

## **PARTO HUMANIZADO: ATUAÇÃO DA MULHER ENQUANTO SUJEITO DE DIREITO**

### **HUMANIZED BIRTH: THE ACCESS OF WOMEN AS A RIGHT SUBJECT**

<sup>1</sup> RODRIGUES, I. A.; <sup>2</sup> OLIVEIRA, F. S.

<sup>1e2</sup>Departamento de Psicologia - Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos – UNIFIO

#### **RESUMO**

O parto é um momento caracterizado por diversas mudanças na vida da mulher e de todos que estão participando desse processo. Ao pensar na gravidez, automaticamente é feita a relação com o médico e contexto hospitalar, entretanto, os partos realizados dentro das instituições não são a única opção para a mulher, em contrapartida, além do parto normal, existe o parto domiciliar – prática crescente no Brasil. Independente da escolha, a assistência proporcionada a gestante deve ser integralmente humanizada, investigando quais as vontades dela enquanto sujeito de direito. A fim de compreender a prática do parto humanizado, os aspectos emocionais da gestante e as leis que protegem essa prática, foi realizada uma pesquisa bibliográfica através do Google Acadêmico e Scielo para maior compreensão do tema.

**Palavras-chave:** Parto. Mulher. Direito. Humanizado.

#### **ABSTRACT**

Childbirth is a moment characterized by several changes in the women's life and all who are participating in this process. When thinking about pregnancy, the relationship with the doctor and the hospital context is automatically made, however, the deliveries performed within the institutions are not the only option for women, in contrast, besides the normal birth, there is home birth - a growing practice in Brazil. Regardless of the choice, the care provided to pregnant women should be fully humanized, investigating her wishes as a right subject. In order to understand the practice of humanized childbirth, the emotional aspects of the pregnant woman and the laws that protect this practice, a bibliographic search was conducted through Google Scholar and Scielo for a better understanding of the subject.

**Key-words:** Childbirth. Women. Right. Humanized.

#### **INTRODUÇÃO**

Apesar de existir no Brasil o paradigma de que o parto realizado por cesárea é a melhor escolha para a mulher e o seu bebê, os índices de partos humanizados têm emergido e influenciado na desconstrução da primazia pelo processo da cesariana. Segundo o Ministério da Saúde, “a cada ano acontecem no Brasil cerca de 3 milhões de nascimentos, envolvendo quase 6 milhões de pessoas [...] com cerca de 98% deles acontecendo em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados” (BRASIL, 2014).

Até o século XVIII, os partos eram especialidades das parteiras e não caracterizava o contexto hospitalar como acontece hoje. De acordo com Abbud et al. (2014) o parto era um momento importante para a mulher, sendo ela cuidada por

outras mulheres – enquanto hoje se tornou um ato médico, predominantemente masculino e gerador de lucro. Essa prática ganhou forma no final do século XIX e se consolidou no século XX, quando os obstetras acharam por bem normalizar e controlar o parto, levando a extinção do parto domiciliar e fundando assim, as maternidades.

É necessário contextualizar toda essa mudança, afinal, o século XX foi marcado mundialmente pela transição da mulher que assumia o papel de mãe de grandes proles, para a mulher que trabalha fora de casa e diminuiu o número de filhos. Aqui no Brasil, entretanto, “o avanço tecnológico [...] atingiu especialmente as principais capitais do país, privando o interior por vários anos, [...] isso dificultava a assistência à maternidade por profissionais médicos, o que dava lugar ao papel das parteiras.” (ALMEIDA; CECAGNO, 2004).

É inegável que o avanço das tecnologias obstétricas auxiliou na queda dos índices de mortalidade maternas e perinatais, entretanto, cabe indagar se o excesso de técnicas não trouxe benefícios hegemonicamente as instituições. Enquanto a mulher continua perdendo seu lugar de protagonista no parto e em todo o processo da gestação, bem como, as profissionais que atuam de maneira humanizada. (BRASIL, 2014).

