

Estrategia para la promoción del buen trato en la atención obstétrica en México

Strategy for promotion of good treatment in obstetric care in Mexico

Rosario Valdez-Santiago,* Anabel Rojas-Carmona,* Luis Alberto Villanueva-Egan,** Pilar Lomelin-Aragón,*** Ana Carolina Ortega,*** Aurora del Río Zolezzi,**** Luz Arenas-Monreal*

RESUMEN

* Centro Colaborador de la OMS en Investigación en Lesiones y Violencia/ Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud/ Instituto Nacional de Salud Pública.

** Hospital General de Ciudad Obregón. Secretaría de Salud de Sonora.

*** Consultora independiente.

**** Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Correspondencia: LAM, luz.arenas@insp.mx

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como:

Valdez-Santiago R, Rojas-Carmona A, Villanueva-Egan LA, Lomelin-Aragón P, Ortega AC, Del-Río-Zolezzi A, et al.

Estrategia para la promoción del buen trato en la atención obstétrica en México. Rev CONAMED 2018; 23(4): 190-197.

Recibido: 09/07/2018.
Aceptado: 15/10/2018.

Objetivo: Describir el diseño e implantación de una intervención para enfrentar el abuso hacia las mujeres en la atención del parto en México. **Material y métodos:** Se efectuaron dos acciones metodológicas: 1) revisión de la literatura para América Latina y El Caribe para identificar experiencias en el diseño de intervenciones acerca del abuso en las salas de parto. La búsqueda cubrió el periodo del 1° de enero de 1990 al 31 de octubre 2014. 2) diseño e implantación de la intervención con personal de salud. **Resultados:** Revisión de la literatura. Se identificaron siete artículos. El diseño de la intervención tiene un sustento teórico metodológico en a) perspectiva de género; b) violencia con base en el modelo ecológico; c) promoción de salud; d) educación para la paz y e) terapia de reencuentro. Se ha capacitado al personal de salud de 22 entidades federativas. **Conclusión:** Esta intervención implantada en México constituye una estrategia de la Secretaría de Salud para enfrentar el abuso y falta de respeto en la atención obstétrica en los servicios públicos de salud.

Palabras clave: Estrategia, promoción del buen trato, violencia obstétrica.

ABSTRACT

Objective: Describe the design and implementation of an intervention to confront the abuse of women during childbirth care in Mexico. **Material and methods:** Two methodological actions were made. The first consisted of a review of conventional literature and gray literature of Latin America and the Caribbean, this review aimed to identify previous experiences in design of interventions to address abuse against women during childbirth care. The search covered the period between January 1, 1990 to October 31, 2014. The second action consisted of the design and implementation of an intervention within health workers in several states of Mexico. **Results:** Literature review. Seven articles were identified in the category of interventions made in Latin America. The intervention's design is a methodological theoretical supported in: a) gender perspective b) violence against women based in the ecological model, c) health promotion d) peace education and e) rapprochement counselling. Several health workers among 22 states of Mexico have been trained for this approach. **Conclusions:** The intervention designed and implemented in Mexico is relevant because it is the first effort of the Ministry of Health to address the abuse and disrespect in obstetric care among public health services. It is necessary to carry out an assessment to ascertain the scope and limitations as well as the next steps.

Key words: Strategy, good treatment promotion, obstetric violence.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Las mujeres que reciben atención del parto en espacios institucionales a nivel mundial se exponen a la posibilidad de una relación médico-paciente jerarquizada y medicalizada del proceso de atención del parto que muchas veces deriva en diferentes expresiones de abuso. Dicha relación se caracteriza por abuso verbal (insultos, comentarios lascivos, humillantes o denigrantes); abuso emocional y físico; procedimientos y maniobras que infringen algún tipo de sufrimiento con consecuencias inmediatas o a largo plazo.¹

