

O desenvolvimento de um modelo de assistência contínua ao parto

Ana Cláudia Silveira Lambert¹
Luiza Akiko Komura Hoga²
Milena Temer Jamas³

Resumo

Objetivo. Descrever as experiências das enfermeiras obstétricas relacionadas com o desenvolvimento de um modelo de assistência ao parto. **Metodologia.** investigação do tipo estudo de caso. Analisaram-se as declarações de quatro enfermeiras obstétricas, que desenvolveram o modelo de assistência ao parto proposto pelo Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. A informação obtida se analisou de modo indutivo e interpretativo. **Resultados.** das narrativas surgiram quatro categorias descritivas: a) a convivência com o sentimento de ambivalência, b) o trabalho com facilidades e dificuldades com a adoção do novo modelo, c) as mudanças no conceito da assistência ao parto, e d) os benefícios proporcionados pelo modelo. As enfermeiras reconhecem a viabilidade do modelo, mas sua implementação definitiva na instituição depende das mudanças nas diretrizes filosóficas e gerenciais relacionadas com a assistência ao parto e do compromisso dos profissionais. **Conclusão.** Reconheceram-se os diversos aspectos envolvidos na implementação do modelo de atendimento no parto.

Palavras chave: planejamento de assistência ao paciente; salas de parto; enfermeiras obstétricas.

Desarrollo de un modelo de asistencia continua en el parto

Resumen

Objetivo. Describir las experiencias de las enfermeras obstétricas relacionadas con el desarrollo de un modelo de asistencia al parto. **Metodología.** Investigación del tipo estudio de caso. Se analizaron las declaraciones de cuatro enfermeras obstétricas, que desarrollaron el modelo de asistencia al parto propuesto por el Hospital Universitario de la Universidad de São Paulo. La información obtenida se analizó de modo inductivo e interpretativo. **Resultados.** De las narrativas surgieron cuatro categorías descriptivas: a) la

1 Enfermeira obstétrica e Mestre em Enfermagem. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
email:ana.lambert@bol.com.br

2 Enfermeira obstétrica, Mestre em Enfermagem, Doutora em Enfermagem. Livre-docente em enfermagem Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil.
email:kikatuca@usp.br

3 Enfermeira obstétrica e mestranda em enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil.
email:milena14enf@yahoo.com.br

Fecha de recibido: 13 de mayo de 2009.
Fecha de aprobado: 4 de junio de 2010.

Cómo citar este artículo: Silveira AC, Komura LA, Temer M. O desenvolvimento de um modelo de assistência ao parto. Invest Educ Enferm. 2010; 28(2):187-194

convivencia con el sentimiento de ambivalencia, b) el trabajo con facilidades y dificultades con la adopción del nuevo modelo, c) los cambios en el concepto de la asistencia al parto, y d) los beneficios proporcionados por el modelo. Las enfermeras reconocen la viabilidad del modelo, pero su implementación definitiva en la institución depende de los cambios en las directrices filosóficas y gerenciales relacionadas con la asistencia al parto y del compromiso de los profesionales. **Conclusión.** Se reconocieron los diversos aspectos involucrados en la implementación del modelo de atención en el parto.

Palabras clave: planificación de atención al paciente, salas de parto, enfermeras obstétricas.

Development of a delivery continued care model

■ Abstract ■

Objective. To describe the obstetric nurses' experiences related with the development of a delivery care model. **Methodology.** Case study type research. Four obstetric nurses who developed the delivery care model proposed by the Sao Paulo university testimonies were analyzed. The obtained information was analyzed using an inductive interpretative way. **Results.** Four descriptive categories came up from the testimonies: a) Coping with ambivalence feelings, b) Work with ease and difficulties with the new model adoption, c) the delivery concept changes and d) the nurses recognized the model viability, but its implementation depends in the philosophical and management guidelines related with delivery care and professionals' commitment. **Conclusion.** The diverse aspects involved were recognized in the implementation of the delivery model.

Key words: patient care planning; delivery rooms; nurse midwives.

