



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PROCESSO-CONSULTA CFM nº 22/2018 – PARECER CFM nº 32/2018

INTERESSADO:	Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal
ASSUNTO:	Violência obstétrica
RELATOR:	Cons. Ademar Carlos Augusto

EMENTA: A expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética.

DA CONSULTA

Trata-se de consulta oriunda do CRM-DF com solicitação ao CFM sobre a proliferação de leis sobre “violência obstétrica”.

DO PARECER

Este Parecer foi elaborado pela Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CFM, o qual acato em toda a sua integralidade.

1 INTRODUÇÃO

No exercício da medicina, desde os seus primórdios, fomos habituados a crer que nosso atendimento é sempre em benefício dos pacientes, e a maioria dos médicos sente-se agredida quando, porventura, narrativas hostis, não necessariamente verdadeiras, são divulgadas de forma desrespeitosa, maculando a essência do nosso ofício.

Vários meios de comunicação têm divulgado, mais recentemente, depoimentos de parturientes e, principalmente, de ativistas de movimentos feministas, contrapondo-se ao tipo de assistência obstétrica provida por médicos obstetras. Argumenta-se que a assistência médica ao parto está em desacordo com a autonomia das mulheres e que a escolha da via de parto, assim como do local do parto, seja de sua exclusividade.

Os médicos entendem que a autonomia da mulher deve ter limites, principalmente quando existem fatores que possam colocar tanto a mãe quanto a criança em risco se o parto vaginal for escolhido, e em local que não seja o hospital.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Procedimentos como clister, tricotomia, ocitocina, amniotomia, restrição no leito durante o período de dilatação, episiotomia e mesmo a cesariana têm sido considerados “violentos” e em desacordo com evidências científicas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A expressão “violência obstétrica” é um termo que vem sendo utilizado mais recentemente no Brasil, com o intuito de substituir a expressão “violência no parto”. Em geral, a violência institucional se relaciona com um amplo espectro de profissionais e personagens não apenas da área de saúde, mas também com entidades públicas, privadas e qualquer organização da sociedade civil.

A violência na assistência ao parto faz parte deste grupo e, conceitualmente, envolve todos os profissionais que participam no processo assistencial, desde os motoristas de ambulância e os porteiros das instituições, passando por todos os profissionais de saúde, até as pessoas que tratam da limpeza e da alimentação, e assim por diante.

Desta forma, a expressão “violência obstétrica” tem produzido grande indignação entre os obstetras, pois seu uso tem se voltado em desfavor da nossa especialidade, impregnada de uma agressividade que beira a histeria, e responsabilizando somente os médicos por todo ato que possa indicar violência ou discriminação contra a mulher.

Reconhecidamente, as diferentes formas de violência contra a mulher que ocorrem no Brasil e no mundo envolvem uma longa história de opressão e submissão do gênero feminino. Mulheres e homens sempre ocuparam papéis diferentes nas diversas sociedades e agrupamentos sociais, e as características biológicas e sexuais femininas se confundiram com as necessidades sociais e culturais dos grupos, que impuseram às mulheres as tarefas domésticas e os cuidados das crianças, e aos homens as tarefas fora do lar.

Estamos, assim, diante de uma discussão muito mais ampla, que nos remete à violência de gênero. Assim, a violência na assistência ao parto, por agora convertida em “violência obstétrica”, tem sua origem enraizada nos movimentos sociais e feministas. Desta forma, em razão da radicalidade desses movimentos em prol de incorporar novas práticas assistenciais às gestantes, e em defesa de sua autonomia, os médicos obstetras estão sendo



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

estigmatizados e processados por realizarem procedimentos que não estejam de acordo com a nova proposta de cuidados.

O parecer em tela pretende fazer uma análise mais profunda a respeito do tema, desde seu reconhecimento como problema e seu desenvolver sob o ponto de vista da medicina baseada em evidência (MBE), da legislação existente para o tema, assim como a partir de uma interpretação ética e bioética por causa de queixas, demandas e denúncias envolvendo o tema em questão.

2 A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Nas últimas décadas, a MBE proporcionou modelos lógicos que permitiram aglutinar diferentes ensaios clínicos sob um mesmo tema, no formato de revisões sistemáticas/metanálises, de maneira a ajudar na tomada de decisões clínicas sobre os cuidados aos pacientes. Basicamente, a MBE se propõe a oferecer informações de melhor qualidade e com mais segurança para os pacientes, tanto no que diz respeito a novos medicamentos quanto a procedimentos diagnósticos e de intervenção.