Esta problemática no es privativa de un solo país o región. Bowser et al. reportan diversas modalidades de violencia obstétrica que van desde el abuso físico, ausencia de información, confidencialidad, discriminación, abandono y detención por falta de pago del servicio otorgado. Estos tipos de abuso y falta de respeto han sido identificados en el contexto de los servicios de salud en los diferentes continentes.^{2,3}

En la evidencia internacional generada sobre el problema de la violencia obstétrica, violencia institucional o abuso y falta de respeto³ surgen dos aspectos que es necesario tomar en consideración: a) en primer lugar, no existe un consenso internacional de cómo nombrar y operacionalizar el problema del abuso contra las mujeres durante el proceso de atención perinatal; b) en una revisión sistemática de la literatura, la prevalencia reportada de este tipo de abuso oscila entre 5 y 46%,⁴ mientras que en México un primer estudio identificó 29% de violencia total, la cual incluye la dimensión física y emocional.⁵

A partir de estos datos puede afirmarse que éste es un problema de salud pública que obliga a las áreas responsables de operar la política pública de salud de los diversos países, y en particular en México, a tomar acciones para enfrentarlo.

El objetivo del presente artículo es describir el diseño e implantación de la «Estrategia para la promoción del buen trato durante la atención del embarazo, parto y puerperio en salas de obstetricia y de los servicios de salud en México» (en adelante la Estrategia), en la que participó el personal de salud que labora en hospitales públicos de los sistemas estatales de salud en 22 entidades federativas

de México. Además, se presentan los fundamentos teórico-metodológicos que se tomaron en cuenta para el diseño del taller de la intervención de la Estrategia.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño de la intervención se llevó a cabo en dos etapas. La primera consistió en revisión de la literatura que permitió identificar estudios sobre prácticas abusivas durante la atención obstétrica así como intervenciones que se han realizado en América Latina para sensibilizar al personal sobre el problema de nuestro interés. La segunda etapa se refiere al diseño de la intervención.

Primera etapa: revisión de la literatura

A través de una búsqueda de literatura convencional y literatura gris se rastrearon documentos a nivel global. Se realizó una búsqueda específica para América Latina y El Caribe, del periodo del 01 de enero de 1990 al 31 de octubre de 2014 en las bases de datos: Medline/PubMed, Artemisa, LILACS, Cochrane Library, El Portal de Evidencias de la BVS, Embase, SciELO así como búsquedas libres. Se obtuvieron 1,059 artículos [PubMed (n = 308), Lilacs (n = 266), SciELO (n = 209), Artemisa (n = 165), Cochrane Plus (n = 29), Embase (n = 25), Literatura gris (n = 27), Búsquedas libres (n = 30)], de los cuales se eliminaron 333 por duplicarse en las diferentes bases de datos. Los 726 artículos restantes fueron revisados por un Grupo de Revisión de Lectura (GRL) constituido por tres investigadoras (Valdez R, Arenas LM, Rojas A) para identificar los que potencialmente se utilizarían de acuerdo con los criterios de inclusión, quedando 223 artículos para revisión de texto completo. Al final, se identificaron siete artículos cuyo abordaje permitió catalogarse como una intervención, en la medida que permite conocer acciones para enfrentar el abuso hacia las mujeres en la atención del parto.

Segunda etapa: diseño de la intervención

Para el diseño de la intervención se tomaron en cuenta tres aspectos: a) los resultados de la revisión

de la literatura; b) la experiencia previa en el diseño e implantación del «Programa de reeducación para víctimas y agresores de violencia de pareja»;^{6,7} y c) el trabajo de promoción del buen trato para el personal de salud involucrado en la atención obstétrica que se piloteó en dos hospitales del estado de Morelos en 2013.⁸

La Estrategia se enfocó en un curso-taller de 40 horas de capacitación para formar equipos locales cuyo objetivo fue: capacitar a las coordinadoras, facilitadoras/es y personal de salud de las entidades federativas seleccionadas para la aplicación de la «Estrategia para la promoción del buen trato en la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud». Se definió un perfil de participantes: psicólogas y psicólogos adscritos a los servicios estatales de atención a la violencia, personal de enfermería y medicina adscritos a los servicios de obstetricia. La selección estuvo a cargo de la Coordinadora Estatal del Programa de Violencia Familiar de cada entidad.

