

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE ENFERMAGEM

**BENEFÍCIOS PARA A MÃE E PARA O BEBÊ DE UM PARTO HUMANIZADO:
FRAMEWORK CONCEITUAL A PARTIR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL**

JÚLIA PEGORARO
LUCIMARA MARQUES DA SILVA

Caxias do Sul/ RS

2022

JÚLIA PEGORARO E LUCIMARA MARQUES DA SILVA

**BENEFÍCIOS PARA A MÃE E PARA O BEBÊ DE UM PARTO HUMANIZADO:
FRAMEWORK CONCEITUAL A PARTIR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro sob orientação da Prof.^a Dra. Nanci da Silva Teixeira Junqueira.

Caxias do Sul/ RS

2022

AGRADECIMENTO

Agradecemos às nossas orientadoras pela paciência e pelo apoio durante o desenvolvimento do trabalho;

Agradecemos a professora Nilva Lúcia Rech Stédile por nos apresentar um método novo de ensino, onde saímos da nossa zona de conforto, mas nos enriqueceu.

Agradecemos as professoras, pelos ensinamentos apresentados ao longo do curso e pelos conselhos que serviram para o nosso aprendizado;

As nossas colegas de curso, que tornaram tudo mais “leve” e divertido e foram meus companheiros de “luta” ao longo de todo esse tempo;

AGRADECIMENTO JÚLIA

A minha mãe, que proporcionou a assistência que precisei para que pudesse me tornar graduado em enfermagem.

Ao meu namorado, por todo o incentivo e pelo amor incondicional do longo de toda a graduação.

AGRADECIMENTO LUCIMARA

Aos meus filhos, por todo amor e por entender o tempo que abdiquei de ficar com eles.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo caracterizar o parto humanizado, revelando seus benefícios para mãe e bebê, sendo assim uma intervenção para as gestantes tomarem uma decisão mais assertiva na hora da escolha do parto, tornando esse momento especial e seguro. O método consiste em um framework conceitual que ajudou a compreender o protagonismo da mulher e a contribuição da equipe para incluir e orientar essa mulher no pré-natal, trabalho de parto e puerpério. A construção do framework permitiu dar visibilidade aos serviços de saúde compondo a importância do parto humanizado, relacionando aspectos históricos do parto e assim servirá para entendimento das ações preconizadas no parto humanizado segundo Ministério da Saúde, trazendo a rede cuidados que foi criada para promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde, com a intenção de ser uma atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, benefícios da humanização do parto, a fim de prevenir procedimentos desnecessários e orientar profissionais da saúde e a mulher, voltando a priorizar a mulher neste momento individual e único, e auxiliando se necessário.

Palavras-chave: parto humanizado, framework conceitual, políticas públicas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma representativo do diagnóstico da gravidez	20
Figura 2. Framework conceitual sobre parto humanizado.....	26

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RN – Recém-nascido

SCIELO - Scientific Eletronic Library Online

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UCS – Universidade de Caxias do Sul

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVO	10
2.1 GERAL	10
2.2 ESPECÍFICO	10
3. REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1. PARTO	11
3.2. VERSÃO DA MULHER SOBRE O PARTO	17
3.3. PARTO HUMANIZADO: QUE PRÁTICA É ESSA? O PARTO HUMANIZADO É SEMPRE UM PARTO NATURAL?	18
4. MÉTODO	23
4.1 DELINEAMENTO ESTUDADO.....	23
4.2 PROCEDIMENTOS DE ELABORAÇÃO DO FRAMEWORK	23
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	24
5. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DO FRAMEWORK	26
5.1 HISTÓRIA DO PARTO: ENTENDENDO O FRAMEWORK CONCEITUAL.....	27
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	37

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história as práticas de assistência ao parto passaram por inúmeras transformações: o parto considerado “assunto de mulher” feito por parteiras nos domicílios passou a ser no ambiente hospitalar e realizado por médicos (VILLAR *et. al.*, 2006 *apud* GUIMARÃES *et.al.*, 2021).

A partir deste momento, quando o parto passou a ser um procedimento realizado no âmbito hospitalar, houve um aumento considerável nas taxas de cesariana. Desde 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa para cesariana mundial seja de 10-15%. Porém em 2019, nas redes privadas de assistência ao parto, foram realizados 84,76% partos cesárea (RODRIGUES, 2021). Enquanto no Sistema Único de Saúde (SUS) foram realizados 54,52%. (DATASUS, 2019), ambos distantes da meta estabelecida internacionalmente.

Entretanto, há evidências de desvantagens que a cesárea possui comparada ao parto vaginal em relação à morbimortalidade para o binômio mãe-bebê (RODRIGUES, 2021). Além disso, estudos recentes vêm mostrando os benefícios do parto vaginal em relação ao parto cesáreo, tanto para mãe quanto para o filho, além da importância da conscientização quanto a desmistificação da cultura de que parto cesáreo é a melhor opção para o bebê (GUIMARÃES *et.al.*, 2021 *apud* VICENTE *et. al.*, 2017).

No Brasil, o aumento das taxas de cesarianas vem preocupando o Ministério da Saúde que foi levado a criar políticas públicas para humanização da assistência aos partos e aos nascimentos. Devido a essa preocupação foi criado a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, com a intenção de mostrar que é possível ter um parto vaginal, com tanto que ele seja humanizado (BRASIL, 2017).