Introdução

O atendimento das necessidades das mulheres no momento do parto emerge como uma demanda crescente no cenário brasileiro e internacional. Os especialistas do Ministério da Saúde do Brasil, preocupados com esta questão, elaboraram o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que traça os princípios norteadores e as recomendações visando à assistência ao parto, de forma integral, tendo como foco central o atendimento das necessidades da parturiente segundo a sua própria perspectiva.¹

Cabe às instituições adotarem medidas de vários âmbitos com o objetivo de oferecer assistência ao parto como preconizadas nas políticas públicas. Entretanto, a observação do cotidiano dos serviços permitiu deduzir que a concretização - destas medidas ainda depende da superação de muitos obstáculos. Estes podem ser derivados das posturas dos próprios profissionais, sobretu-

do, dos responsáveis pela deliberação dos fundamentos filosóficos da assistência que, por sua vez, determinam as escolhas relativas às normas e rotinas assistenciais.

A persistência de condutas assistenciais que contrariam as recomendações relativas à assistência ao parto deve ser combatida, mas o ideal do cuidado integral e humanizado à parturiente é difícil de ser alcançado, pois envolve fatores que extrapolam a capacitação técnica dos profissionais.² Uma pesquisa concluiu que as gestantes de baixo risco receberam cuidados de 16 pessoas em um intervalo de seis horas e, apesar disso, permaneceram solitárias a maior parte do tempo. Elas foram submetidas a procedimentos rotineiros e ficaram estressadas, o que interferiu na evolução do trabalho de parto e ocasionou prejuízos às gestantes.³

A crença na possibilidade e na relevância de implementar um modelo de assistência ao parto

caracterizada pela integralidade e personalização impulsionou o desenvolvimento da presente pesquisa. Seu objetivo foi descrever experiências de enfermeiras obstetras relativas ao desenvolvimento de um modelo de assistência ao parto.

Metodologia

O método de pesquisa. O método do estudo de caso foi desenvolvido, pois ele permite delinear os principais aspectos de um caso específico⁴ e por meio dele, muitos outros casos podem ser representados.⁵ As prerrogativas mencionadas e a possibilidade de organizar os dados que cercam o fenômeno fazem com que os casos estudados possuam valor em si mesmos.⁶

Local. O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de um Hospital Universitário localizado na Cidade de São Paulo, onde foi realizado este estudo em 2005.

Procedimento. Os profissionais diretamente envolvidos com a assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nesta Instituição são o médico obstetra, o enfermeiro obstetra e o auxiliar de enfermagem. Em cada turno de trabalho há pelo menos três médicos obstetras, dois enfermeiros obstetras e quatro auxiliares de enfermagem. O trabalho de assistência ao parto é dividido entre o médico e a enfermeira obstetra, cabendo a esta profissional o controle do trabalho de parto e solicitação da avaliação médica, quando necessária. A assistência de enfermagem é desenvolvida pelo conjunto de profissionais desta categoria e, neste âmbito, há uma distribuição segundo as responsabilidades e especificidades de cada nível. Na assistência obstétrica propriamente dita cabe à enfermeira obstetra controlar o trabalho de parto, realizar o parto e outros cuidados relacionados à higiene, alimentação, deambulação, medicação, entre outros. As profissionais de enfermagem presentes no plantão são divididas em três grupos, cada qual se responsabilizando pela assistência nos setores de admissão, área não restrita e área restrita.

A Instituição presta assistência a cerca de 250 parturientes por mês e a assistência obstétrica é desenvolvida mediante o seguimento de um protocolo.

O modelo de assistência ao parto vigente na Instituição. No setor de admissão, o médico realiza a anamnese da gestante e faz sua internação. No setor de pré-parto, a enfermeira inicia a assistência mediante o desenvolvimento do Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE), composto do exame físico geral e específico, entrevista, levantamento de problemas, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem. O protocolo de assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato é descrito, de forma sumária.