Assim, a identificação dos estudos e sua análise detalhada, de forma sistemática e progressiva, e de acordo com os pressupostos da MBE, estabeleceram um novo paradigma para a melhoria da qualidade no sistema de atenção à saúde. Entretanto, os profissionais de saúde, ao terem acesso a uma revisão sistemática/metanálise, não podem prescindir, também, de fazer uma análise crítica e criteriosa de seus resultados, tendo em vista a multiplicidade de detalhes que envolvem a fusão de inúmeros estudos, com pacientes diversos, e de diferentes localidades. Há que se atentar, sempre, para os comentários dos autores da revisão, pois eles irão apontar as limitações do emprego dos resultados que estão apresentando aos leitores.

Os movimentos sociais e feministas, apoiados em publicação da OMS de 1996, e em outras surgidas após este período, organizaram protocolos de atenção ao parto voltados para a chamada “atenção humanizada ao parto”, com foco principal na assistência provida pela enfermeira obstétrica e a doula. As evidências científicas encontradas passaram a ser chamadas de “boas práticas”, o que, por si só, discrimina as práticas que não estejam de acordo com estas. É importante salientar que o Ministério da Saúde vem dando total apoio a



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

estes movimentos, em especial nas últimas duas décadas, e estabelecendo políticas públicas sem ouvir as entidades médicas, que foram completamente afastadas deste cenário.

Atualmente, existe uma enorme lista de procedimentos considerados como “boas práticas” na assistência ao parto, divulgados por documentos ministeriais que apoiam a Rede pela Humanização do parto e Nascimento (ReHuNa), a principal ONG que articula todo este movimento. Eles se apoiam em publicações consideradas evidências científicas e, baseados nos seus resultados, divulgam-se as “boas práticas”, em detrimento das outras. Aqui, novamente, há que se consultar cada uma destas publicações para verificar as consistências ou não do que está sendo divulgado, a partir dos métodos empregados para obter os dados, e a análise estatística realizada.

É interessante destacar um artigo de revisão publicado recentemente sobre as políticas públicas voltadas para a humanização na atenção ao nascimento, que demonstra exatamente como vem ocorrendo toda esta articulação. Ali está compilada parte de toda esta história que se iniciou ainda na década de 1990, com medidas econômicas – aumentando o valor pago à assistência ao parto vaginal – e implementação da obrigatoriedade de no mínimo seis consultas de pré-natal, a garantia de vagas para gestantes inscritas no programa de humanização, entre outras. Paralelamente, foram criados os centros de parto normal, extra-hospitalares, com autonomia da enfermeira obstétrica ao chamado parto eutócico, e realizaram-se dezenas de eventos voltados para estabelecer as bases ideológicas que sustentariam o novo modelo de assistência ao parto, com base na autonomia da mulher e de seu protagonismo no parto, ou nascimento, como preferem chamar (RATTNER, 2009).

3 ASPECTOS LEGAIS

Nas últimas décadas alguns países da América Latina avançaram em normatizar o tema, criando leis que assegurassem à mulher o direito de escolha da via de nascimento de seus conceitos, como veremos a seguir.

3.1 Argentina – Lei nº 25.929, de 17 de setembro de 2004

Aborda os direitos das mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, com ênfase nos seguintes direitos: informação; ser tratada com respeito e de forma individualizada; ser



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

protagonista do seu parto; parto natural, evitando práticas invasivas; ser acompanhada por uma pessoa da sua escolha. Aborda, também, direitos do recém-nascido.

Ressalta-se que, em nenhum momento, esta lei faz menção à “violência obstétrica”.

3.2 Brasil – Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha)

Esta lei cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar, altera o Código Penal e dá outras providências, garantindo: atendimento no sistema de saúde; abrigo; registro da ocorrência; exame de corpo de delito; medidas protetivas de urgência; prisão preventiva do agressor; assistência jurídica gratuita, entre outras.

Não há, no texto da lei, nenhuma menção específica à “violência obstétrica”.

3.3 Venezuela – Lei nº 38.668, de 23 de abril de 2007

Denominada “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, tem por objetivo garantir e promover este direito, criando condições para prevenir e erradicar a violência contra as mulheres em qualquer de suas manifestações e âmbitos, estimulando mudanças nos padrões socioculturais e na desigualdade de gênero.