O objetivo do parto humanizado é que o bebê nasça de maneira mais natural possível, permitindo que a mãe se recupere mais rápido. Também é realizado com acompanhamento médico, mas sem tantas intervenções e sem experiências traumatizantes (SUMMIT, 2019).

Com isso, os profissionais da saúde precisam saber os benefícios de um parto humanizado para informar as parturientes e assim colaborar no sentido de resgatar a humanização da assistência às gestantes (SILVANI, 2010).

Considerando-se os aspectos apresentados, a seguinte pergunta de pesquisa foi formulada para conduzir o processo de realização deste estudo: que base

conceitual pode nortear as ações dos profissionais da saúde para realização do parto humanizado?

2. OBJETIVO

2.1 GERAL

Propor um framework conceitual que ilustra as relações entre características do parto humanizado, os benefícios desta prática para gestantes e bebês e as ações de serviço de saúde nessa área.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o parto humanizado.
- Identificar conceitos e elementos fundamentais na compreensão do parto humanizado.
- Identificar as vantagens do parto humanizado.
- Relacionar as características encontradas quanto ao parto humanizado e os possíveis benefícios às gestantes e bebês.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. PARTO

A forma como o parto ocorre tem se modificado ao longo do tempo, conforme cita Gomes *et al.* (2018 *apud* SANTANA *et. al.*, 2021, p. 2): “O parto, durante muito tempo, se constituiu em uma experiência íntima, ocorrida no domicílio, por via vaginal e acompanhado por parteiras ou pessoas dotadas de saberes tradicionais.”

No documentário “O renascimento do parto” de 2013, com direção de Eduardo Chauvet, a enfermeira obstetra Heloisa Lessa (CHAUVET, 2013) comenta sobre o parto no período industrial,

Naquela época o parto e nascimento era uma coisa absolutamente de mulheres entre mulheres. De lá para cá, a gente teve muitas mudanças. A gente teve o grande avanço da tecnologia, a entrada da figura do médico no cenário do parto, e claro que na hora que a gente coloca a mulher dentro do hospital, outras duas coisas vêm historicamente: que é o parto na horizontal e a episiotomia.

Resumidamente, o que é apresentado no documentário retrata as mudanças impostas ao parto ao ser transferido para o ambiente médico hospitalar. De um processo familiar passou a ser um procedimento médico.

A resistência das mulheres em parir fora do ambiente doméstico foi cedendo lugar à confiança na figura do médico-parteiro, construída pelo discurso médico, e no ambiente hospitalar, à medida que melhoravam a segurança e a assepsia desse espaço.

Essa mudança, contudo, não se deu de forma contínua nem sem conflitos: entre médicos e parteiras, entre o conhecimento institucionalizado masculino e o saber tácito feminino, entre o médico, homem, e a parturiente, mulher, configurando relações de desigualdade de gênero que estão na origem do estabelecimento da medicina como saber validado política e socialmente (PALHARINI E FIGUEIRÔA, 2018, p. 1040).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), no caderno Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher, complementa os impactos da mudança de gênero - da parteira para o médico - na hora do parto: “Ao longo dos séculos, construiu-se um modelo social predominante que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história.” (p. 12)

Na atuação médico nas questões relacionadas à saúde da mulher: a exaltação da maternidade – discurso dominante a partir do século XIX – trouxe no seu bojo não a proteção da mulher das vulnerabilidades a que está exposta no processo de manutenção da espécie, mas a perpetuação das relações de poder entre os sexos. (BRASIL, 2011, p. 12)

Assim, com o passar do tempo, a entrada dos homens no universo do parto acabou modificando a forma do nascimento, como cita a antropóloga Davis-Floyd: “Assim que os médicos começaram a lidar com o nascimento, eles queriam que as mulheres se deitassem e abrissem as suas pernas para que tivessem uma forma mais fácil de fazer seus procedimentos” (CHAUVET, 2013).

No mesmo documentário: “o médico descreve a resiliência feminina citando a conformação e conseqüente adaptação da mulher aos atos medicalizados, sem a expectativa de uma justificativa para tal ação.” Segundo Gomes *et. al.* (2018, p. 2746) “As mulheres acabaram se conformando a padrões rígidos estabelecidos pelo sistema médico de quem tem que parir em um determinado número de horas e se comportar de uma forma padronizada” (CHAUVET, 2013).

Estas podem ser consideradas formas de agressão à parturiente. Outras formas de agressão são identificadas no cotidiano da obstetrícia, e cada vez mais estão vindo à tona. Em janeiro de 2022 uma denúncia feita pela influencer digital Shantal Verdelho, teve uma grande repercussão. O ocorrido se tratava do seu parto, que foi conduzido por um médico em São Paulo – Brasil, onde relata a violência obstétrica que sofreu.

Shantal optou por um parto humanizado: “Foram 48 horas que eu fiquei no hospital. Eu acho que foi um trabalho de parto de aproximadamente umas 12 horas. Ele chegou somente nas duas horas finais que foi quando mudou o clima assim, ele chegou muito apressado. Eu não entendi o porquê de tamanha pressa e aquela agonia toda. E ficava insistindo para o Mateus para que fosse feita a episiotomia num tom como se: ‘Olha aqui vai rasgar aqui’. É onde a gente teria relações no futuro. ‘Então, é melhor eu dar um pique aqui é melhor eu dar uma cortadinha aqui’. Ele fica falando isso para o Mateus como se eu não tivesse ali, e como se a decisão não fosse minha” (VERDELHO, 2022).