O controle do trabalho de parto é feito mediante a utilização do partograma e quando identificada a necessidade é realizada a monitoração obstétrica. A presença do acompanhante de escolha é permitida, a alimentação é por livre demanda, assim como a deambulação. A realização do banho de aspersão é sugerida quando indicada. Quando a parturiente entra no período expulsivo do parto, é transportada à área restrita onde se encontra a sala de parto e é entregue aos cuidados da equipe responsável pela assistência neste setor.

Nos casos em que a assistência ao parto cabe à enfermeira obstetra, essa profissional presta a assistência ao parto propriamente dito. Concluída esta etapa, faz a conferência da identificação do neonato e leva-o à presença da mãe. A puérpera é encaminhada à sala de recuperação e, neste setor, são verificados os sinais vitais, a contratilidade uterina, o sangramento vaginal e as condições do períneo. A enfermeira faz a evolução e a prescrição de enfermagem e encaminha a puérpera para o Alojamento Conjunto (AC), etapa em que se encerra a assistência no centro obstétrico.

O modelo de assistência contínua ao parto proposto. No modelo proposto, as enfermeiras deveriam continuar prestando assistência ao parto conforme o protocolo vigente. A inovação consistia no fato das enfermeiras prestarem assistência ao parto, de forma contínua, desde a internação até o encaminhamento ao alojamento conjunto, se responsabilizando pessoalmente pelo atendimento das parturientes. Estas profissionais deveriam permanecer ao lado da parturiente fornecendo suporte e atendendo pessoalmente as suas necessidades e poderiam continuar contando com a colaboração da auxiliar de enfermagem. Atividade

des assistenciais específicas do médico continuariam sob a responsabilidade deste profissional. O modelo foi apresentado todas as enfermeiras que constavam da escala de funcionários deste setor, de forma individual e detalhada. Elas poderiam escolher os dias em que colocariam a proposta em prática. Solicitou-se que elas atendessem uma quantidade suficiente de parturientes até que se sentissem seguras para dar o seu depoimento a respeito da experiência. Salienta-se que as responsáveis por esta pesquisa não tinham relações de hierarquia com as profissionais.

Coleta de dados. Os dados foram coletados mediante entrevistas individuais gravadas, iniciadas mediante a seguinte questão norteadora.⁷ Fale-me a respeito da experiência de prestar assistência segundo o modelo proposto. O Termo de Consentimento de Participação em Pesquisa foi assinado por todas.⁸

Análise dos dados. As narrativas foram analisadas de modo indutivo e interpretativo.⁹ As principais palavras-chave e as ênfases dadas a algumas situações ou temas puderam ser identificadas. Isto possibilitou delinear os principais significados atribuídos às experiências e elaborar categorias descritivas. Os conteúdos das categorias descritivas foram exemplificados por meio de pequenos trechos extraídos das narrativas. Na seqüência de cada exemplo exposto foram identificadas, mediante a citação da respectiva seqüência numérica, as enfermeiras que tinham vivenciado semelhante experiência, de modo a resguardar a perspectiva individual.¹⁰ O uso de exemplos confere autenticidade à pesquisa e isto consiste num dos principais itens de rigor em pesquisa qualitativa.⁹ Todas as etapas da pesquisa foram desenvolvidas pelas autoras deste artigo.

Resultados

Características pessoais e profissionais das enfermeiras

Quatro enfermeiras colaboraram voluntariamente com este estudo. Elas prestaram assistência, se-

gundo o modelo assistencial proposto, a um total de 12 parturientes com a média de três para cada profissional. Quanto às características pessoais e profissionais, a idade das enfermeiras variou entre 31 e 42 anos e o tempo de atuação na mesma função dentro da Instituição variou entre 5 e 13 anos. Todas eram especialistas em enfermagem obstétrica.

As categorias descritivas da experiência

O convívio com o sentimento de ambivalência. O sentimento de ambivalência, entre o desejo de prestar assistência contínua e personalizada ao parto e o temor em relação às possíveis dificuldades que deveriam ser superadas para concretizar o modelo assistencial, permeou o desenvolvimento dos trabalhos. O surgimento deste sentimento em algumas situações fez com que as enfermeiras tenham evitado dar início aos cuidados e estabelecer vínculo com as mulheres.

