

PARTO HUMANIZADO SOBRE A ÓTICA DAS PARTURIENTES

HUMANIZED CHILDBIRTH ON THE OPTICS OF THE PARTURIENT

CONCEIÇÃO, Joelma Matias da Silva¹

PEDROSO, Marilda de Almeida²

Resumo: Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada a partir da seleção de artigos científicos que abordam a produção nacional sobre o tema, assistência ao Parto humanizado. Objetivou-se em descrever as ações referentes ao parto humanizado e os sentimentos maternos relacionados à humanização do parto. Concluiu-se neste estudo que ainda há falhas na adesão desse sistema, e que a equipe de enfermagem tem como contribuir para este fim, pois a importância dessa adesão, conforme evidenciado nas pesquisas, reflete nos relatos de sentimentos das puérperas sobre uma boa evolução do trabalho de parto e parto.

Descritores: Parto Humanizado. Assistência ao Parto Humanizado. Parto Humanizado e a Percepção da mulher.

Abstract: this is a review, carried out from the selection of scientific articles that discuss domestic production on the theme, humanized childbirth assistance. The aim in describing the actions concerning the humanized childbirth and maternal feelings related to humanization of childbirth. This study concluded that there are still gaps in membership of this system, and that the nursing staff there how to contribute to this end, as the importance of this accession, as evidenced in the polls, reflected in reports of feelings of recent mothers on a good evolution of labour and delivery.

Keywords: Humanized Childbirth. Humanized childbirth assistance. Humanized childbirth and the perception of women.

¹ Graduação de Enfermagem. Universidade de Santo Amaro-SP. Joelma2mathias@hotmail.com

² Docente de Graduação da Universidade de Santo Amaro-SP. Mapedroso2007@gmail.com

Introdução

O parto humanizado é a evidência de uma assistência humanista, que compõe: conhecimento, práticas e atitudes, que deve ocorrer de forma saudável, garantindo a

realização de procedimentos que comprovadamente beneficiem a mulher e seu bebê, evitando intervenções desnecessárias⁽¹⁾. A assistência ao trabalho de parto, por muito tempo foi uma atividade e uma vivência exclusiva feminina, neste caso, as parteiras prestando o cuidado às parturientes, que no Brasil permaneceu nas mãos delas por todo séc XIX. Porém deixou-se de ser exclusivo das parteiras e passou a predominar o parto hospitalar no séc XX, após a 2ª guerra mundial, quando predominou a entrada em cena, dos médicos e seus instrumentais⁽²⁾.

A assistência de um parto humanizado inclui-se: Cuidado e acolhimento as mulheres no processo parturitivo, tendo entre os profissionais e a mulher uma relação interpessoal, favorecendo satisfação entre ambos, fazendo desses fatores um instrumento que contribui para a vivência da hospitalização, tornando um eixo fundamental para a humanização do acolhimento na assistência à saúde⁽³⁾. A assistência à parturiente está assegurada dentro da portaria nº1.153 de 22 de Maio de 2014 do Ministério da Saúde no capítulo III do artigo III e IV, onde a mãe tem a garantia de um acompanhante de sua livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, para que ela receba apoio físico e emocional, garantia de um ambiente tranquilo e acolhedor com privacidade, oferta de líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto, que seja incentivada a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto se desejar e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas, porém sendo explicado à parturiente e adaptar-se às condições da parturiente; disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor como: exercícios respiratórios, banho de aspersão, massagens, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias; assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos como: rupturas de membranas, episiotomia, uso de medicação para induzir o parto e cesáreas, exceto se houver complicações, sendo este fato explicado à mulher⁽⁴⁾.

Para melhorar a assistência à mulher no Sistema Único de Saúde, foi elaborado em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) onde oferece uma atenção especial a população feminina em todas as fases de sua vida, dentro de uma dessas fases, está a fase obstétrica que apoiado pela Organização Mundial da Saúde, no ano de 2000 foi instituído o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), tendo o objetivo de acolher a mulher desde a fase gravídica até o final da gestação, com o nascimento da criança saudável, garantindo o bem estar

materno e do neonato, dando acesso a assistência, cobertura e qualidade durante o acompanhamento do pré-natal, parto e do puerpério⁽¹⁾.