Segundo a OMS (2018, p.200):

O uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres que evoluem para parto vaginal espontâneo. Não há evidências que corroborem a necessidade de episiotomia nos cuidados de rotina, e uma taxa “aceitável” de episiotomia é difícil de determinar. O papel da episiotomia em emergências obstétricas, como asfixia fetal que requer o parto vaginal instrumental, continua a ser estabelecido. Se uma episiotomia for realizada, a anestesia local efetiva e o consentimento informado da mulher são essenciais. A técnica preferida é uma incisão médio-lateral, com técnica contínua de sutura - não recomendado. (Tradução nossa)

"Não tinha a menor necessidade de ele tentar me rasgar com as mãos e isso é feito várias vezes. Ele basicamente faz o parto inteiro fazendo esse movimento com a minha vagina, tentando abrir ela. Já que ele não teve o corte, ele tenta com as mãos" (VERDELHO, 2022).

Quando a repórter pergunta se o médico pediu ajuda para alguém mais forte pressionar a sua barriga, Shantal responde (VERDELHO, 2022):

Sim. Na verdade, a minha barriga foi pressionada desde o momento em que ele chegou. Ele pede para uma médica da equipe dele fazer essa manobra de Kristeller que chama. E depois, ele pede para o anestesista fazer, porque o anestesista era mais forte.

Agnaldo Lopes (2022), presidente da Febrasgo destaca:

A manobra de Kristeller consiste numa pressão no fundo do útero. Ela foi descrita já há bastante tempo em 1867 por um obstetra alemão, mas ela não é mais recomendada. O próprio Ministério da Saúde, desde os anos 2000, não recomenda a utilização da manobra de Kristeller na assistência ao parto.

O Ministério da Saúde, em prol da melhor assistência ao parto normal, criou uma diretriz (BRASIL, 2017, p.6) que, por conta do avanço das tecnologias e o local de parto ser no hospital, acabou criando aberturas para as intervenções, como por exemplo, a episiotomia, o uso de ocitocina, a cesariana, entre outras. Tais intervenções, que deveriam ser usadas apenas em situações de necessidade, estavam se tornando cada vez mais comuns.

Gomes *et. al.*, (2018) alerta que a escolha do parto cesariano vem da ideia de maior controle da operação, devido a elementos técnico-cirúrgicos que demandam alto conhecimento e destreza profissional. Como também o fato de diminuir a probabilidade de se colocar em risco durante qualquer intercorrência, pois sempre haverá alguém competente para auxiliar em qualquer situação.

Estudos apontam que essa ideia não é correta, como cita Gonçalves *et al.* (2021, p. 2600): “Levando em consideração o número de cesarianas realizadas sem indicação, é visível o despreparo dos profissionais e a falta de informações de mulheres em relação a sua via de parto escolhida.”

O modo como o parto cesárea é ofertado para a mulher durante o pré-natal ou, a forma como os futuros profissionais têm sido (des)preparados para realizar o parto natural, demonstra uma tendência a escolha da intervenção cirúrgica, por várias razões. Nesta, o benefício maior é do médico e não da própria parturiente, uma vez que, conforme a antropóloga Davis-Floyd cita no documentário:

Então, você faz cesárea por bebê pélvico, por distocia de ombro, pela liberação de um pouco de mecônio, faz cesárea porque é conveniente e você precisa voltar para o seu consultório, faz cesárea porque a mulher está com medo e você diz: “vamos marcar uma cesárea?” e ela diz tudo bem. Às vezes a mulher tem que marcar uma cesárea e então você faz porque é o que ela quer. Você faz tanta cesárea que não sabe mais fazer outra coisa. E então você faz cesáreas porque é só o que você sabe fazer.

Citando o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017, p.5):

Esse excesso de intervenções 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.

Para as mulheres e suas famílias “esse momento, em particular, é único na vida e carregado de fortes emoções. A experiência vivida por eles neste momento pode deixar marcas indelévels, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas.” (BRASIL, 2017, p.6).

No momento do trabalho de parto há vários hormônios que são liberados, entre eles a ocitocina que estimula as contrações e ajuda na amamentação. Segundo Odent (CHAUVET, 2013) essa produção hormonal é como sentimento:

Até recentemente, o amor era tema de poetas, filósofos e romancistas. Mas hoje, o amor também é estudado por cientistas. Hoje já podemos entender que a capacidade de amar é, em grande parte, organizada e construída durante o período em torno do nascimento.

Quando se fala em nascimento, esquece-se de todos os sentimentos envolvidos nesse momento tão importante, tanto para a mulher, quanto para o bebê. O médico e pesquisador Odent (CHAUVET, 2013), pensa nessa visão mais ampla quando diz:

Desde sempre que se promove o amor, dizendo: “o amor é importante!” quando vemos o que está acontecendo no mundo, podemos dizer que a promoção do amor não foi muito eficaz. Por quê? Talvez porque não fizemos essa pergunta básica: como se desenvolve a capacidade de amar? Se fizermos a pergunta desta maneira, percebemos a importância do que acontece no nascimento.