O temor era relativo à necessidade de interromper a aliança estabelecida que levaria grande frustração às pessoas envolvidas: [...] *tinha vontade de iniciar a assistência mas receava interromper o acompanhamento e isso gerava o sentimento de ambivalência. Quando dava a mão, me sentia comprometida a continuar, muitas vezes nem começava a cuidar segundo os moldes da proposta [...]* (e1,e3).

O temor em relação a um provável desgaste físico e emocional provocado pelo desenvolvimento do novo modelo contribuiu para aumentar o sentimento de ambivalência.

As enfermeiras faziam uma constante avaliação das condições pessoais de que dispunham para desenvolver o modelo proposto. Os trabalhos eram iniciados apenas nas situações em que o conjunto de fatores indicava a viabilidade de sua continuidade. Eram avaliados principalmente a disposição física e o estado emocional. Outros fatores, como o quadro de profissionais e a quantidade de parturientes eram sujeitos a ponderações.

Preservar as condições físicas e emocionais era uma preocupação constante das enfermeiras. Essas tinham o imaginário de que o desenvolvimento

da assistência segundo o modelo proposto gerava intenso desgaste físico e emocional. Portanto, as profissionais faziam um balanço detalhado das condições envolvidas, antes de dar início aos seus trabalhos: [...] *ficar ao lado da paciente durante todo o tempo é desgastante [...]* (e1); [...] *eu sabia que deveria estar emocionalmente equilibrada para iniciar este tipo de trabalho [...]* (e2, e3).

O Trabalho com facilidades e dificuldades permearam a adoção do novo modelo. Atitudes demonstrativas de grande receptividade em relação ao modelo foram fatores que facilitaram a iniciação do trabalho. Os comportamentos das gestantes diante dos cuidados prestados impulsionaram a criação de um sistema de retro-alimentação entre profissionais e gestantes. Este processo, que emergiu em decorrência do modelo assistencial desenvolvido, levou ao surgimento do sentimento de reciprocidade entre os elementos envolvidos: [...] *as gestantes eram receptivas à proposta e seguiam as orientações. Quando conseguimos transmitir tranquilidade para elas, ocorria o alívio dos desconfortos. Esta reciprocidade foi um aspecto muito legal [...]* (e2, e4).

A excessiva carga de trabalho dificultou o desenvolvimento do modelo. A sobrecarga de atividades interferiu no desenvolvimento de medidas de conforto e no oferecimento de suporte emocional, pois estes cuidados demandavam dedicação e disponibilidade: [...] *quando a unidade estava cheia era difícil ficar sempre com as pacientes [...]* (e3,e4)

A rotina administrativa da instituição, que determinava a divisão dos profissionais entre as áreas não restrita e restrita, constituiu um fator que dificultou o desenvolvimento do modelo: [...] *encontrei dificuldades para acompanhar o trabalho de parto na área não restrita, entrar na área restrita e fazer o parto. O trabalho dividido em áreas distintas dificulta dar assistência contínua [...]* (e2,e3).

As mudanças no modo de conceber a assistência ao parto. As enfermeiras refletiram a respeito da assistência ao parto desenvolvida na Instituição ao longo dos últimos anos. Por meio dessas reflexões, puderam perceber que a assistência oferecida às

gestantes negligenciava alguns aspectos e, neste sentido, destacaram a relevância do vínculo com as gestantes. Esta proximidade proporcionou o surgimento de uma relação de confiança mútua entre as pessoas envolvidas: [...] *participar deste estudo me fez perceber aspectos para os quais não atribuímos importância, como ficarmos mais próximas delas. Este vínculo faz com que as gestantes confiem mais em você [...]*(e1, e4).

O envolvimento com o modelo representou a oportunidade de vivenciar uma nova experiência, com características diferentes em relação ao que até então era desenvolvida: [...] *foi interessante começar a cuidar da gestante e dar assistência até o final, diferente da rotina da Instituição [...]* (e2,e3).