O parto humanizado começou a ser discutido no início dos anos 70 e foi conquistando espaço dentro e fora das instituições de saúde, Largura (2000) cita que o processo de humanizar o parto vai além do momento em si, é caracterizado pelo respeito e sobre criar condições para que as dimensões do ser humano sejam atendidas, todas elas: sociais, biológicas, espirituais e psicológicas a todo o momento, desde a descoberta da gravidez.

Não obstante, a cartilha do HumanizaSUS aborda sobre o parto humanizado, afirmando que “humanizar [...] é antes de tudo ampliar a escuta, possibilitar à mulher o exercício da sua autonomia, prestar um atendimento focado em suas necessidades, e não no que é melhor para a equipe” (BRASIL, 2017, p. 280).

A partir da relevância da discussão sobre o tema referido, se faz necessária a escrita sobre a protagonização da mulher enquanto sujeito de direito durante sua gestação e o parto humanizado, abordando as leis e projetos que sustentam a prática de um parto mais humano e menos técnico, além disso, Sarmiento e Setúbal (2003) enfatizam a relevância sobre considerar os aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério da mulher, sendo assim, serão citadas as melhores formas de

abordar esses aspectos em um espaço entre gestante, profissional da psicologia e demais envolvidos.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa trata-se de uma revisão bibliográfica sobre as modificações no processo do parto, desde as primeiras práticas até o controle médico que foi criando espaço com o passar dos anos. O processo se dará através da leitura e revisão de artigos científicos oriundos das plataformas digitais Google Acadêmico e Scielo, bem como, cartilhas publicadas pelo Ministério da Saúde, sendo assim, será proposta uma discussão sobre a atuação da mulher como sujeito de direito quanto as escolhas sobre seu corpo e de seu bebê e a perspectiva psicológica sobre os aspectos emocionais que fazem parte desse momento. Não obstante, uma distinção entre as formas que pode ser realizado o parto e apresentação sobre o conceito de parto humanizado.

## **DESENVOLVIMENTO**

Pensar sobre o nascimento de um bebê provavelmente te faz pensar em um hospital e visitas até a maternidade, se você já teve oportunidade de visitar uma mulher após a operação cesariana, reconhece que é uma cirurgia extremamente invasiva e a debilitação no pós-cirúrgico é intensa.

Desde a internação no pré-parto, tanto as mulheres quanto os bebês são expostos a intervenções médicas no período que estão dentro do hospital, fato é que o “excesso [...] deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer” (BRASIL, 2017, p. 6).

As diretrizes nacionais de assistência ao parto normal (2014, p. 27) apontam situações em relação a cirurgia cesariana e orientam que, caso o parto normal não seja possível, deva-se direcionar para o processo cirúrgico. Contraditório pensar que a cesárea é apenas uma orientação caso o parto normal não seja possível, sendo que o Brasil possui 89% de cesárias na área da saúde suplementar, de acordo com dados preliminares da pesquisa Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento, em 2011.

Pensar sobre uma mulher após uma cirurgia no hospital, remete aos cuidados, todavia, segundo Sodré e Lacerda (2007), a contradição se dá porque as complicações pós-parto não estão diminuindo e em sua maioria, são na verdade causadas por esse avanço, seja por meio da generalização de sua necessidade, bem como, o uso abusivo das técnicas e procedimentos.

Ainda que o hospital seja hegemonicamente relacionado a cesárea, o parto normal também acontece em contexto hospitalar, nesse sentido, as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal (2017) apresentam várias recomendações para a gestante, entre estas, está a de “informar às gestantes de baixo risco de complicações que o parto normal é geralmente muito seguro tanto para a mulher quanto para a criança” (BRASIL, 2017, p. 14).

Basicamente quando o tema parto aparece, é sempre em relação as duas opções acima citadas: cesárea ou normal. Entretanto, uma outra prática tem ocupado cada vez mais espaço entre as gestantes – o parto domiciliar, ainda que não faça parte das políticas públicas atuais no país (BRASIL, 2017, p. 14) permite que uma viagem de volta no tempo seja feita.