O artigo 51 introduz o termo “violência obstétrica” pela primeira vez no cenário da legislação latino-americana:

“Artigo 51. São considerados atos de violência obstétrica quando executados por profissionais da saúde, compostos por:

1. Não atender oportuna e efetivamente as emergências obstétricas.
2. Obrigar as mulheres a dar à luz em decúbito dorsal com as pernas levantadas existindo meios necessários para a realização do parto vertical.
3. Impedir o contato precoce da criança com sua mãe, sem uma boa razão médica, negando a possibilidade de imediatamente amamentar ou amamentar no nascimento.
4. Alterar o processo do nascimento natural do parto de baixo risco usando técnicas de aceleração, sem a obtenção de consentimento voluntário, expresso e informado das mulheres.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

5. Indicar o parto por via cesariana, existindo condições para o parto natural, sem a obtenção de consentimento voluntário, expresso e informado das mulheres.”

3.4 Argentina – Lei nº 26.485, de 1º de abril de 2009

Ementa: “Lei de proteção integral para prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres no âmbito onde desenvolvem suas relações interpessoais.”

Tem como objeto promover e garantir: a eliminação da discriminação entre homens e mulheres; que as mulheres possam viver suas vidas sem ser violentadas; desenvolvimento de políticas públicas para remoção das desigualdades entre os gêneros e das relações de poder sobre as mulheres; acesso à justiça nos casos de violência; assistência integral às mulheres violentadas.

Entre as modalidades de violência, é citada a obstétrica: “Aquela que exerce o profissional de saúde sobre o corpo da mulher e os processos reprodutivos, expressa em um tratamento desumanizado, abuso de medicação e patologização de processos naturais, de acordo com a Lei 25.929.”

3.5 – Projetos de lei no Brasil

3.5.1 PL 7.633/2014 – Deputado Jean Wylis (PSOL-RJ)

Ementa: “Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências”.

Pretendendo valorizar a humanização no nascimento e assegurar a autonomia das mulheres na assistência ao parto, este PL restringe bastante a autonomia do médico que assiste o parto, impedindo a realização de procedimentos utilizados para a condução ativa do trabalho de parto, tais como: administração de ocitocina; amniotomia; episiotomia; extração manual da placenta e outros. Garante o direito da gestante de manifestar sua vontade no Plano Individual de Parto.

Define violência obstétrica como: “a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que causa a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade”.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Propõe a criação de comissões institucionais, municipais e estaduais para “monitoramento do índice de cesarianas e das boas práticas obstétricas” em toda instituição ou estabelecimento obstétrico, público ou privado, de saúde suplementar, com total autonomia de atuação e obrigatoriedade de enviar relatório consolidado periodicamente ao Ministério da Saúde. Finalmente, exige que os cursos de graduação de profissionais de saúde sejam obrigados a implementar em suas diretrizes curriculares os conteúdos dispostos neste PL.

Penas: “As instituições e os/as profissionais que não cumprirem o estabelecido nesta Lei responderão no âmbito civil, penal e administrativo por suas ações e/ou omissões”.

3.5.2 – PL 7.067/2017 – Deputada federal Jô Moraes (PCdoB-MG)

Ementa: “Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério”.

Tem por objeto: “a adoção de medidas de proteção contra a violência obstétrica e divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério”.

Texto muito semelhante ao PL 7.633/2014, porém mais sucinto. Destaque para a obrigatoriedade da elaboração do plano de parto e de afixação de cartazes nas instituições de saúde informando sobre a lei, sugerindo denunciar possíveis situações de “violência obstétrica”.

Penas: “O descumprimento dessa lei sujeitará os infratores às penas previstas na legislação da esfera sanitária, penal e civil”.

3.5.3 PL 8.219/2017 – Deputado federal Francisco Floriano (DEM-RJ)

Ementa: “Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após”.

Texto semelhante aos projetos anteriores, e mais sucinto. Destaque para a pena, caso o profissional infrinja a lei: “Detenção, de seis meses a dois anos, e multa”.

3.6 Leis municipais sobre assistência ao parto no Brasil

Em seguida, apresentaremos exemplos de leis municipais já aprovadas no Brasil, cuja temática é a assistência “humanizada” ao trabalho de parto.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

3.6.1 São Paulo (SP) – Lei nº 15.759, de 25 de março de 2015

“Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências.”

Apresenta vários conceitos e pressupostos que estarão também em outras leis municipais, que serão apresentadas a seguir: princípios do parto humanizado; plano individual de parto; justificativas do médico caso não cumpra o plano de parto.