Esta pesquisa tem como objetivo descrever as ações humanizada e os sentimentos maternos relacionados à humanização do parto.

Metodologia

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, realizado a partir da seleção de artigos científicos que abordam a produção nacional sobre a Assistência ao Parto Humanizado.

As fontes de busca usadas foram através de pesquisas de artigos científicos na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando a base de dados eletrônica, Scientific Electronic Library Online (SciELO), e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), dos últimos anos 2007 a 2016.

Do levantamento realizado, foram encontrados 757 artigos científicos, e destes foram realizados a filtragem, sendo selecionados para a pesquisa 23 artigos, como Teses, Tcc, protocolos assistenciais, revistas eletrônicas entre outros, utilizando do critério para a escolha, foram os artigos que estava disponíveis gratuitamente na base de dados, os disponíveis para a leitura na íntegra, os disponíveis em português e os que melhor se adequava ao tema estudado.

Resultados e discussão

A assistência ao parto, é de origem de parteiras, comadres ou curiosas, que perdurou até o séc. XVI. As parturientes eram auxiliadas por mulheres, geralmente idosas juntamente com as parteiras. O trabalho de parto era de caráter íntimo e privado, e uma experiência compartilhada por mulheres. Quando tinha uma complicação, a parteira se assegurava da situação e chamava ajuda de outras parteiras experientes e só em ultimo caso pedia ajuda do cirurgião, nesta época no séc. XVI os médicos cirurgião tinham mais domínio em hemostasia, sutura, e drenagem, e a presença deles no cenário de parto, era sinônimo de uma situação grave, e era motivo de muita apreensão por parte das parturientes, assim, gradualmente, entre os sec. XVI e XVII começou a surgir na assistência ao parto a figura do cirurgião e a parteira foi perdendo seu espaço⁽⁵⁾.

Após a 2º Guerra Mundial no séc. XX, passou a predominar o parto hospitalar, dando um momento privilegiado para treinamento de acadêmicos e residentes de medicina e obstetrix. Ainda nesta época os índices de partos realizados em instituições hospitalares foram maiores que os realizados em domicílio. Com vistas às novas exigências e a redução das altas taxas de intervenção, iniciou-se o movimento de humanização do parto na metade do séc. XX, com o objetivo de uma atenção à saúde da mulher ao valorizá-la como ser integral⁽⁶⁾.

Neste contexto da atuação no parto, que vem seguindo progressivamente com mudanças das figuras na assistência ao parto, está o enfermeiro, que realiza o parto normal, na maioria das vezes por insuficiência de cobertura médica, porém é assegurado pela lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº7498/86) desde 1986, a autonomia da enfermeira na consulta de enfermagem à gestante, assistência à parturiente e puérpera e o acompanhamento da evolução do trabalho de parto de baixo risco e execução de parto sem distócia⁽²⁾. Também é regulamentado pelo Cofen na resolução nº223/1999, que dispõe sobre a atuação dos profissionais enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal⁽⁷⁾.

Em junho de 2000 foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no âmbito do SUS, pela Portaria nº569/GM, com o objetivo de acolhimento à mulher desde o início da gravidez até o final da gestação, garantindo o nascimento de uma criança saudável, bem-estar materno e neonatal por meio da melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade durante o acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e do puerpério⁵⁽⁷⁾.

Esta Portaria em conjunto com a Portaria nº1.153, a assistência humanizada à parturiente é garantida através do:

Acolhimento

Estudo diz que o cuidado e o acolhimento à parturiente estão no relacionamento entre o profissional e a parturiente, trazendo a satisfação, e que relacionamento interpessoal é um dos instrumentos que contribuem para a vivência da hospitalização⁽³⁾. O cuidado não está relacionado só apenas no alívio da dor, mas no olhar, enxerga, ouvir, escutar, observar, e proporcionar um ambiente favorável, a onde a parturiente se sinta cuidada, pois lhe foi oferecido, afeto, calor, atenção, e amor, resultando em um sentimento de alívio, segurança e bem-estar. Subtende-se que o cuidado e o conforto complementam um ao outro e são primordiais durante o trabalho de parto e parto⁽⁸⁾.