As autoras Cecagno e Almeida (2004) realizaram um estudo qualitativo sobre os partos domiciliares do século XX, entendeu-se a importância do companheiro das gestantes na época, bem como, as parteiras. Em todo contexto da época, na maioria dos relatos “quem chamava ela (parteira) era ele (marido), logo que começava a dor ele chamava, porque era longe e só tinha cavalo para ela vir” (CECAGNO; ALMEIDA, 2004, p. 411).

Cada modalidade de parto possui suas singularidades e dificuldades, sobre os desafios do parto domiciliar, Sanfelice et al. afirmam que:

Ao mesmo tempo em que nos sentimos realizadas profissionalmente dentro desse modelo de atendimento, vivenciamos diariamente todas as dificuldades que surgem quando mergulhamos em um campo de atuação tão pouco explorado e que ainda sofre muito preconceito/perseguição por diversas categorias da sociedade. Sentimos que nosso maior desafio ainda é o embate diário com os profissionais de saúde não adeptos ao modelo e a sociedade de forma geral. Nesse ponto, precisamos estar sempre determinadas, coerentes, respaldadas e muito confiantes de que estamos oferecendo uma assistência segura e legalizada (SANFELICE et al., 2014, p. 366).

A busca por uma assistência que seja humanizada, segura e ao mesmo tempo legalizada deveria ser um norte para qualquer atuação na área da saúde,

nesse sentido, sobre o modelo humanizado, diferente do médico sobre o parto, Sanfelice et al. (2014) enfatiza que essa nova forma de promover assistência a parturiente e seu bebê é uma maneira de devolver o protagonismo, resgatando valores da individualidade, privacidade e principalmente autonomia dessa mulher.

Afinal, é ela quem sente o primeiro impacto da gravidez, não somente seu corpo passará por diversas transformações durante os meses de gestação, todavia, suas emoções, sentimentos, desejos, inseguranças, além das cobranças – sociais e de si mesma – por isso, é importante ressaltar que o parto humanizado promove suporte para todos esses momentos que a mulher vive, a cartilha HumanizaSus cita que:

O local onde a mulher é cuidada não pode ser um ambiente hostil, com rotinas rígidas e imutáveis, onde ela não possa expressar livremente seus sentimentos e suas necessidades. Deve receber cuidados individualizados e flexíveis de acordo com suas demandas. É necessário que se sinta segura e protegida por todos aqueles que a cercam. Tanto na assistência pré-natal como na assistência ao nascimento, a presença do seu companheiro ou outro membro da família deve ser encorajada (BRASIL, 2014, p. 28).

Nesse sentido, Sarmiento e Setúbal (2003) discorrem sobre os cuidados que devem ser oferecidos a gestante desde as primeiras consultas com o médico, enfermeiros e envolvimento com outros profissionais em contexto hospitalar.

As autoras acima citadas, a partir de uma perspectiva psicológica em obstetrícia, afirmam sobre a naturalidade que as mulheres grávidas transitam entre suas emoções, “toda gestante quer estar grávida e não quer estrar grávida. É um momento em que muitas ansiedades e medos primitivos afloram” (SARMENTO; SETÚBAL, 2003, p. 263), por isso se faz necessário um atendimento sem julgamentos e sem banalização das queixas trazidas pela gestante.

Até que se construa a ideia de qual parto é a escolha mais adequada para ela, a gestante encara diversos desafios, Klein e Guedes (2008) apontam a mudança do papel social como um fator importante a ser considerado, sendo que durante nove meses – caso o parto não seja prematuro – haverá uma mulher que deixará de ser apenas filha para tornar-se mãe, sendo assim, essa dimensão é reestruturada e será constituída uma nova identidade, bem como, a definição de papéis nesse novo contexto, ao conjeturar que a mulher será responsável pela criança.