“Violência obstétrica” não é mencionada nesta lei.

3.6.2 Belo Horizonte (MG) – Lei nº 10.843, de 18 de setembro de 2015

“Institui o Plano Municipal para a Humanização do Parto, dispõe sobre a administração de analgesia para o parto natural e dá outras providências.”

Apresenta o conceito e princípios do chamado “parto humanizado”, destacando o direito da gestante à elaboração do Plano Individual de Parto em relação aos procedimentos que necessitam de sua aprovação e as justificativas no prontuário para serem utilizadas.

Não há menção sobre “violência obstétrica” nesta lei.

3.6.3 Uberlândia (MG) – Lei nº 12.315, de 23 de novembro de 2015

“Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Uberlândia.”

Texto semelhante aos projetos anteriores, com destaque para o uso do termo “violência obstétrica” para qualquer situação em que a gestante se considere ofendida verbal ou fisicamente.

É importante salientar que a OMS não utiliza o termo “violência obstétrica” quando se refere a possíveis atos de desrespeito e/ou agressão às gestantes. Em documento de 2014, intitulado *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*, a OMS declara: “No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação”. Concordamos integralmente com este postulado, e reiteramos que a negação deste direito deve ser interpretada como violência



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

na assistência ao parto, e não como “violência obstétrica”, que estigmatiza e responsabiliza somente o médico.

4 ASPECTOS ÉTICOS

A Resolução CFM nº 2.144/2016 traz no bojo de sua ementa: “É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno-fetal”. Observem que, no art. 2º, “Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário”.

5 ASPECTOS BIOÉTICOS

A teoria médica universal do cuidar pode ser resumida em uma frase “*Primum non nocere: Primeiro não prejudicar*”. O legado adotado pela escola hipocrática fundamenta-se em dois pilares: o principialismo e a não maleficência.

Esse modelo, tão secularmente conhecido, deve ser adotado pela assistência obstétrica e acolhido pelos envolvidos em cuidados na saúde materno-fetal, levando-se sempre em consideração os danos irreversíveis que podem ser provenientes do desconhecimento de medidas no momento necessário.

O epicentro do pensamento bioético é plural. Com isso, o princípio da autonomia sofre adequações quanto ao discurso adotado pelos envolvidos. Portanto, a humanidade tem caminhado ao encontro do reconhecimento da autonomia, porém o resultado proveniente dessa busca não pode se direcionar para um desfecho reconhecidamente desfavorável, tampouco individualizar a vontade para um único envolvido.

É no pensamento bioético que sempre haverá espaço para o contraditório em seu ordenamento, mas o que deve sempre predominar é o bom senso em comum.

Discutir autonomia da mulher quanto à escolha da via de nascimento envolve aprofundamento em um tema ainda inconclusivo, que esbarra no conceito de pessoa e no que diz respeito ao reconhecimento do estatuto do embrião humano.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O médico que assiste um trabalho de parto e tem como bússola o referencial gráfico de um partograma como critério para a conduta da boa prática obstétrica desconhece naturalmente a autonomia como referencial teórico para fugir dos protocolos de recomendações.

Dito isso, não há um ponto de equilíbrio entre conflitos inconciliáveis, principalmente no tocante a dilemas opostos. Tem-se observado com frequência na prática obstétrica que a gestante deseja que seja adotado expressamente o seu plano de parto, sem que o médico obstetra tenha participado dessa construção envolvendo principalmente medidas consolidadas na utilização do partograma.

Sendo assim, parece haver uma tentativa de interpretação do partograma contrária ao que vem sendo adotado pela obstetrícia de forma global. O monitoramento fidedigno materno-fetal passa a ser colocado como um possível indicador para o impedimento da evolução natural do trabalho de parto.

Por outro lado, o partograma não se tem feito presente aos prontuários das pacientes que foram submetidas a intervenção cesariana em sua maioria. Portanto, não há evidências científicas suficientemente estabelecidas, de que sua utilização não possa ser adequada à livre escolha da parturiente.

No que diz respeito à cesariana, para algumas mulheres brasileiras o esforço para medicalizar o processo de nascimento representa uma solução prática para superar os problemas encontrados dentro do próprio sistema de saúde, assim como tendem a perceber esse procedimento como mais seguro que o parto normal (BARROS et al., 2013).