Os benefícios proporcionados pelo modelo. O desenvolvimento do modelo representou uma oportunidade concreta para aplicar na prática profissional o aprendizado obtido na escola. A importância da integralidade na assistência foi percebida durante a realização do modelo assistencial: [...] *pude sentir o verdadeiro papel da enfermeira: estar ao lado da parturiente, dando apoio psicológico e colocar em prática o que aprendi na faculdade: tratar a parturiente como um ser integral [...]* (e1,e4).

A superação de barreiras pessoais foi proporcionada pelo envolvimento com o modelo assistencial. Ocorreu um aprofundamento no autoconhecimento o que levou as profissionais a se tornarem conscientes da necessidade de enfrentar as próprias dificuldades. Puderam perceber que os confrontos e a respectiva superação dos próprios problemas eram inerentes à condição existencial humana. Isto requeria, numa primeira etapa, a aceitação das próprias limitações.

Foram vivências importantes para que as profissionais tenham valorizado a atitude de disponibilidade para o atendimento das demandas das gestantes. Verificaram que a abertura em relação às demandas das parturientes representou um processo composto por duas vias: a primeira representada pela prontidão para o atendimento das necessidades das gestantes e a segunda, de gratidão demonstrado por elas: [...] *duas coisas que*

eu não gostava de fazer eram segurar as mãos e fazer massagem. Fazer estas duas coisas foi importante, percebi que o que temos mais dificuldades para fazer é o que mais estamos precisando. Quando nos doamos, recebemos o retorno [...] (e1); [...] Foi gratificante cuidar e ouvir: Você me ajudou muito no meu parto! [...] (e2,e3).

A satisfação em relação ao cuidado contínuo e personalizado predominou entre as profissionais, pois elas puderam prestar assistência conforme princípios considerados apropriados por elas mesmas. Constataram que o modelo desenvolvido proporcionou benefícios às gestantes: *[...] as pacientes acompanhadas tiveram evolução rápida. Fiquei satisfeita, realizei o trabalho direito e deram bons resultados [...]* (e1,e4).

Discussão

As enfermeiras conviveram com sentimentos de ambivalência, caracterizados pelo desejo e a dificuldade para desenvolver os trabalhos, o que sinaliza o desejo da melhoria da qualidade da assistência ao parto. Ao mesmo tempo, as profissionais enfrentaram o temor relativo ao desgaste emocional e físico que poderia surgir.

É necessário estar atento para a possibilidade do excesso de trabalho ser uma consequência do envolvimento com atividades que extrapolam a esfera da assistência ao parto. Em algumas situações, há a necessidade de delegar responsabilidades para outros profissionais. As reuniões e outras atividades de caráter administrativo devem ser diminuídas na medida do possível para que as profissionais tenham condições de dedicar a maior parte de seu tempo às atividades que lhe são privativas. É imprescindível que haja um delineamento claro das atribuições de cada profissional. Um fluxo operacional bem definido é imprescindível para evitar gastos desnecessários de energia.¹¹

O desgaste emocional referido requer atenção no sentido de tornar as profissionais cientes de que os conteúdos afetivos, que são inerentes à condição humana, podem gerar posturas de distanciamento em relação às situações conflitantes. A

consciência em relação aos fatores pessoais subjetivos deve ser buscada para evitar problemas de relacionamento com os usuários dos serviços.¹²

A adoção de medidas para promover a qualidade do relacionamento interpessoal é fundamental.¹³ Esta perspectiva não é contemplada no processo de cuidar e, conseqüentemente, o que as parturientes expressam não é captado pela equipe simplesmente pelo fato delas não serem consideradas como integrantes do conjunto emissor e receptor. A ausência de explicações e a pouca atenção constituíram mecanismos de preservação da autoridade diante das mulheres no processo de parto.¹⁴

