manobra de kristeller, episiotomia e a cesariana eletiva. Desse modo, foi constatado que um estudo observou algumas intervenções no parto e nascimento, e observou que 36,4% das mulheres tiveram a indução do parto como forma da ocitocina de rotina; amniotomia em 39,4% das mulheres; manobra de kristeller em 36,1%, em que não é mais uma prática recomendada na área obstétrica; a episiotomia de rotina em 53,5% das mulheres, como forma para auxiliar o nascimento; e a cesariana em 51,9% das mulheres (Leal et al., 2014). Esses dados demonstram a necessidade de mudança de modelo, e a forma de nascimento, com a introdução de práticas que vão auxiliar a mulher a um parto fisiológico, com o mínimo de intervenções para a segurança da mulher e do concepto.

Considerando as ações governamentais de minimização de intervenções desnecessárias no processo de trabalho de parto e na busca por repensar a assistência obstétrica, o objetivo do estudo resgatar historicamente os princípios e diretrizes da assistência humanizada no parto e nascimento e refletir criticamente sobre a utilização de procedimentos e intervenções invasivas durante este processo.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, na modalidade reflexiva (Pereira, 2018), oriundo de estudos e debates pertinentes de intervenções desnecessárias no processo de trabalho de parto.

A abstração e captação de elementos reflexivos, oriundos da OMS ou por ela influenciados, sinalizam um caminho oportuno para atualizar informações e observar como o cuidado que se opõe à tecnocracia pode direcionar construções sócio-culturais, assim influenciando a reorientação do modelo vigente de atenção ao parto e nascimento. Desse modo, foi investigado as principais intervenções no parto e nascimento. A partir disso, identificou-se a categoria: Procedimentos Invasivos no processo do parto e nascimento.

3. Resultados e Discussão

Procedimentos invasivos no processo do parto e nascimento

A OMS e as diretrizes nacionais da assistência ao parto normal apontam para a necessidade de qualidade da assistência com o mínimo de intervenções invasivas.

Proporcionar maior segurança para a mulher e o conceito torna possível assegurar a presença de indicadores dessa qualidade assistencial que, por sua vez, contribuem para a mudança paradigmática do modelo de assistência ao parto e nascimento (Silva et al., 2013). A qualidade da assistência atualmente permite garantir uma maior segurança a mulher e ao conceito, como a promoção do modelo humanizado que indica a crítica dos excessos de intervenções no cotidiano do parto e nascimento.

O uso de procedimentos invasivos utilizados historicamente por profissionais da saúde, tendem a ser considerados proscritos a partir de evidências científicas que contribuam para comprovar processos ineficazes e agressivos. No entanto, práticas de cesariana eletiva, episiotomia de rotina, manobra de kristeller e indução do trabalho de parto com administração de ocitocina sintética endovenosa, ainda fazem parte do panorama cotidiano de muitas maternidades (Souza et al., 2016), contribuindo para que as mulheres permaneçam expostas às intervenções desnecessárias, enfrentando desrespeito aos processos fisiológicos e de negligência nos espaços do nascimento.

Uma parcela importante das complicações que podem ocorrer ao longo do parto e nascimento pode ser reduzida por cuidado obstétrico apropriado, realizado com o uso adequado de intervenções. Por outro lado, o uso inadequado de procedimentos ou a realização de intervenções desnecessárias, pode trazer prejuízos para a mãe e seu conceito (Leal et al., 2014). Dessa forma, a avaliação obstétrica realizada pelo profissional de saúde, torna-se de suma importância para a saúde perinatal e dos indicadores de qualidade obstétrico.

Tanto as diretrizes nacionais da assistência ao parto normal quanto as recomendações da OMS (Ministério da Saúde, 2017) enfatizam que uma das principais intervenções que tem caracterizado o processo abusivo, é a cesariana eletiva. As principais indicações para o emprego desse procedimento são a desproporção cefalopélvica, frequentemente diagnosticada de forma inadequada, e a cesárea anterior, uma vez que muitos obstetras temem uma ruptura da cicatriz uterina, embora estudos observacionais descrevam a segurança do parto vaginal depois da realização de uma cesárea (Amorim, Souza & Porto, 2010). No entanto, ao ser muitas vezes marcada por conveniência de tempo do profissional de saúde e permeada pela falta de informação à mulher, passa a ser naturalizada a aquiescência pactuada pela intervenção.