La implantación y supervisión de la Estrategia está a cargo del Centro Nacional de Equidad, Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) de la Secretaría de Salud, mismo que cuenta con recursos asignados vía AFASPE (Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados), los cuales fueron notificados a cada entidad federativa por el área de planeación. La Estrategia está sujeta a evaluaciones y a metas específicas para cada entidad.

RESULTADOS

Revisión de la literatura

Se identificaron seis artículos en la categoría de intervenciones. Cuatro corresponden a intervenciones que se enfocaron en el empoderamiento de las mujeres en la atención del parto. Los otros dos estudios se dirigen a la sensibilización y difusión del problema de la «violencia obstétrica», uno de ellos se desarrolló en Brasil, en el cual se efectuaron dos acciones: a) talleres de sensibilización para el personal de salud con dos componentes: abordaje de las subjetividades (sentimientos, miedos y creencias) y un entrenamiento intelectual en el parto humanizado y b) la nominación de una enfermera

obstétrica para asesorar la implantación del modelo de parto humanizado. Las autoras concluyen que la sensibilización no fue eficaz para permitir al personal de medicina incorporar los valores del modelo del parto humanizado; sin embargo, reconocen que el asignar al personal de enfermería como responsable de la maternidad permitió que dicho personal conquistara un poder simbólico en la institución y así garantizar la implantación del modelo.⁹ Otro reporte es la experiencia en Argentina, en la cual a partir del Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos se han realizado diversas acciones, entre las que destacan seminarios de difusión y sensibilización por todo el país dirigidos al personal de salud y población para abordar el problema del abuso y falta de respeto en las salas de maternidad a través de videos y la obra de teatro «Con todo al aire»¹⁰ (Tabla 1).

Descripción del diseño del taller de formación de personal facilitador de la «Estrategia de promoción del buen trato en la atención obstétrica».

El CNEGSR decidió que la primera fase de la Estrategia se focalizara en formar equipos locales que tuvieran como responsabilidad la réplica del curso al interior de sus entidades federativas, tal como se realizó con el «Programa de reeducación para víctimas y agresores de violencia de pareja»⁷ y que ha permitido mantener el servicio de 2008 a la fecha. Las siguientes fases de la Estrategia serán definidas por el personal federal responsable en colaboración con el equipo de investigación del INSP.

Premisas del diseño del taller

Los ejes teórico-metodológicos sobre los que se sustenta el diseño son: a) perspectiva de género; b) violencia contra las mujeres con base en el modelo ecológico; c) terapia de reencuentro y d) modelos humanista y holístico de la medicina. Con estos ejes se articuló la base del proceso de sensibilización que se centra en el personal de salud operativo que atiende a las mujeres durante el parto.

Se partió de la acepción de que un programa o intervención diseñado desde la perspectiva de género busca desarticular las relaciones de poder entre mujeres y hombres; asimismo, profundizar

Tabla 1. Inventario de intervenciones en América Latina identificadas en la revisión de la literatura.

Título de artículo	Autores	País	Año
<i>A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantacao de práticas do modelo humanizado em maternidades</i>	Progianti JM, Oliveira Mouta RJ	Brasil	2008
<i>As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no Hospital Sofia Feldman</i>	Rodrigues Borges M, Madeira LM, Gonçalves de Oliveira Azevedo VM	Brasil	2011
<i>Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher</i>	Sodré TM, Merighi MPB, Bonadio IC	Brasil	2012
<i>O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal</i>	Melo KL, Vieira BDG, Alves VH et al	Brasil	2014
<i>Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais</i>	De Carvalho ML.	Brasil	2003
Con todo al aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos	INSGENAR. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo	Argentina	2008