Os conteúdos emocionais subconscientes fazem com que as pessoas busquem mecanismos de superação ou convívio suportável com eles. A imersão num processo de auto-ajuda e o apoio de um profissional são recursos importantes e podem evitar o surgimento de mecanismos de defesa que interferem negativamente sobre a relação com as gestantes.¹² O convívio com conteúdos emocionais desconhecidos pode resultar na falta de empatia diante das condições vivenciadas pelas gestantes e isto resulta num cuidado despersonalizado, mecânico e rotineiro. Deficiências profissionais desta ordem devem ser sanadas porque a relação empática com as parturientes é vital no processo de cuidar.¹⁵⁻¹⁶ A adoção de atitudes em prol de uma relação empática requer o respeito às especificidades do ser humano, um passo fundamental para concretizar o ideal do interesse genuíno em relação às situações vivenciadas pelos pacientes.¹⁷

O enfermeiro deve criar uma aliança entre o conhecimento e as habilidades para que este conjunto, associado à autoconfiança, atualização e experiência prática, produza reflexos positivos ao ato de cuidar.¹⁸ A receptividade ao modelo assistencial foi mencionada como fator facilitador da sua implementação. Quando as enfermeiras permanecem junto das parturientes com a finalidade prover suas necessidades, estas conseguem atingir mais confiança nos responsáveis pelos seus cuidados.¹⁹

A falta de tempo foi referida como fator que dificultou o desenvolvimento do modelo. É necessário que os profissionais tomem ciência do pressuposto de que o cuidar constitui uma questão de

temporalidade, na qual o trabalho deve ser analisado para que as necessidades reais que emergem em determinadas circunstâncias sejam identificadas.²⁰ Isto contribui para que os profissionais permaneçam disponíveis quando isto for, de fato, requerido pelas parturientes.

O desejo de que a assistência ao parto seja desenvolvida conforme o modelo proposto foi manifestado. A adoção do sistema de assistência ao pré-parto, parto e pós-parto em um mesmo ambiente ou leito, que elimina a necessidade do transporte de pacientes durante os períodos clínicos do parto, constitui uma possibilidade para concretizá-lo. A diferenciação de ambientes para assistência ao parto demanda trabalhos e gastos desnecessários, induz à distribuição de tarefas e é fonte de desconforto para as parturientes. Além disso, assistência se torna semelhante a um processo produtivo, em detrimento de um cuidado personalizado.²¹

A implementação deste modelo de assistência requer investimentos em reformas e mudanças nas rotinas institucionais. Esta é uma questão de difícil abordagem e equacionamento, pois envolve transformações nas diretrizes filosóficas da assistência. Soma-se o fato de que, no cotidiano institucional dos hospitais universitários, há o predomínio da hegemonia médica nas decisões importantes. Mudanças nestas estruturas só serão possíveis mediante transformações na cultura institucional. Estas ocorrem de modo gradativo e mediante o esforço e o envolvimento do conjunto de profissionais.²² A concretização deste fenômeno requer esforços, sobretudo das instituições de saúde e educação,²³ que devem ser unidos para impulsionar e possibilitar mudanças em culturas institucionais cristalizadas. Estes momentos representam ocasiões singulares para repensar a prática profissional e delinear uma trajetória caracterizada por inovações na assistência e transformações na cultura institucionalizada.²⁴

As enfermeiras puderam constatar a carência de atenção a alguns aspectos da assistência. Estes são momentos importantes para ponderar que o cuidado humano representa um recurso importante para impulsionar a manifestação de expressões emocionais. Estas constituem recursos relevantes

para o estabelecimento de uma relação de troca e promoção do bem-estar das pessoas envolvidas.²⁵ O cuidado de enfermagem realizado de forma plena requer que o enfermeiro busque seu crescimento e desenvolvimento enquanto pessoa. Ao alcançar esta condição estará apto para colaborar melhor com o seu cliente. Isto requer abertura, a manutenção de um estado de alerta e a necessária preocupação na percepção, no sentido, no ouvir e conviver com os outros.²⁶

O estabelecimento desta trajetória reafirma o pressuposto de que o processo de dar e receber são importantes porque possibilitam trocas autênticas e o desenvolvimento de confiança e respeito entre as profissionais e as parturientes.¹⁹

Finalizando este artigo, merece destaque a pouca aderência demonstrada pelas profissionais ao modelo proposto e este fenômeno merece mais estudos. Independentemente dos possíveis resultados, há que se estimular e facilitar a participação dos profissionais em eventos científicos, pois isto impulsiona o alinhamento das práticas às recomendações internacionais de assistência ao parto. Avalia-se que a prestação de assistência integral e personalizada à parturiente é viável desde que haja envolvimento dos profissionais, em nível assistencial e gerencial.