Esse procedimento, apesar dos benefícios em situações de risco, favorece à mulher uma posição de submissão e dependência em relação aos profissionais da saúde, além de um aumento no tempo de internação, atraso na lactação, risco de infecção, hemorragia na ferida operatória, incremento da taxa de mortalidade materna, risco de prematuridade e internação

do recém-nascido na unidade de terapia intensiva, dentre vários outros fatores (Melo, Davim & Silva, 2015).

O aumento indiscriminado dessa intervenção levou o Ministério da Saúde (MS) a incentivar o parto normal no país e estabeleceu uma taxa aceitável de cesarianas entre 10 e 15%. Porém, esta realidade é superior na população mundial, principalmente no Brasil, considerado um dos recordistas em cesarianas por conta de sua ‘indústria’ do nascimento, obtendo em até 90% de cesarianas em instituições particulares (OMS, 2015).

Ainda é possível considerar como intervenções durante o processo de nascimento a administração de ocitocina de rotina, com o intuito de aceleração do processo parturitivo, além da amniotomia (para mulheres com bolsa íntegra na admissão). Ambas têm sido utilizadas para o que se denomina “manejo ativo do parto”, visando à redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto e da taxa de parto instrumental (Leal et al., 2014). A amniotomia é um procedimento no qual uma ruptura é feita nas membranas que envolvem o feto, na tentativa de induzir o parto.

No modelo tecnocrático hegemônico (Dias, 2011) vigente nos serviços de saúde, a mulher é arbitrariamente internada para o parto, ficando submetida às condutas e protocolos institucionais. No tempo decorrido entre a fase latente e a fase ativa do trabalho de parto, que em geral dura de oito a nove horas em nulíparas, e de cinco a seis horas nas multíparas, são realizadas manobras para preparar o colo uterino para a indução, como administração de prostaglandinas ou infusão de ocitocina, acompanhadas da amniotomia e monitoração eletrônica fetal contínua ou intermitente. Vale destacar que “práticas humanizadas” como banhos de aspensão e imersão, deambulação, massagens e terapia de acupressão, podem se tornar estatisticamente medidas adequadas para essa fase do trabalho parto, no entanto, tem sido pouco disseminadas ou, em alguma medida, suprimida nas instituições (Gogaça, Schneck & Riesco, 2007; Mafetoni & Shimo, 2016).

O uso de ocitocina vem sendo testado quanto à sua efetividade, isoladamente e associado a outras práticas. O uso isolado de ocitocina reduziu a taxa de insucesso em partos vaginais, num período de 24 horas, quando comparado ao manejo expectante (8,3% e 54%), respectivamente; mas, a taxa de cesarianas aumentou 10,4% contra 8,9%, quando ela foi aplicada (Gogaça, Schneck & Riesco, 2007).

Apesar de ser um procedimento simples, a amniotomia não é isenta de riscos, como prolapso do cordão umbilical, compressão do pólo cefálico com desacelerações da frequência cardíaca fetal, aumento da taxa de infecção ascendente e sangramento fetal ou placentário, que podem ocorrer. Estudos sugerem que a amniotomia precoce aumenta a taxa de

desacelerações da frequência cardíaca fetal, embora sem evidências de efeito adverso sobre os desfechos neonatais (Souza et al., 2010).

A episiotomia foi incorporada à rotina da assistência ao parto desde o início do século passado, com a intenção de reduzir o dano causado pela laceração natural do períneo e o risco de uma posterior incontinência urinária e fecal, e proteger o neonato do trauma do parto. Essa prática, todavia, ocorreu sem que nenhum trabalho que avaliasse seus riscos e benefícios tivesse sido realizado (Leal et al., 2014). Contudo, estudos controlados demonstraram que a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal. Por essas razões, as diretrizes nacionais da assistência ao parto normal desestimulam o seu uso rotineiro na assistência obstétrica (Leal et al., 2014), visto que a OMS recomenda que a taxa de episiotomia seja de até 15% (Gogaça, Schneck & Riesco, 2007; Souza et al., 2010).

Para a manobra de kristeller, estudos não conseguiram demonstrar seus benefícios, tendo uma forte recomendação de evitá-la como uso rotineiro (Leal et al., 2014). A manobra é executada durante o parto e consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a expulsão do bebê. É descrita como danosa e não apresenta benefícios à segurança da paciente, conforme a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 (Ministério da Saúde, 2013). Do mesmo modo, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) instituiu em seu Parecer nº 338/2016 (COFEN, 2016), a proibição dos profissionais de enfermagem na realização da manobra de kristeller.