Se tivermos uma visão geral sobre todos os estudos publicados notaremos que quando os pesquisadores exploram uma condição patológica, uma doença, ou um desvio de personalidade, por exemplo, palavras-chave como: criminalidade, autismo, suicídio, comportamento autodestrutivo, drogadição, anorexia, algo a ver com a capacidade de se amar ou amar ao próximo. Os pesquisadores sempre concluem que o que acontece no nascimento é importante.

Ao ponto de vista do hospital, a cesariana acaba sendo mais vantajosa também. Como mencionado por Fernanda Macêdo, médica obstetra (CHAUVET, 2013):

Agora, você pensa no lado do hospital, o que você prefere? Um paciente, como uma gestante, que vai ter um parto normal e que não vai gastar nada para aquele hospital. Ela vai gastar basicamente a hotelaria do hospital, porque em um parto natural você gasta o quê? Compressa, gaze, mais nada. Então, pro hospital é muito mais interessante receber aquele paciente agendado bonitinho, que ele consegue contar quantos ele vai ter naquele dia, né? O centro cirúrgico movimenta de uma maneira muito mais tranquila e

ordenada, quando uma gestante chega e... acabou com a festa, né? São doze horas naquela sala que não vai poder ser utilizada porque está sendo utilizada por uma gestante que quer parir.

Porém, o pensamento de fazer ou não a cesariana vai além de o médico preferir ou de ser melhor para o hospital, como relatado por Esther Vilela, gestora do Ministério da Saúde (CHAUVET, 2013): “A cesariana quando mal indicada, ela põe a mulher e o bebê em risco. Três vezes mais do que se fosse um parto normal. Para o bebê, o risco da cesárea desnecessária é o risco, primeiro, da prematuridade.”

Segundo Leite *et al.*, (2020 *apud* GULLO *et al.*, 2011, p. 2)

Além dos custos, a operação cesariana possui maior morbimortalidade para a gestante quando comparada ao parto vaginal, uma vez que apresenta um risco maior para ocorrência de infecção, rotura uterina e morbidade febril puerperal. Com relação aos efeitos da cesárea nos recém-nascidos, há discussões sobre complicações geradas durante a cesárea eletiva, como taquipneia transitória do recém-nascido e desconforto respiratório neonatal.

Além disso, se torna conveniente a presença de mitos envolvendo o parto cesárea, como comenta a obstetrix Ana Cristina Duarte:

Bebê é grande e não passa, que a mulher é velha (acima de 30, 35 anos), não pode parir. Ou que ela é muito nova para parir. Que ela é muito gorda pra parir. Que ela é muito magra pra parir. Que ela é sedentária, que ela pode ficar larga. Enfim, que dói muito. Quem tem pressão alta não pode ter parto normal. Diabetes não pode ter parto normal. (CHAUVET, 2013)

E a médica obstetra Melania Amorim (CHAUVET, 2013) complementa:

Circular de cordão, bebê grande demais, bebê pequeno demais, grau de placenta avançado, pouco líquido, muito líquido. São indicações que não existem. São entidades que se criaram. Entidades fantasmagóricas, enquanto indicações de cesarianas.

Muitos são os fatores, portanto, responsáveis pela indicação desnecessária do parto cesárea. Muitos deles ligados a instituições de saúde e aos profissionais que realizam tais procedimentos e outras relacionadas à própria gestante. No entanto, um fator merece destaque: o profissional médico é considerado uma autoridade no campo da saúde.

Em 2009 o Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz fez um estudo com residentes em obstetrícia/ginecologia (GILBERT *et al.*, 2009, p. 617)

Nos depoimentos, o perfil do médico que escolhe Obstetrícia/Ginecologia é definido como o de pessoas voltadas para a resolução de problemas, impacientes e práticas, com pouco interesse por aspectos profundos e abstratos da vida, e com um conteúdo de agressividade comum às outras

especialidades cirúrgicas, permitindo a realização de atos invasivos nas pacientes.

Seguindo com o estudo Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz (GILBERT *et. al.*, 2009 p. 617), pode-se ver como a visão dos residentes é equivocada desde a formação.

O treinamento em Obstetrícia/Ginecologia não é comum aos que escolhem residência em cirurgia, entretanto eles identificam as especialidades como cirúrgicas e a si mesmos como apresentando características comuns àquele grupo, além de uma afinidade com esse tipo de procedimento. Conforme comentam S3 e S4: "As pessoas que fazem GO têm um perfil de mais objetividade, essa coisa da parte cirúrgica; [...] pessoas com características mais agressivas, [que gostam] de resolver imediatamente [e] não ter que lidar com coisas crônicas [...] (S3); "Tem que gostar mais da área cirúrgica [senão] não dá para fazer Ginecologia e Obstetrícia" (S4).

O Ministério da Saúde (2001, p.9) relata:

A maioria dos profissionais vê a gestação, o parto, o aborto e o puerpério como um processo predominantemente biológico onde o patológico é mais valorizado. Durante sua formação, doenças e intercorrências são enfatizadas e as técnicas intervencionistas são consideradas de maior importância. Entretanto, a gestação é um processo que geralmente decorre sem complicações. Os estudantes são treinados para adotar "práticas rotineiras", como numa linha de produção, sem a avaliação crítica caso a caso. Disto decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas.