Em relação ao acolhimento, as puérperas o descrevem como sentimentos de: confiança e segurança relacionados ao suporte afetivo e apoio da equipe profissional^(3,8).

Acompanhante

Na perspectivas das parturientes, as pesquisas descrevem como sentimentos de: suporte emocional, conforto físico, suporte de informações, defesa, compartilhamento de experiência, e a facilitação do parto. Tendo uma pessoa do conhecimento da parturiente, favorece-lhe liberdade de expressão no enfrentamento do parto, pois muitas vezes na companhia de um desconhecido, a parturiente pode se sentir vulnerável e vir a se calar e não ser participativa⁽⁹⁾. Com apenas uma orientação e segurar-lhe a mão, traz à parturiente: conforto, apoio, alívio, carinho, e

segurança, favorecendo para um trabalho de parto e parto de forma mais tranquila, com menos ansiedade, tornando o nascimento mais natural possível⁽⁸⁾.

Com a prática humanizada, de favorecer um acompanhante à parturiente, já é cientificamente comprovado que traz melhoria nos indicadores de saúde, e benefícios como redução da duração do trabalho de parto, diminuição de ocitócitos, diminuição da taxa de cesarianas, redução do uso de forceps e da necessidade de analgesia⁽¹⁰⁾.

Os sentimentos da parturiente descritos pela literatura são de, satisfação, segurança, amparo, liberdade para expressar sentimentos, proteção, tranquilidade incentivo à realização de exercícios, ausência de preocupação com a troca de bebês, apoio, ausência de solidão e medo⁽⁷⁾.

Alimentação leve e oferta de líquidos

A oferta de alimentos à parturiente é uma das práticas humanizadoras. Nos partos de baixo risco obstétrico não há necessidade de restrição alimentar, deve-se estimular a ingestão de alimentos no trabalho de parto, pois os partos são de longa duração sendo necessário repor as fontes de energia da parturiente e que neste caso há a constatação de que a ingestão não trás nenhum malefício⁽¹¹⁾. Não foi encontrado na literatura a descrição de sentimentos das parturientes.

Métodos não farmacológicos

a) Deambulação: Deve-se estimular a parturiente a deambular, pois durante a contração as paredes uterinas encurtam-se e impulsionam o feto para baixo. Os ligamentos redondos que também contraem junto com a contração uterina tracionam o fundo uterino para diante, colocando o eixo longitudinal da matriz no eixo da escavação pélvica e para baixo, aproximando o fundo da pelve, sendo a posição vertical a melhor indicada⁽¹²⁾ ainda mais que na posição ereta, a paciente terá contrações mais fortes, regulares e frequentes, porque a gravidade alinha o feto com ângulo pélvico, à medida que o útero inclina-se para frente a cada contração. A manutenção dessa posição pode abreviar o trabalho de parto e reduzir a dor e a necessidade de usar analgésicos⁽¹³⁾.

b) Exercícios respiratórios: Em pesquisas observou-se técnicas de respiração e relaxamento muscular para alívio da dor à parturiente, como resultados foi identificados que não reduziram a intensidade da dor, porém promoveu a manutenção de baixo nível de ansiedade das parturientes, por períodos longos durante o trabalho de parto⁽¹⁴⁾.

c) Banho: O banho de aspersão traz benefício como: alívio da dor, diminuição da pressão arterial, aumento da dilatação do colo uterino⁽¹¹⁾. Essa terapêutica tem que ser realizada no mínimo de 20 min. com a temperatura de água em torno de 37° a 38°C, sendo aplicado uma ducha sobre a região dolorosa, normalmente sendo na região lombar ou abdomen inferior; como a água aquecida, produz vasodilatação

periférica e uma redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular, reduzindo a liberação de catecolaminas e a elevação das endorfinas, promove a satisfação das parturientes, reduzindo suas ansiedades⁽¹⁵⁾.