Nas diretrizes nacionais da assistência ao parto normal (Ministério da Saúde, 2017) existe um apontamento sobre parto vaginal instrumental (fórceps ou vácuo extrator), devendo ser utilizada quando não há segurança quanto ao bem estar fetal ou no prolongamento do segundo período clínico do parto. Logo, deve ser utilizado somente nessas condições, e qualquer outra ação nesse sentido é contrária às recomendações da OMS.

Em muitas situações as necessidades da mulher, durante o período de parto e nascimento, ultrapassam o uso prioritário de recursos tecnológicos. Conforme as diretrizes nacionais da assistência ao parto normal (Ministério da Saúde, 2017), o apoio contínuo no parto reduz a propensão à analgesia, ao parto vaginal instrumentalizado e à cesariana, provoca satisfação e experiência positiva, e também a garantia do aumento significativo de profissionais que prestam assistência. A implementação desse apoio tem indicações validadas internacionalmente.

As recomendações atuais da OMS para o trabalho de parto incluem a oferta de líquidos; estímulo à adoção de posições verticalizadas e liberdade de movimentação buscando

umentar o conforto materno e facilitar a progressão do trabalho de parto. Além disso, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como banho de aspensão ou imersão, massagens e outros, são tecnologias não invasivas de baixo custo, e passíveis de serem ofertadas por todos os serviços de saúde (Leal et al., 2014).

Sendo assim, para mudar o modelo de atenção ao parto e nascimento, existe a necessidade de reorientar paradigmas. Deste modo, cabe compartilhar a seguinte questão, tendo em vista as recomendações internacionais e o baixo custo para implementar ações consideradas como “boas práticas”: por que se tolera no Brasil e ainda tem se mostrado necessário (Leal et al., 2014). O persistente uso de intervenções dolorosas, consideradas desnecessárias em grande parte dos serviços de parto e nascimento?

Desse modo, comprovadamente, a utilização de métodos não farmacológicas possibilitam, na medida do possível, a substituição dos anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto e parto, acarretando conseqüentemente menos intervenções. Neste sentido, uma pesquisa qualitativa analisou os sentimentos e percepções das puérperas no parto e nascimento de seu filho e identificou que a aplicação de cuidados para alívio da dor e o adequado relacionamento entre a mulher e o profissional contribuíram para uma vivência mais satisfatória e facilitaram a evolução do processo do parto (Reis et al., 2015).

Essa reorientação objetiva redesenhar o modelo de assistência obstétrica no Brasil para uma realidade embasada nas diretrizes nacionais da assistência ao parto normal (Ministério da Saúde, 2017), com o intuito de contribuir para a ruptura da utilização prioritária, e em muitas situações desnecessárias, de tecnologias e intervenções que causam maiores riscos perinatais (Ministério da Saúde, 2017).

Desse modo, torna-se preciso repensar a lógica do processo do parto e nascimento que condiciona a manipulação e intervenções sobre o corpo da mulher, produzindo uma cascata de intervenções e anulando muitas vezes os direitos as mulheres a um cuidado qualificado e seguro.

4. Considerações Finais

O avanço tecnológico contribui na saúde da mulher quando decorre de alguma complicação no processo do parto e nascimento. porém, o uso indiscriminado de tecnologias, com destaque para a utilização da episiotomia de rotina e da manobra de kristeller, tem causado desrespeito ao processo fisiológico e reprodutivo da mulher.

Por esse motivo, é de suma importância a necessidade dos profissionais de saúde compartilharem reflexões e diálogos com as parturientes, esclarecendo dúvidas em relação ao parto. Elucidar vantagens e desvantagens relacionadas aos usos de tecnologias altamente invasivas ou não, suscita a viabilidade de que o evento de parto e nascimento seja marcado positivamente na vida da mulher, da família e da sociedade.

Dessa forma, o incentivo à realização de um cuidado colaborativo, integrador e acolhedor, deve ser garantido por meio de práticas recomendadas e validadas epidemiologicamente por órgãos como a OMS, que assegurem as tendências efetivas de qualidade na atenção à saúde da mulher durante o parto e nascimento

Torna-se necessário investigações que garantem os direitos das mulheres a uma partição qualificada e segura, com o objeto sobre a assistência obstétrica, e principalmente para as intervenções desnecessárias e como seus malefícios para a saúde materna.