Fuente: Elaboración propia.

en los procesos subjetivos, históricos, culturales y políticos subyacentes en los mecanismos de desigualdad, subordinación, discriminación, exclusión u opresión que, basados en la simbolización y representación sociocultural de las diferencias biológicas de las personas, insisten en imponer una jerarquía dominante de lo masculino sobre lo femenino.¹¹

El modelo ecológico –creado por el psicólogo Urie Bronfenbrenner– enfatiza en el análisis integral y la interacción de la persona con su contexto. Así, la perspectiva ecológica constituye un eje transversal de transformación de la subjetividad de los sujetos sociales desde su contexto sociocultural e histórico.¹²

La terapia de reencuentro favorece el desarrollo de habilidades pacíficas de relación porque desmitifica el conflicto, evidencia los procesos y las dimensiones comprometidas en el ejercicio del poder y la violencia y encamina a las personas en la búsqueda del buen trato.¹³

Modelos humanista y holístico de la medicina. Estos modelos hacen énfasis en la unión del cuerpo con la mente y el espíritu. De acuerdo con las características de estos modelos los profesionales de la salud pueden ser empáticos y establecer una

interacción humana e integral en la atención de las mujeres durante el embarazo y parto.^{14,15}

A partir de estos ejes conceptuales se diseñó un taller de 40 horas. El taller está dividido en dos bloques, en el primero de ellos se efectúan actividades vivenciales y revisión de aspectos teórico-técnicos de la temática. En el segundo bloque los participantes hacen réplicas de las distintas sesiones (a excepción de «las experiencias de un ginecoobstetra») y son retroalimentados tanto por el personal coordinador del taller como por sus propios colegas. Se integraron las réplicas como parte de las actividades del taller porque los participantes harán réplicas de todo el taller con el personal de salud de sus entidades federativas. En el primer bloque se promueve que los participantes tengan un proceso reflexivo vivencial y se abordan aspectos relacionados con su historia personal y profesional, tales como elección de carrera, experiencia personal del parto y nacimiento, atención durante el proceso de parto (estás embarazada), autocuidado (área física, emocional y de relación). En el componente teórico-técnico se abordan temáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, tales como la congruencia en el ejercicio de los derechos (sexuales y reproductivos, del personal de salud y de las mujeres usuarias);

protocolo de atención del parto en las instituciones en las que laboran (se contrasta el protocolo de atención obstétrica en su institución con las normas nacionales e internacionales); indicadores de salud materna (muerte materna, morbilidad asociada a mala praxis [cesáreas, tactos vaginales, episiotomía, etc.]; además se revisan los resultados de estudios –nacionales e internacionales– sobre abuso en la sala de maternidad).¹⁶ Una actividad longitudinal del taller son las dinámicas corporales y de relajación para que las participantes contacten su cuerpo y emociones (Tabla 2).

La primera etapa de la capacitación tuvo lugar en 2014 y abarcó un total de 22 entidades federativas del país (Tabla 3 y Figura 1). La capacitación se llevó

a cabo de manera regional, es decir, el CNEGSR seleccionó seis entidades federativas sede, en las cuales se concentraron dos o tres entidades invitadas. Cabe señalar que el proceso de incorporación de las entidades continuó durante 2015 y 2016 y hasta el momento se ha capacitado al personal de salud de 30 entidades del país.

DISCUSIÓN

Los principales aportes del trabajo aquí presentado se relacionan con los fundamentos teórico-metodológicos de la primera etapa de la «Estrategia para la promoción del buen trato durante la atención del embarazo, parto y puerperio en salas de obstetricia

Tabla 2. Carta descriptiva del taller de sensibilización para el personal de salud.