d) Bola Suiça: Foi utilizada na Europa sendo denominada como bola suíça por terapeutas norte-americanos⁽¹⁶⁾. É um recurso utilizado no trabalho de parto que possibilita a participação da mulher facilitando uma postura vertical da parturiente de forma confortável. É considerado para muitos um instrumento lúdico, que distrai a parturiente⁽¹⁵⁾. Este recurso é utilizado para realizar alongamentos, exercícios ativos, correção postural, relaxamento e fortalecimento da musculatura. Com a paciente sentada na bola, irá ser trabalhado a musculatura do assoalho pélvico, principalmente os músculos levantadores do ânus e pubococcígeo, a fáscia da pele, causando ampliação da pelve, auxiliando na descida da apresentação fetal no canal de parto⁽¹⁷⁾. As mulheres se sentem mais seguras e relaxadas, com consequente benefício na evolução do trabalho de parto. Assim, a movimentação da bola de um lado para o outro, balançar ou fazer outros movimentos rítmicos pode ser reconfortante. Com as posições ortostáticas, como inclinar o corpo para frente ou usar a bola de parto como apoio durante as contrações conferem à maioria das mulheres uma sensação maior de controle e de movimento ativo do que apenas o ato de permanecer deitada⁽¹³⁾. É um dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, e uma das recomendações da Organização do Ministério da Saúde (OMS). É utilizado por profissionais qualificados no trabalho de parto, com a associação de outras técnicas como: exercícios respiratórios, deambulação, banho, massagens promovendo um trabalho de parto humanizado. Entretanto existe um ponto negativo, esse recurso tem que ser aplicado sob orientação e supervisão do profissional, ao contrário disso não é recomendado, pois há risco de queda⁽¹⁷⁾.

e) Cavalinho: É um assento com o apoio para os braços, favorece à parturiente ficar sentada com as costas inclinada para frente promovendo um balanço pélvico⁽¹⁵⁾. Também tem o mesmo efeito fisiológico que a bola, é mais uma das alternativas para mudança de posição da parturiente no processo parturitivo que vem proporcionar à parturiente correção da postura, alongamento, relaxamento da musculatura, fortalecimento do assoalho pélvico⁽¹¹⁾.

f) Massagens: A massagem é uma terapêutica simples, que pode ser associada à respiração, posição e deambulação, pode ser de grande valia no processo de nascimento⁽¹³⁾. As técnicas podem variar de deslizamento superficial e profundo, amassamento, pinçamento, fricção ou pressão em pequenos círculos. Pode ser aplicada no abdômen, cabeça, sacro, ombros, pés, membros e dorso, sendo aplicado onde a parturiente relatar desconforto. É um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos, que promove o alívio da dor, potencializando o efeito do relaxamento, resultando na diminuição do estresse emocional, melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos⁽¹⁵⁾.

g) Crioterapia: Definida como uma técnica de aplicação local do frio para fins terapêuticos. As teorias mais aceitas na explicação do mecanismo de ação do gelo para alívio de dor são de que este reduz a transmissão de dor das fibras, diminui a excitabilidade nas terminações livres, abaixa o metabolismo celular tecidual localizado, aumentando o limiar de dor das fibras, age como contra irritante e estímulo de liberação de endorfinas, proporciona vasoconstrição impedindo o extravasamento plasmático por ocasião dos traumatismos, apresenta uma ação analgésica em consequência da diminuição na velocidade de propagação dos estímulos nociceptivos, promove o aumento da circulação periférica quando o estímulo é retirado, reduz a produção de histamina que determina o aumento da permeabilidade dos vasos, diminui a dor, a atividade enzimática e o espasmo muscular. É utilizada através de compressa de gelo em cinta apropriada e aplicada sobre a região lombar, deixando a parturiente em posição de decúbito lateral⁽¹⁸⁾.

Sobre os sentimentos das mulheres quanto a esses métodos farmacológicos não invasivos foram, sensação de bem-estar, segurança, conforto, alívio da dor, tranquilidade, relaxamento, sensação da abreviação do parto⁽¹⁹⁾.