Referências

Amorim, M. M. R., Souza, A. S. R., Porto, A. M. F (2010). Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina*, 38(8): 417-22. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n8/a1585.pdf>

Conselho Federal de Enfermagem (2016). *Parecer de relator vistas nº 388/2016*. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem. Recuperado de http://www.cofen.gov.br/parecer-de-relator-vistas-no-3382016_48408.html

Dias, M. A. B (2011). Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. *Cadernos Saúde Pública*, 27(5): 1041-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500022>

Gogaça, V. D., Schneck, C. A., Riesco, M. L. G (2007). Intervenções obstétricas no trabalho de parto em mulheres submetidas à cesariana. *Cogitare Enfermagem*, 12(3): 296-305. Recuperado de <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/10023/6884>

Leal, M. C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Theme Filha, M. M., Dias, M. A. B., Pereira, M. K., et al (2014). Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian

low-risk women. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(supl. 1): S1-S31. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>

Mafetoni, R. R., Shimo, A. K. K (2016). Efeitos da acupressão sobre a dor no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24: e2738. doi: 10.1590/1518-8345.0739.2738

Medeiros, R. M. K., Teixeira, R. C., Nicolini, A. B., Corrêa, A. C. P., Martins, D. P (2016). Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6): 1029-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295>

Medeiros, M. L., Santos, T. M., Oliveira, M. P. L. C., Costa, A. W. S., Oliveira, E. N., Silva, M. A. R., et al. O resgate da cultura dos partos domiciliares: uma revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*, 9(4): 1-20. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2792>

Melo, J. K. F., Davim, R. M. B., Silva, R. R (2015). A. Advantages and disadvantages of labour and normal cesarean: view puerperal. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 7(4): 3197-3205. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i4. 3197-3205

Ministério da Saúde (BR) (2017). *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida*. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

Ministério da Saúde (BR) (2013). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013* [Internet]. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Recuperado em http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e

Organização Mundial da Saúde (2015). *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas* [Internet]. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/who_rhr_15.02_por.pdf;jsessionid=C938453B7575B4E205B6D7573EA8FACF?sequence=3

Pereira, A. S., et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM. Recuperado de https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1.

Reis, T. R., Zamberlan, C., Quadros, J. S., Grasel, J. T., Moro, A. S. S (2015). Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(esp): 94-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57393>

Rodrigues, D. P., Alves, V. H., Branco, M. B. L. R., Rosângela, M., Dulfe, P. A. M., Vieira, B. D. G (2015). Obstetrical violence as practice in health care to woman during labor: reflective analysis. *Revista de Enfermagem da UFPE on line*, 9(supl. 5), 8461-7. [Internet]. 2015 [acesso em 2018 jan 10]; 9(supl. 5): 8461-7. doi: [10.5205/reuol.6466-55061-3-SM.0905supl201516](https://doi.org/10.5205/reuol.6466-55061-3-SM.0905supl201516)

Santos, F. A. P. S., Enders, B. C., Santos, V. E. P., Dantas, D. N., Miranda, L. S. M. V (2016). Integralidade e atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS): reflexão à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. *Escola Anna Nery*, 20(4): e20160094. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160094>.

Silva, R. C., Soares, M. C., Jardim, V. M. R., Kerber, N. P. C., Meincke, S. M. K (2013). The speech and practice of humanizing childbirth in adolescents. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(3): 629-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300008>

Souza, A. M. M., Souza, K. V., Rezende, E. M., Martins, E. F., Campos, D., Lansky, S (2016). Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Escola Anna Nery*, 20(2): 324-31. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>

Souza, A. S. R., Costa, A. A. R., Coutinho, I., Neto, C. N., Amorim, M. M. R (2010). Análise crítica dos métodos não-farmacológicos de indução do trabalho de parto. *Femina*, 38(4): 195-201. Recuperado de files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a004.pdf

Velho, M. B., Santos, E. K. A., Collaço, V. S (2014). Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2): 282-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140038>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Amanda Schuindt de Souza Medeiros - 12%

Marillyan Gomes Machado - 12%

Diego Pereira Rodrigues - 11%

Valdecyr Herdy Alves - 10%

Laena Costa dos Reis - 10%

Enimar de Paula - 10%

Maria Bertilla Lutterbach Riker Branco - 5%

Márcia Vieira dos Santos - 5%

Camila Clara Viana de Aguiar - 5%

Ludimila Brum Campos Sampaio - 5%

Laís Montenegro Lima - 5%

Thayane Marron de Castro - 5%

Alana Priscilla da Silva Viana - 5%