Uma reflexão contemporânea permite perguntar: esse pensamento ainda persiste? É possível observar residentes considerando que o parto - nobre momento de celebração à vida - pode se tornar algo crônico, por quê? Acredita-se que essa forma de compreensão do que seja o parto e a cesárea motivaram o Ministério da Saúde a criar Políticas sobre a humanização do parto.

Com vistas a amenizar esses problemas, em abril de 2022 o Governo Brasileiro instituiu a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami) no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde) (BRASIL, 2022).

À mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério; e ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.

Entre os objetivos da Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami) está o de (BRASIL, 2022):

Implementar modelo de atenção à saúde seguro, de qualidade e humanizado, com foco no planejamento familiar, na gravidez, no pré-natal, no nascimento, na perda gestacional, no puerpério e no cuidado do recém-nascido e da

criança, promovendo o crescimento e desenvolvimento saudáveis; garantir a integralidade do cuidado no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e, no puerpério, bem como ao recém-nascido e à criança, com foco na resolutividade da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e reduzir a morbimortalidade materna e infantil.

3.2. VERSÃO DA MULHER SOBRE O PARTO

As gestantes acreditam que a escolha do parto vaginal pode ser comparado com um ato “não-feminino” pela forma como é realizado. Creem que é um evento repulsivo e constrangedor onde ocorre a perda de controle e incontinência de secreções, partindo da ideia de que o parto é algo indecente, causando vulnerabilidade e indignidade à mulher. Há também o entendimento de senso comum de que a parturiente terá uma deformação genital, dificultando o prazer heterossexual (MALACRIDA e BOULTON, 2012).

Em outra visão sobre o parto vaginal, Cardoso e Barbosa (2011, p. 41) entrevistaram usuárias de planos privados de saúde sobre suas experiências e percepções relativas ao pré-natal e parto.

As motivações para a escolha do PV não variaram muito entre as informantes. A maioria declarou que, por ser este o processo “natural”, era a melhor forma para o bebê nascer, além de acreditarem que a recuperação era mais fácil e rápida.

Existe uma diferença básica entre os partos Normal e Natural: no primeiro é possível fazer uso de medicamentos como analgesia e ocitocina, a fim de aliviar a dor e acelerar o processo de parto. Entretanto, o processo do segundo ocorre da forma mais natural possível, ou seja, não existe intervenção médica para aplicação de medicamentos, resultando em um total controle da mulher sobre seu corpo com completa autonomia e lucidez. (BELOMO, 2017)

Cardoso e Barbosa (2011, p.42), trazem as seguintes falas das entrevistadas sobre as razões para preferir o parto normal:

“Porque é normal, né? [risos] Porque eu acho que, se a coisa é feita pra ser dessa forma [...] deixa a natureza se encarregar...” (Karina)

“Escolhi o parto normal porque acho que a recuperação é mais fácil, é melhor pra mulher, pra criança [...] eu queria esperar o tempo dele [do bebê].” (Vitória)

[...] até meu chefe falou (a esposa é médica) contra o parto normal: “- Você não vai ter parto normal, nenhum médico quer, enfim, é um transtorno pro médico, cesárea é muito mais moderna, você marca a hora, chega lá e faz, e pronto, entendeu?” (Dora)

Minha chefe [que é médica] foi uma que disse: “- Ah, parto normal só da Bahia pra cima, aqui no Rio de Janeiro já não se faz parto normal. Parto normal é uma coisa anormal, absurda”. Ela falou que parto normal tinha que ser proibido... só cesariana. (Tânia)

Como visto, as mulheres expressam que o parto normal é melhor, porém são desencorajadas a fazer por empecilhos colocados por médicos e que causam medo e insegurança, deixando assim elas apreensivas e sem coragem.

Os depoimentos sinalizaram para a distância entre ter um conhecimento que permite desmistificar “crendices” e o enfrentamento de uma recomendação médica no momento do parto, especialmente quando esta sinaliza “riscos”. Algumas falas ajudam a compreender a construção desta difícil escolha, que se contrapõe a uma tendência cultural e social de aceitar a cesariana como o modo “normal” de dar à luz (Cardoso e Barbosa, 2011, p.42).

3.3. PARTO HUMANIZADO: QUE PRÁTICA É ESSA? O PARTO HUMANIZADO É SEMPRE UM PARTO NATURAL?

Albuquerque *et. al.* (2021, p. 61) descreve o pré-natal como:

A assistência pré-natal de qualidade é fundamental para garantir o bem-estar do binômio materno-fetal e para redução de morbimortalidade materna e perinatal evitáveis através de ações de promoção à saúde, rastreamento, diagnóstico e prevenção de doenças.

O Ministério da Saúde (2001, p.9) complementa: “Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia.”

Os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. Precisam lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência dessa responsabilidade. (BRASIL, 2001, p.9)

É necessário individualizar o atendimento, transformando-o em humanizado:

Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de "assumir o comando da situação" passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê (BRASIL, 2001, p.10).

O cumprimento adequado do pré-natal por mulheres grávidas no Peru, tem como características: estar na faixa etária de 20 a 34 anos e 35 a 49 anos, ter educação secundária ou superior, pertencer a um quintil de riqueza da população que não a mais pobre, ser da região da selva, não ser de etnia nativa, ter uma segunda ou terceira gravidez, e ter uma gravidez desejada. Essas características aumentam a probabilidade de apresentar conformidade adequada com CPN (cuidado pré-natal) (TORRES-TELLO *et.al.*, 2021).