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5
Presentación de la Estrategia de capacitación con autoridades estatales Evaluación: Pretest Trabajo corporal	Trabajo corporal	Trabajo corporal	Práctica 1. Trabajo corporal	Práctica 7. Trabajo corporal
Presentación del curso Encuadre ético	Experiencia personal del parto y nacimiento	Reflexiones de un ginecoobstetra	Práctica 2. Encuadre ético Práctica 3. Presentación de participantes	Práctica 8. Autocuidado Práctica 9. Derechos sexuales y reproductivos
		Descanso		
Presentación de participantes	Atención durante el proceso de parto	Reflexiones de un ginecoobstetra	Práctica 4. Elección de carrera	Práctica 10. Protocolo de atención
		Comida		
Elección de carrera	Autocuidado	Derechos sexuales y reproductivos Protocolo de atención	Práctica 5. Experiencia personal de parto y nacimiento Práctica 6. Atención durante el proceso de parto	Práctica 11. Indicadores de salud materna Evaluación: postest
		Indicadores de salud materna		
		Cierre		

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Entidades federativas incluidas en la primera etapa de capacitación.

Entidad sede	Entidades invitadas
Estado de México	Tlaxcala Querétaro Yucatán
Coahuila	Nuevo León Tamaulipas
Chihuahua	Sinaloa Sonora Zacatecas
Guerrero	Puebla Morelos
Veracruz	Oaxaca Hidalgo Campeche
Guanajuato	Jalisco Nayarit Colima

Fuente: Elaboración propia con información del CNEGSR.

y de los servicios de salud», una política pública que responde al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 en México que tiene como uno de sus ejes transversales la incorporación de la perspectiva de género en todos los programas de salud. Además la Estrategia responde a la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), la cual define a la Secretaría de Salud en México como institución responsable de instrumentar la política pública para enfrentar la violencia contra la mujer desde la perspectiva de la salud pública.¹⁷

En este sentido, la experiencia aquí documentada tiene particular relevancia debido a las escasas publicaciones científicas de intervenciones para afrontar el abuso y falta de respeto en la atención obstétrica en América Latina. En la revisión de la literatura se encontraron sólo seis documentos que dan cuenta de intervenciones diseñadas para mejorar la atención de las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio; el enfoque predominante fue de humanización y desmedicalización del parto, dirigiendo acciones específicas hacia las mujeres.¹⁸⁻²¹ Sólo un artículo hace



Figura 1. Mapa de distribución regional de entidades federativas con personal de salud capacitado para 2014. México.

referencia a un proceso de sensibilización diseñado para el personal médico y de enfermería encargado de la atención del parto⁹ así como el libro del Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, el cual reporta acciones de sensibilización tanto para el personal de salud como para la población en general.¹⁰

El diseño del taller presentado en este manuscrito tomó como base lo reportado por Progianni et al.,⁹ quienes incluyeron componentes teórico-técnicos del tema al igual que aspectos vivenciales, dinámicas corporales y reflexivas para sensibilizar al personal de salud y contribuir a desarticular el trato irrespetuoso y violento hacia las mujeres en las salas de parto.

El CNEGSR en México, como responsable de la implantación de esta política pública, se ha propuesto llevar a cabo para 2019 una evaluación de la Estrategia, una vez que se haya cumplido la meta de cobertura nacional. Además, tiene como propósito incluir otras acciones que fortalezcan la Estrategia, entre las que se encuentran: capacitación focalizada a ginecoobstetras, empoderamiento de las mujeres como usuarias de los servicios, incorporación de las autoridades estatales de alto nivel (secretarías estatales de salud). Por último, hay que señalar que un problema complejo de salud requiere acciones que abarquen las diferentes dimensiones del mismo. Esta intervención estaría limitada si sólo se instrumentara la capacitación al personal operativo y a la formación de equipos locales, por lo que la evaluación es un segundo paso obligado para dimensionar los alcances y limitaciones de la Estrategia.