Apesar das diferenças, existem conceitos sobre os quais há um amplo acordo. Um deles é o conceito ético de respeito às mulheres na assistência ao parto, pautado em numerosos artigos científicos, que aponta para condutas denominadas de “boas práticas obstétricas” como deambular, alimentar-se, liberdade de posição para o parto etc. (KEMP et al., 2013).

Parece haver um resgate do que vem sendo denominado de “humanização do parto”. Muitos pesquisadores têm explorado o entendimento do termo “humanização”, descrevendo os diferentes significados (muitas vezes contraditórios), suas possibilidades de mudar a cultura médica, a compreensão da anatomia e fisiologia das mulheres e as relações de gênero (DINIZ, 2005).



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

É inegável a necessidade de mudar o modelo de atenção pré-natal, parto e puerpério no Brasil, tendo em vista os inúmeros fatores que envolvem o período gravídico puerperal, como também as diferentes formas de violência contra a mulher que ocorrem no País e no mundo.

Na verdade, os avanços para a prevenção da violência contra a mulher, consubstanciados em políticas públicas que envolvem a promoção da saúde e a atenção integral à mulher em situação de violência, em qualquer uma de suas formas, com regulamentos e legislações específicas, têm caminhado em passos curtos.

6 CONCLUSÃO

1 – O termo “violência obstétrica” deveria receber outra designação, pois envolveria, na realidade, todas as inadequadas condições dos locais de atendimento, da violência institucional, bem como de todos os profissionais de saúde e outros personagens envolvidos no atendimento à mulher.

2 – O CFM reconhece a necessidade de leis, regras e protocolos para um adequado atendimento com segurança na assistência à saúde da população, e sua contribuição ocorre através do acatamento destes fundamentos e no controle da ética profissional, por seu Código de Ética Médica, resoluções e pareceres, no sentido de preservar e garantir todos os princípios da boa prática médica e da bioética.

3 – Através de portarias, programas oficiais e mudanças frequentes na legislação do SUS, instalou-se uma série de regras e protocolos, em que a figura do médico, em especial os obstetras, tem sua participação diminuída e questionada, inclusive desautorizando o uso de condutas consagradas e cientificamente comprovadas.

4 – Está em curso, em diversos estados da União e em alguns municípios, a edição de leis que, sob o manto de suposta proteção às gestantes, transferem de forma inconsequente para o médico obstetra toda a responsabilidade das mazelas da ineficiência do acesso à saúde.

5 – Essas leis, que contam com o apoio de algumas ONGs e outros grupos associativos, criam situações de conflito, em sua grande parte amparadas em movimentos político-ideológicos, influenciando negativamente na harmonia das equipes multiprofissionais, bem como nos procedimentos e condutas baseadas em evidências científicas comprovadas.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

6 – O CFM repudia os atos que reduzem a participação dos médicos obstetras na integralidade do atendimento à gestante, assim como na demonização progressiva a que esta especialidade está sendo exposta, em especial pela responsabilização dos graves indicadores de mortalidade e morbidade na área materno-infantil.

7 – O CFM reconhece que a proliferação de leis que tratam do tema “violência obstétrica” embute posições político-ideológicas, e na prática não garantem nem oportunizam uma assistência integral, em todos os níveis de atenção à gestante e ao nascituro.

8 – Por fim, o CFM considera que o termo “violência obstétrica”, além de ser pejorativo, traz em seu bojo riscos permanentes de conflito entre pacientes e médicos nos serviços de saúde e, para efeito de pacificação e justiça, avalia que tal termo seja abolido, e que as deficiências na assistência ao binômio materno-fetal tenham outra abordagem e conceituação.

9 – Na verdade, a expressão “violência obstétrica” se posiciona como uma agressão contra a especialidade médica de ginecologia e obstetrícia, contra o conhecimento científico e, por conseguinte, contra a mulher na sociedade, a qual necessita de segurança e qualidade de assistência médica.

Esse é o parecer, S.M.J.

Brasília, 23 de outubro de 2018.

ADEMAR CARLOS AUGUSTO

Conselheiro-relator



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

7 REFERÊNCIAS

BARROS, A. J.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A. et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, p. 635-643, 2011.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 627-637, 2005.

KEMP, E.; KINGSWOOD, C. J.; KIBUKA, M. et al. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database System Review*, Londres, n. 1, CD008070, 2013.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface, Comunicação Saúde e Educação*, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 759-768, 2009.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Care in normal birth: a practical guide*. Report of a Technical Working Group. Geneva: WHO, 1996. 54 p.