Conhecer os inúmeros aspectos envolvidos na implementação do cuidado às parturientes, de forma contínua e personalizada é importante para todas as pessoas direta ou indiretamente envolvidas com a assistência ao parto. Foi neste aspecto que esta pesquisa buscou oferecer uma contribuição.

Referências

1. Brasil. Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Diário Oficial, 569, (Jun 2000).
2. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad Saúde Públ. 2004; 20(5):1281-9.
3. Hodnett ED, Osborn RW. Effects of intrapartum professional support on childbirth outcomes. Res Nurs Health. 1989; 12(2):289-297.

4. Stake RE. Case studies. En: Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. Califórnia: Sage; 1994. p. 236-46.
5. Blasco JS. Estudio de casos. En: Batzan AA. Etnografía: metodología cualitativa en la investigación socio-cultural. Barcelona: Macambo; 1995. p. 203-208.
6. André M. Estudo de caso: seu potencial na educação. Cad Pesq. 1984; 49(1):51-54.
7. Kvale S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage; 1996. p. 30.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
9. Meadows LM, Morse JM. Constructing evidence within the qualitative project. En: Morse JM, Swanson JM, Kuzel AJ, editors. The nature of qualitative evidence. Thousand Oaks: Sage; 2001. p. 187-200.
10. Bom Meihy JCS. Manual de história oral. São Paulo: Loyola; 1998. p. 17.
11. Massarollo MCKB. Estrutura organizacional e os serviços de enfermagem. São Paulo: Pedagógica Universitária Ltda; 1991. p. 23-40.
12. Hoga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. Rev Esc Enf USP. 2004; 38(1):13-20.
13. Ministério da Saúde. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília: MS; 2001.
14. Caron OAF. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte de comunicação. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
15. Queiroz MVQ, Jorge MSB, Marques JF, Cavalcante AM, Moreira KAP. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseado na satisfação de puérperas. Texto & Contexto Enferm. 2007; 16(3):479-487.
16. Manzolli MC. Relacionamento em enfermagem: aspectos psicológicos. São Paulo: Sarvier; 1987. p. 30-32
17. Amorim MHC. Princípios da humanização na assistência à parturiente no período de dilatação: conhecimento de aplicação por enfermeiros. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1987. p. 112.
18. Gualda DMR. A experiência, o significado e a realidade da enfermeira obstétrica: um estudo de caso. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998. p. 132.
19. Fustinoni SM. As necessidades de cuidado da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000. p. 153.
20. Beck CLC, González RMB, Denardin JM, Trindade LL, Lauterf L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 2007; 16(3):503-510.
21. Mazziere SPM. O pai acompanhante no processo de nascimento e parto: narrativas sobre a experiência. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005. p. 218.
22. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. p. 57.
23. Evans R. The pedagogic principal. Edmonton: Qual Institute Press; 1999. p.120.
24. Vargens OMC, Progiante JM, Silveira ACF. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. Rev Esc Enferm. 2008; 42(2): 339-46.
25. Florentino LC, Soares AVN, Souza TM, Spir EG, Andreoni S, Bálsamo AC. Elaborando e desenvolvendo padrões e critérios de qualidade na assistência perinatal. En: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, organizadoras. Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal. São Paulo: Ícone; 1998. p. 77-137.
26. Zagonel IP. Contribuição do cuidado de enfermagem à humanização da parturição. Cogitare Enferm. 1997; 2(2):34-38.