Pensando na gestação como um momento de lenta evolução em nível de transformações, Rato (1998) discorre sobre as ansiedades que atravessam a mulher nesse período – seja a cobrança social pelo tornar-se mãe, medo de que algo aconteça durante a gestação consigo ou o bebê, luto pelo papel social que ficou para trás, importância de elaborar as fantasias sobre a gravidez como um momento sem frustrações, as mudanças em sua vida sexual, irregularidades no sono, fome, disposição, entre outras novas características desse momento.

Além dos fatores emocionais que acompanham a mulher, existem diversos fatores orgânicos que podem também gerar mais incertezas nesse momento, como um possível parto de risco, eventual patologia ou síndrome no bebê intrauterino e até mesmo o quadro da própria mulher antes da gestação.

É importante considerar a gravidez que não foi planejada, nesse sentido, Dourado e Pelloso (2005) ao realizarem um estudo com gestantes de risco, apontam que as reações iniciais negativas em relação à descoberta da gravidez foram modificadas e as gestantes, “em sua maioria, encontraram formas positivas de enfrentar e lidar com a doença e as dificuldades impostas por uma geração de risco” (DOURADO; PELLOSO, 2005, p. 73).

Entende-se a existência de inúmeros fatores que influenciam o momento da gestação, sejam os orgânicos, como citados acima, os sociais, econômicos, políticos ou emocionais, que mesmo não sendo vistos, são sentidos pela mulher e percebidos pelos que estão a sua volta. Essa realidade intensa começa com a descoberta da gravidez e acompanha a gestante em todo o processo, porém, nos últimos meses da gestação, “voltam a aparecer crises intensas de ansiedade conscientes e em que é expresso o temor à morte no parto, à dor, ao parto traumático, por fórceps ou cesariana, ao filho disforme e à morte do filho” (RATO, 1998, p. 407).

Dessa forma, compreende-se de maneira ainda mais abrangente a relevância do acompanhamento psicológico durante a gravidez, Klein e Guedes (2008) apontam o intuito de “possibilitar uma vivência mais equilibrada de todas as emoções e manifestações que ocorrem durante o ciclo gravídico-puerperal” e enfatizam a participação de gestantes em grupos, o que permite a identificação entre os membros, bem como, a partilha de experiências durante a gestação e troca de informações.

Considerando o acompanhamento psicológico grupal com gestantes, Gomes e Guedes ressaltam que “as possibilidades de trabalho com gestantes são

ilimitadas, ainda que no Brasil as iniciativas neste sentido, a partir de uma abordagem preventiva, continuem elementares” (GOMES; GUEDES; 2004, s/p). Visto isso, os autores apontam como necessário o incentivo de ações como essa, porque a prática irá proporcionar que outras comecem e as brechas sejam encontradas e utilizadas, concentrando esforços a fim de favorecer para um melhor atendimento às gestantes que passam pela experiência da maternidade.

Dessa maneira, infere-se que a prática grupal é um dos caminhos que possibilitam a concretização da ideia abordada por Sanfelice et al. (2014), a respeito de uma assistência humanizada, segura e legalizada. Afinal, não é sobre o parto em si, entretanto, como será o cuidado com a mulher até esse momento e após o mesmo.

A humanização está diretamente relacionada com todo o período da gestação, como visto até aqui. Indiferente da escolha para o parto: cesárea, normal ou domiciliar, a parturiente demanda certas precauções que precisam ser atendidas não só pelos médicos, porém, principalmente por aqueles que constituem vínculo afetivo com a mesma. Nesse sentido, além da equipe obstétrica hospitalar, usualmente composta pelo médico, anestesista, enfermeira, pediatra e acompanhante, ao tratar sobre parto humanizado, reaparece a figura da doula.

Em uma publicação do Jornal PSI, o CRP/SP as refere como parceiras do parto humanizado, “doula, palavra grega que significa ‘mulher que serve’, é responsável pelo conforto físico e emocional da parturiente durante o pré-parto, o nascimento e o pós-parto” (CRP/SP, 2015, s/p). Ainda que seja uma das profissões mais antigas no país, acabou perdendo espaço com a hegemonia do saber-poder médico.