Redução de procedimentos invasivos

Segundo a Organização Mundial de Saúde, devem ser eliminados as práticas prejudiciais ou ineficazes como o uso de ocitocina, amniotomia, episiotomia entre outras práticas. Um estudo quanto as práticas, referiu-se a uma cascata de intervenções em que uma tenta corrigir o problema causada por sua antecessora, como por exemplo o uso da ocitocina para condução do parto desde o início do atendimento da parturiente, impossibilitando a sua escolha de posição, deixando-a em posição dorsal, em um ambiente com pouco suporte emocional, gera uma situação de estresse e prejudicial e conseqüentemente altera negativamente o padrão das contrações uterinas. Com isso a primeira resposta ao uso da ocitocina, que se usado inadequadamente conduz contrações fortes e prolongadas, aumentando a dor e diminuindo a perfusão de sangue para o bebê. O estresse contribui para a liberação de adrenalina, que provoca mais diminuição na oxigenação fetal, contribuindo no sofrimento fetal agudo, conseqüentemente para uma indicação de uma cesariana⁽²⁰⁾.

Contato pele a pele

O Ministério da Saúde preconiza que deve ser colocado sobre o ventre da mãe logo após o nascimento, sendo acariciado por ela e somente após alguns minutos corta-se o cordão umbilical⁽²¹⁾. O contato pele-a-pele acalma o bebê e a mãe que entram em sintonia única proporcionada por esse momento; auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe. A amamentação se destaca como benefício do contato imediato ao tornar a sucção eficiente e eficaz, aumenta a prevalência e duração da lactação, além de influenciar de forma positiva a relação

mãe-filho; a amamentação promove entre mãe e filho o contato íntimo, freqüente e prolongado repercute no estreito e forte laço de união entre eles. Esta maior ligação mãe-filho possibilita uma melhor compreensão das necessidades do bebê, o que facilita o desempenho do papel de mãe e auxilia na transição gradual do bebê de dentro para fora da barriga. Comprovados os benefícios imunológicos, nutricionais e psicossociais da amamentação tanto para a mulher como para a criança, esforços têm sido empreendidos no sentido de promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno, destacando-se a implementação de políticas e ações para propiciar à criança o melhor início de vida possível inserindo-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) lançada em 1991⁽²²⁾. Outro tipo de contato importante que se estabelece entre a mãe e o RN é o visual. Um estudo demonstrou a existência de movimentos oculares de bebês de zero a seis meses verificando-se a existência de uma fixação rudimentar desde o primeiro dia de vida que se estabilizava em torno do quinto dia. Quando a mãe é a pessoa que está mais em contato com o bebê e que também lhe oferece outras estimulações, o primeiro objeto atraente que surge no campo visual do RN é o rosto da mãe. Os cuidados maternos formam a base da vida emocional e de relacionamento do RN. A importância da proximidade e do toque entre o binômio é relatada mencionando pesquisas que evidenciam vantagens no estado de saúde, atenção e responsividade dos filhos. Em estudo que avaliou a relação entre a mãe e o bebê no pós-parto evidenciou-se que o contato pele a pele entre ambos, de forma contínua por pelo menos 20 minutos a partir do nascimento e o estímulo ao aleitamento espontâneo na primeira hora de vida do RN gera nas mulheres uma emoção que interfere no vínculo da relação mãe-bebê⁽²¹⁾.

No que concerne à enfermagem, à partir da compreensão da importância da implementação desses métodos na realidade das salas de parto do Brasil, os enfermeiros obstétricas poderão sentir-se mais incentivados a estimular as parturientes a colocar em prática os métodos que melhor lhe favoreçam⁽¹³⁾, explorando os cuidados não-farmacológico de alívio da dor, por serem mais seguros e conseqüentemente reduzindo as intervenções. Desta forma a equipe de enfermagem tem um papel fundamental na realização desses cuidados, promovendo à parturiente alívio da dor, tornando o parto humanizado⁽²³⁾.

Conclusão

Na busca dos artigos pelo tema da assistência ao parto humanizado, a literatura demonstrou que a temática da experiência da mulher relativa à assistência recebida e centros de partos normais, ainda não foi suficientemente explorado no Brasil.

Existem lacunas na assistência que devem ser preenchidas pois ainda existe falhas na adesão desse sistema.