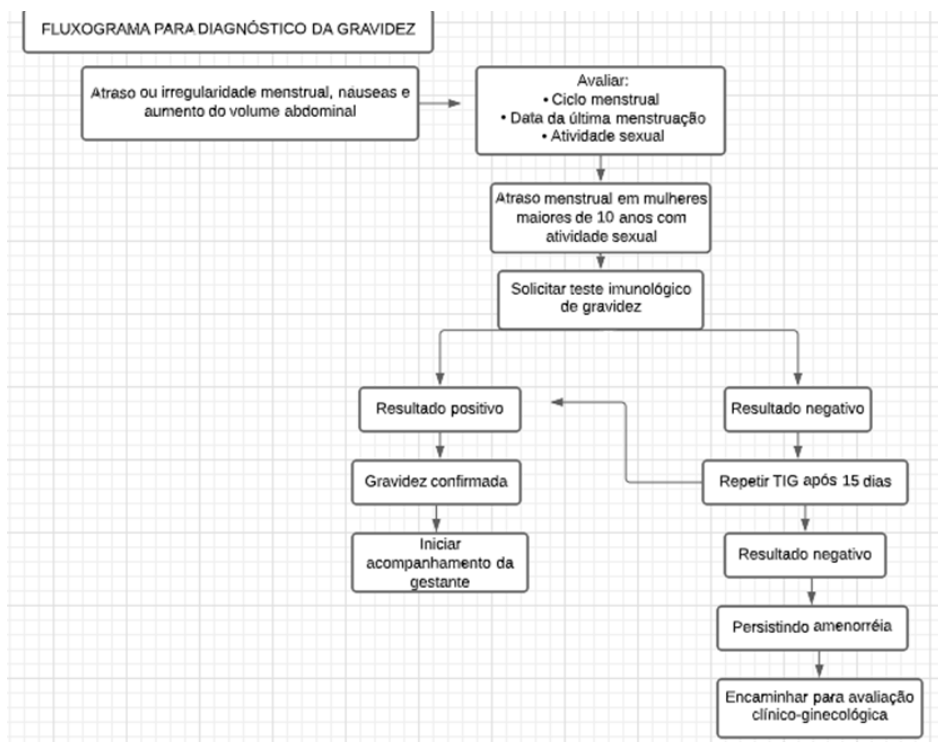
No parto humanizado, o acolhimento se torna importante, pois é um momento onde o profissional de saúde vai escutar as queixas, preocupações, angústias e medos, das gestantes. Neste momento, o profissional permite à mulher falar de sua intimidade com segurança, sem julgamentos nem preconceito. Constitui-se, portanto, no momento de ajuda a gestante para se auto conhecer, contribuindo assim para um parto e nascimento tranquilos e saudáveis (BRASIL, 2006, p.15,16).

Além do preparo físico e psíquico da mulher, deve ser abordado o local onde o nascimento deverá ocorrer, com uma visita à maternidade para conhecer suas instalações físicas.

O preparo da gestante para o parto abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades que têm como objetivo oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, sentindo-se protagonista do processo (BRASIL, 2001, p.26).

A gestante deve iniciar o acolhimento já no diagnóstico da gravidez. Para a realização do mesmo deve se observar o fluxograma apresentado na Figura 1 a seguir.

Figura 1: Fluxograma representativo do diagnóstico da gravidez



Fonte: Ministério da Saúde. Manual Técnico – Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada, 2006, p.20.

Após a descoberta da gravidez, a gestante receberá as orientações necessárias para o acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2006, p.21). Uma delas é que: “Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre” (BRASIL, 2006, p. 32).

Na primeira consulta:

Deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico (BRASIL, 2006, p. 25).

Nas consultas seguintes:

A anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais (BRASIL, 2006, p.25).

Deverão ser feitas anotações das consultas e registradas tanto no prontuário da unidade quanto no cartão da gestante. É necessário reavaliar o risco obstétrico e perinatal em cada consulta (BRASIL, 2006, p. 25).

Vale *et. al.* (2021) relatam que quando o pré-natal é inadequado, as chances do RN nascer com baixo peso aumentam de 42% a 132%.

Para complementar, a gestante também deve ser orientada em relação aos seguintes temas:

Processo gestacional, mudanças corporais e emocionais durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o recém-nascido e amamentação. Tais conteúdos devem incluir orientações sobre anatomia e fisiologia maternas, os tipos de parto, as condutas que facilitam a participação ativa no nascimento, sexualidade e outras (p.27).

A implementação de grupos de apoio, com a participação de diferentes profissionais da equipe de saúde, como enfermeira/o, psicóloga/o, assistente social, são fundamentais para garantir uma abordagem integral, e, ao mesmo tempo, específica para atender às necessidades das mulheres e de seus parceiros e familiares durante a gravidez (p.28).

O objetivo destas atividades é o de complementar o atendimento realizado nas consultas, melhorar a aderência por parte das mulheres às indicações médicas, diminuir as ansiedades e medos em relação à gravidez, parto e puerpério, incluindo as vivências e necessidades da mãe e do recém-nascido, o aleitamento materno e a contracepção. Ao mesmo tempo, também o de realizar um trabalho corporal de relaxamento e respiração para melhorar a adequação corporal ao trabalho de parto e parto, favorecendo o parto normal (BRASIL, 2001, p.29).