Quando é feita a opção pelo parto domiciliar, é imprescindível a presença da doula, contudo, ela pode também estar presente no parto hospitalar – essa é uma escolha feita pela gestante. Ainda de acordo com o conselho regional de psicologia de São Paulo, a “humanização do parto em contraposição à violência obstétrica é uma preocupação dos profissionais da saúde” (CRP/SP, 2015, s/p), portanto, uma preocupação da psicologia, que apoia o diálogo com as doulas.

Pensar a humanização dos partos é ir além da escolha pelo parto, é também refletir e questionar sobre um cuidado que deveria ser ofertado de modo multiprofissional que, segundo Narchi, Cruz e Gonçalves (2013), as profissões que

estão para além da equipe obstétrica “tradicional” não recebem incentivo, entre estas estão as enfermeiras obstetras (EO) e obstetrizes.

Os autores discorrem que o avanço da humanização e transformação no modelo de assistência ao parto e nascimento não seria possível sem a presença dessas profissionais, afirmam que o trabalho das enfermeiras obstetras e obstetrizes é fundamental, não sendo mais efetivo ou reconhecido por falta de investimentos e valorização por parte do sistema de saúde, bem como, pelo número reduzido de profissionais na área (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013, p. 1063).

Pensando em nível nacional, o Ministério da Saúde abordou em sua cartilha sobre humanização do parto, os seguintes pontos a respeito de Acesso e Acolhimento:

A qualidade da assistência obstétrica e neonatal, entre outros recursos, depende de uma boa organização da rede de serviços que possa assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, da equidade e da integralidade do cuidado. É necessário que todas as gestantes, as parturientes, os recém-nascidos e as puérperas recebam todo o atendimento a que têm direito visando à redução dos agravos decorrentes das complicações da gravidez, do parto e do puerpério. Para isso, é necessário que todos os pontos da rede de atenção estejam atuando de forma integrada e harmônica, visando garantir o atendimento integral à mulher e ao recém-nascido, evitando sua peregrinação e, quando necessário, sua transferência em transporte seguro e com garantia de vaga e acolhimento na unidade de referência. Nas unidades de cuidado a mulher deve ser acolhida e o seu atendimento deve ser priorizado de acordo com o grau de risco que apresenta nesse momento (BRASIL, 2014, p. 29).

É impreterível que haja um bom funcionamento das equipes multidisciplinares, bem como, dos dispositivos de saúde pública para que seja ofertado as gestantes maior participação durante toda gestação, permitindo assim, que a mulher enquanto sujeito de si mesma, conheça suas possibilidades e receba suporte para finalizar suas escolhas a respeito do parto e o pós-parto.

Indo ao encontro, além dos apontamentos acima, o Ministério da Saúde aborda sobre o fortalecimento e participação da mulher nas decisões, direcionando a equipe de atenção em relação à mulher a buscar a valorização da figura feminina e dando suporte para que a dignidade e autoestima da mesma sejam encorajadas durante todo o processo do planejamento de seu próprio cuidado e de seu bebê (BRASIL, 2014, p.29).



A cartilha HumanizaSus enfatiza ainda que as visões e desejos da mãe devem ser respeitados, desde que não façam mal para ela ou seu filho ou filha, tal como, a mulher deve ser sempre chamada por seu primeiro nome, evitando o tratamento por números ou letras encontrados em cadastros (BRASIL, 2014, p. 29-30). Mesmo que pareça ser uma pequena mudança, ser chamada pelo próprio nome em um sistema que atende inúmeros pacientes, faz toda diferença.

É um passo, dentre os vários que têm sido realizados, para que a mulher assuma cada vez mais seus direitos dentro de um processo e contexto institucional que visam tirar a autonomia da mesma em relação a sua gestação.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do tema exposto, foi possível compreender o contexto histórico que transferiu o parto de uma prática unicamente domiciliar, para outra totalmente institucionalizada, modificação essa que interferiu no papel da mulher como sujeito de direito durante a gestação. Isso porque as mulheres foram submetidas ao saber médico e limitadas ao mesmo, fazendo da cirurgia cesárea a primeira escolha das gestantes, entretanto, o Ministério da Saúde em 2014 propôs uma nova perspectiva sobre o parto normal – incentivando a prática do mesmo.