Os profissionais de enfermagem, em especial os enfermeiros obstétricas, tem muito a contribuir pois tem o domínio do que é uma assistência humanizada ao parto podendo, além de colocar em prática, também capacitar sua equipe de técnicos e

auxiliares para adesão deste sistema e conseqüentemente ajudar uma melhor evolução do trabalho de parto e parto, conforme evidenciado pelas pesquisas dos sentimentos das mulheres.

Referências:

1. Wei CY, Gualda DMR, Silva LCFP, Melleiro MM. A percepção de puérperas oriundas da Atenção Primária sobre a Humanização da Assistência ao parto em um hospital de ensino. *O Mundo da Saúde*, São Paulo - 2012;36(3):468-474
2. Wolff LR, Waldow VR. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc.* São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008
3. Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC, Felipe GF. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rev. Rene*, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 32-41
4. Ministério da Saúde [internet] portaria nº1,153 2014. [Citado em: maio 2014]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>
5. Mamede FV, Mamede MV, Dotto LMG. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc Anna Nery R Enferm* 2007 jun; 11 (2): 331 – 6
6. Matão MEL, Miranda DB, Costa BP, Borges TP. A Visão médica do parto domiciliar: factível ou utópico. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2016 mai/ago; 6(2):2147-2155 DOI: 10.19175/recom.v6i2.983
7. Jamas MT. Assistência ao parto em um centro de parto normal: narrativas das puérperas. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010. 143p.
8. Carraro TE, Knobel R, Radünz V, Meincke SMK, Fiewski MFC e tal. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 97-104
- 8.9. Teles LMR, Américo CF, Pitombeira HCS, Freitas LV, Damasceno AKC. Parto acompanhado na perspectiva de quem o vivencia. *Rev enferm UFPE on line*. 2010 abr./jun.;4(2):498-503
10. Motta SAMF, Feitosa DS, Bezerra STF, Dodt RCM, Moura DJM. Implementação da Humanização da Assistência ao parto Natural. *Português/Inglês Ver enferm UFPE on line.*, Recife, 10(2):593-9, fev., 2016
11. Damaceno DC. A importância do parto humanizado: atenção da equipe de Enfermagem. DAMACENO, D.C. *FACIDER Revista Científica*, Colíder, n. 07, 2015
12. Protocolo Assistencial da enfermeira obstetra [internet]. Bahia 2016. [Citado em: outubro 2016]. Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br>.
13. Silva DAO, Ramos MG, Jordão VRV, Silva RAR, Carvalho JBL, Costa MMN. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de normal:

revisão integrativa. Português/Inglês Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(esp):4161-70, maio., 2013

14. Davim RMB. Avaliação da efetividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto. [Tese] Natal/RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007. 100p.

15. Ritter KM. Manejo não farmacológico da dor em mulheres durante o trabalho de parto em um hospital escola. [TCC]. Porto Alegre:Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012. 77p.

16. Gradíssimo AMD. Relatório de Estágio de natureza profissional bola de pilates e música no trabalho de parto: Uma intervenção em cuidados especializados. [Dissertação]. Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo; 2014. 121p.

17. Oliveira LMN, Cruz AGC. A Utilização da Bola Suíça na Promoção do Parto Humanizado. R bras ci Saúde 18(2):175-180, 2014

18. Nunes S, Vargens OMC. A crioterapia como estratégia para alívio da dor no trabalho de parto: um estudo exploratório. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 jul/set; 15(3):337-42.

19. Medeiros J, Hamad GBZ, Costa RRO, Chaves AEP, Medeiros SMM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. REVISTA ESPAÇO PARA A SAÚDE | Londrina | v. 16 | n. 2 | p. 37-44 | abr/jun. 2015

20. Vasconcelos AA. Atuação das enfermeiras na humanização do parto e nascimento no Distrito Federal. [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010. 96p.

21. Cruz DCS, Sumam NS, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(4):690-7. www.ee.usp.br/reeusp/

22. Matos TA, Souza MS, Santos EKA, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 nov-dez; nov-dez; 63(6): 998-1004.

23. Guimarães DS. Métodos não farmacológicos no alívio da dor em parturientes. [TCC]. Aracaju: Universidade Tiradentes; 2016.34p.