O enfermeiro desempenha seu papel desde o pré-natal ao parto, informando as mulheres das escolhas que elas têm pela frente:

O papel do enfermeiro começa no pré-natal, quando o plano de parto é apresentado e sua construção é estimulada a gestante. É durante o pré-natal que a mulher pode sanar suas dúvidas e ter ajuda dos enfermeiros para construção do plano de parto, caso precisem (MOUTA *et.al.*, 2017, p.4).

O Plano de Parto é um documento, realizado durante o pré-natal, no qual as gestantes podem expressar suas preferências, necessidades, desejos e expectativas em relação ao processo do parto. Porém, ele não substitui as informações fornecidas pela equipe de saúde, muito menos torna a parturiente a principal organizadora do processo, só possibilita que ela influencie os aspectos negociáveis. Essas questões devem ser respeitadas, desde que a saúde da mãe ou do bebê não seja prejudicada (CORTÉS *et.al.*, 2015, p. 521).

O plano de parto está entre as técnicas que devem ser estimuladas durante a gestação, de acordo com as normas internacionais preconizadas pela

Organização Mundial de Saúde (OMS). Percebemos que, mesmo com esse papel de destaque, a realidade nos serviços de saúde que atendem gestantes e parturientes é muito diferente, pois o plano de parto ainda é pouco estimulado (MOUTA *et.al.*, 2017, p.4).

O plano de parto influencia positivamente o trabalho de parto, aumentando o contato pele a pele, o controle maior sobre o processo do parto, e a taxa de parto normal. Além disso, acarreta o aumento da satisfação da mulher, assim como seu empoderamento (CORTÉS *et.al.*, 2015, p. 524). Desta forma, é importante que os profissionais da saúde estejam capacitados a conduzir o processo de elaboração do plano de parto para cada gestante.

4. MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO ESTUDADO

Trata-se da elaboração de um framework conceitual. Os frameworks são utilizados como uma forma de traduzir temas complexos em formas que possam ser estudadas e analisadas. Particularmente, empregam-se, segundo Shehabuddeen *et al.* (2000 *apud* LIMA e LEZANA, 2005) para:

- comunicar ideias e descobertas a uma ampla comunidade, entre acadêmicos ou entre academia e indústria;
- realizar comparações entre diferentes situações e abordagens;
- definir o domínio ou os limites de uma situação;
- descrever o contexto ou argumentar a validade de uma descoberta; e
- suportar o desenvolvimento de procedimentos, técnicas ou métodos e ferramentas.

4.2 PROCEDIMENTOS DE ELABORAÇÃO DO FRAMEWORK

Para elaboração do framework foram observadas as seguintes etapas:

Etapas 1: Como fonte de referência foram usados os seguintes documentos:

- Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados voltados às gestantes e puérperas. São ações estruturadas para garantir às mulheres o direito ao planejamento familiar, à atenção segura, qualificada e humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.
- Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, de 2017, esse documento foi criado pelo Ministério da Saúde com o intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal por meio de orientações a todos os indivíduos envolvidos.
- Recomendação nº 011, de 07 de maio de 2021, estabelece que o Ministério da Saúde considere a urgência e relevância de aprimorar a qualidade e

segurança dos serviços obstétricos ofertados em estabelecimentos de saúde privados no Brasil, em especial pela redução dos índices de cirurgias cesarianas e pela promoção do parto vaginal seguro e prazeroso, e que tomem medidas nesse sentido;

Etapa 2: Leitura

- Primeiro foi feita uma leitura flutuante dos documentos selecionados.
- Posteriormente uma leitura em profundidade para identificar e extrair os conceitos e elementos fundamentais em relação ao parto humanizado, bem como benefícios desse tipo de parto para mãe e bebê.

Etapa 3: Estruturação do framework

Os documentos foram escolhidos por fornecerem informações de cunho legal, únicas e esclarecedoras da pergunta central desta pesquisa, os quais possibilitam extrair as organizações e os conhecimentos que norteiam as ações dos profissionais da saúde para realização do parto humanizado. A partir desses documentos foram organizados os conceitos chaves e elementos fundamentais a construção da resposta à pergunta de pesquisa e organizados de forma a demonstrar relações e hierarquias.

Etapa 4: Interpretação da síntese integradora

A partir da organização do framework as relações foram explicadas e interpretadas. As interpretações possibilitarão a construção de uma síntese integradora que poderá servir de base para a tomada de decisões sobre como ofertar à mulher um parto humanizado.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