Fato é que a gravidez envolve conteúdos emocionais desde a gênese do processo, a gestante e a família precisam se integrar a nova realidade e ao novo integrante que está pra chegar, nesse sentido, a psicologia expõe a importância do acompanhamento psicológico, individual ou grupal, e busca dialogar com a prática das doulas – assistentes em partos domiciliares.

Independente da escolha da mulher, o importante é que essa opção de tomar sua decisão exista e seja incentivada não só pelo Estado, mas pela sociedade, por sua família e os demais contextos sociais quais ela está incluída. O parto humanizado começa com um acompanhamento humanizado, que visa menos técnicas e cirurgias e mais acolhimento, escuta e cuidado. Humanizar o parto está diretamente relacionado com o espaço que a gestante ocupa enquanto participante ativa e principal, bem como, considerar os aspectos emocionais e psicológicos que fazem parte do processo, seja ele findado na cirurgia cesariana, parto normal ou domiciliar.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. D. de O.; CECAGNO, S. **Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural**. Texto Contexto Enferm; v. 13, n.3, p. 409-13. Jul-Set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a10v13n03.pdf>> Acesso em 26 ago. 2019
- BRASIL. **Cadernos HumanizaSUS – Humanização do parto e do nascimento**. Brasília – Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf)> Acesso em 26 ago. 2019
- BRASIL. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília – Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)> Acesso em 27 ago. 2019
- BRASIL. **Inquérito Epidemiológico sobre as consequências do parto cesáreo desnecessário no Brasil**. Escola Nacional de Saúde Pública - Projeto Nascer no Brasil. 2011. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29584>> Acesso em: 26 ago. 2019
- CRP-SP. **Parceiras do Parto Humanizado**. Jornal PSI – Mundo Melhor; n. 182 – Fev. – Abril, 2015. Disponível em: <[http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/jornal\\_crp/182/frames/fr\\_mundo.aspx](http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/182/frames/fr_mundo.aspx)> Acesso em 05 set. 2019
- DOURADO, V. G.; PELLOSO, S. M.; **Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação**. Acta Paul Enferm; v. 20, n. 1, p. 69-74. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a12v20n1>> Acesso em 05 set. 2019
- GOMES, L. A.; GUEDES, C. R. **A preparação para o parto como prevenção primária com grupos de sala de espera: a experiência de trabalho interprofissional**. Psicol. Hosp.; v. 2 n. 2. São Paulo, dez. 2004. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092004000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200005)> Acesso em 05 set. 2019
- KLEIN, M. M. S.; GUEDES, C. R.; **Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde**. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 28, n. 4, p. 862-871, dez. 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932008000400016&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 05 set. 2019.
- LARGURA, M. **Assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais. Uma análise crítica. Por um parto mais humano e solidário**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R.; **O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 1059-1068, 2013. Disponível em:  
<<https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n4/1059-1068/pt>>

Acesso em 05 set. 2019

RATO, P. I. **Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal.** *Análise Psicológica*, v. 3; p. 405-413, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a06.pdf>> Acesso em 05 set. 2019

SANFELICE, S. F. O. *et al.* **Do parto institucionalizado ao parto domiciliar.** *Rev Rene*. Mar-abr; v. 15, n. 2, p. 362-70. 2014. Disponível em:  
<<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324031263022.pdf>> Acesso em 04 set. 2019

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V.; **Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério.** *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-268, jul./set., 2003. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0204/pdfs/IS24\(2\)051.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0204/pdfs/IS24(2)051.pdf)>  
Acesso em 04 set. 2019

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. **O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina – PR.** *Rev Esc Enferm USP*; v. 41, n. 1, p. 82-9. 2007 Disponível em:  
< <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/306.pdf>> Acesso em 27 ago. 2019