CONCLUSIONES

Es necesario avanzar en intervenciones para afrontar el abuso y falta de respeto en la atención obstétrica. En México ésta es la primera experiencia, la cual necesita ser evaluada.

Agradecimientos

A todo el personal de salud que participó en los cursos cuya disposición, observaciones y sugerencias han ido enriqueciendo este proceso de revisión continua; a las coordinadoras estatales del «Programa de Violencia Familiar de la Secretaría de Salud», que

fueron las responsables de seleccionar el personal que participó en la capacitación y de organizar los cursos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiga CH, Warren CHE et al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ.* 2014; 92:915-917.
2. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth report of a landscape analysis. Cambridge: USAID-Traction. Project Harvard School of Public Health, University Research Co; 2010. p. 57.
3. Jewkes R, Penn-Kekana L. Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS Med.* 2015; 12: e1001849. doi: 10.1371/journal.pmed.1001849).
4. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med* 2015; 12 (6): e1001847. doi:10.1371/ Journal.pmed.1001847.
5. Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Iñiguez M et al. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *CONAMED.* 2013; 8: 14-20.
6. Valdez-Santiago R, Martín Rodríguez J, Arenas-Monreal L et al. Adherencia terapéutica a programas de reeducación para mujeres y hombres en relaciones de pareja violentas. *Sal Pub Méx.* 2015; 57: 537-546.
7. Hajar-Medina M, Valdez-Santiago R. Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores. *Experiencia Internacional y mexicana.* Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2008.
8. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Lomelin P. Metodología de talleres de sensibilización para personal de salud adscrito a los servicios de obstetricia en hospitales de Morelos, México. Informe final. Cuernavaca: INSP, 2013.
9. Progianni JM, Oliveira Mouta RJ. A enfermagem obstétrica: agente estratégico na implantacao de práticas do modelo humanizado em maternidades. *Rev. Enferm.* 2009; 17: 165-169.
10. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Con todo al aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Argentina: CLADEM/ INSGENAR, 2008.
11. Valdez-Santiago R, Vargas-Urías Mauro A, González-Focke M. Bases conceptuales del Programa de Re-educación para agresores de violencia de pareja. En: Ramírez JC, Cervantes-Ríos JC, coord. *Los hombres en México. Veredas recorridas y por andar.* Guadalajara: Universidad de Guadalajara, CUCEA-AMEGH, 2013. p. 111-132.
12. Olivares Ferreto E, Incháustegui Romero T. Modelo Ecológico para una vida libre de violencia de género. Ciudad de México: Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, 2011.
13. Sanz F. *Psicoerotismo femenino y masculino.* Para relaciones placenteras, autónomas y justas. 7ª edición. Barcelona: Editorial Kairós, 2008.

14. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet.* 2001; 75: S5-S23.
15. Davis-Floyd R. From technobirth to cyborg babies: Reflections on the emergent discourse of a holistic anthropologist. In: Davis-Floyd R, Dumit J (eds.). *Cyborg babies: From techno-sex to techno-tots.* New York: Routledge; 1998. p. 255-283.
16. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal LM, Hidalgo-Solórzano E y cols. El abuso de las mujeres en las Salas de Maternidad: nueva evidencia sobre un viejo problema. Resumen ejecutivo. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013.
17. Cámara de Diputados. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México. Diario Oficial de la Federación, 2013.
18. Sodré TM, Merighi MPB, Bonadio IC. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Cienc Cuid Saude.* 2012; 11 (Suplem): 115-120.
19. Rodrigues BM, Madeira LM, Gonalves de Oliveira VM. As práticas integrativas e complementares na ateno   saúde da mulher: uma estratégia de humanizao da assistência no hospital Sofia Feldman. *Rev Min Enferm.* 2011; 15: 105-113.
20. Melo KL, Vieira BDG, Alves VH et al. O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal. *J Res Fundam Care.* 2014; 6: 1007-1020.
21. De Carvalho ML. Participao dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivaes dos casais. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19 (Sup 2): S389-S398.