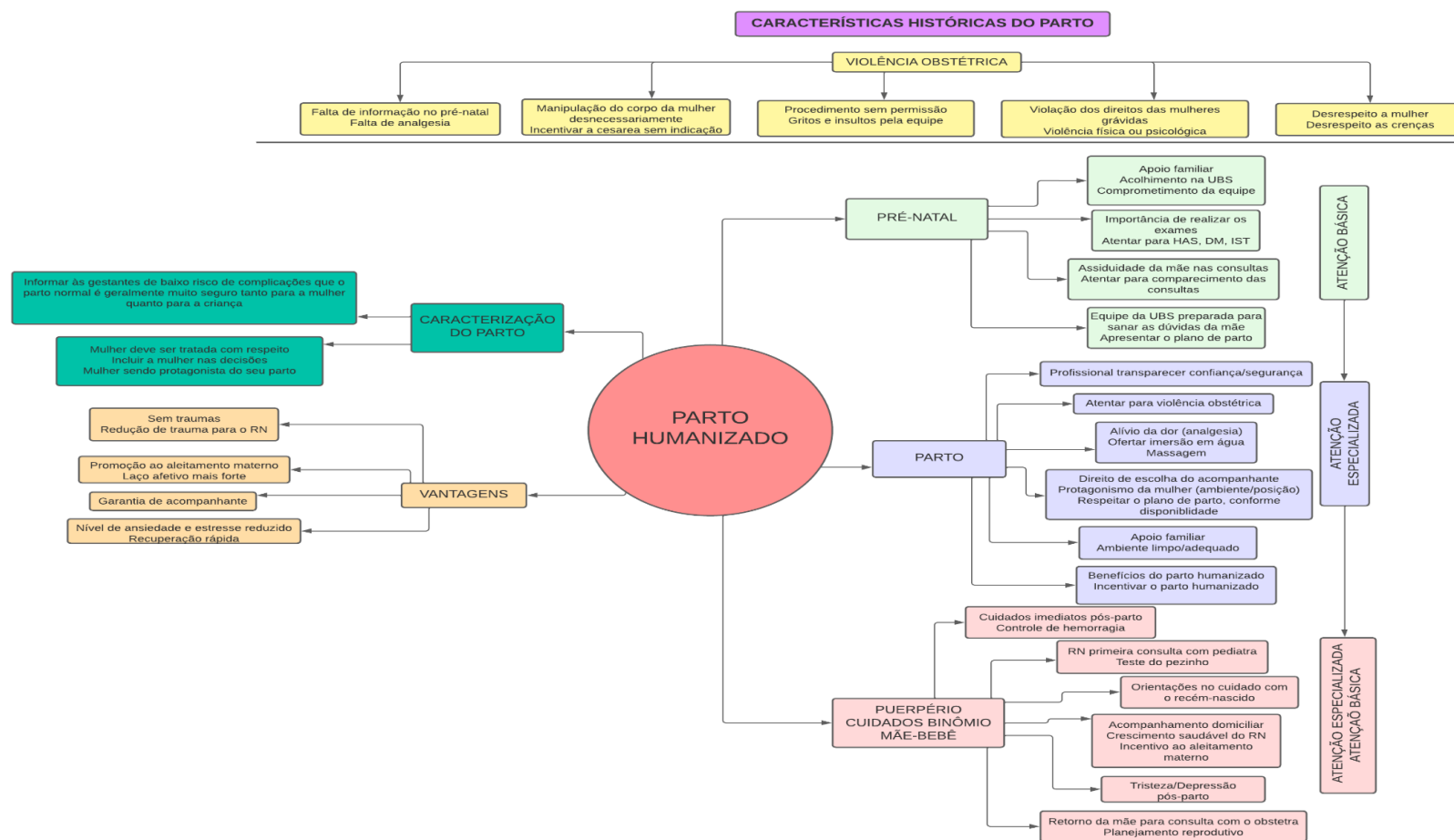
Os dados utilizados na pesquisa foram devidamente referenciados, respeitando e identificando seus autores e demais fontes de pesquisa, observando rigor ético quanto à propriedade intelectual dos textos científicos que forem pesquisados, no que diz respeito ao uso do conteúdo e de citação das partes das obras consultadas.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados por meio de defesa pública de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que será realizado de acordo com o cronograma da universidade.

Riscos: O presente estudo não apresentou nenhum risco por tratar-se de análise documental por tratar-se de obra de acesso público este projeto não será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa.

5. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DO FRAMEWORK

Figura 2. Framework conceitual sobre parto humanizado



Fonte: Elaborados pelas autoras através de leituras de Portaria e Diretrizes (2022)

O framework conceitual foi construído em três partes que estão interligadas por flechas, as quais permitem dizer que os serviços são relacionados entre si. Na parte superior do framework há aspectos que caracterizam o parto ao longo da história. No lado esquerdo do framework constam as principais diretrizes que orientam o parto humanizado segundo o Ministério da Saúde. Do lado direito do framework estão os níveis de assistência desenvolvidos na implantação do parto humanizado, sendo o pré-natal feito na atenção básica, a assistência ao trabalho de parto na atenção especializada e o puerpério na atenção básica e especializada. Logo ao centro do framework, na posição de destaque está o parto humanizado, pois a nova lógica de cuidado à mulher nesse período depende da incorporação dos serviços dos conceitos relacionados à humanização do parto. Essas ações e práticas aos serviços direcionados às mulheres estão interligadas por flechas que se relacionam aos cuidados que são esperados de um parto humanizado e a forma como devem ser oferecidos: integrados em redes de atenção a mulher.

5.1 HISTÓRIA DO PARTO: ENTENDENDO O FRAMEWORK CONCEITUAL

Conforme destacado na parte superior do Framework, em relação a história do parto, é possível perceber que a assistência ao parto passou por diversas transformações, gerando nas últimas décadas a hospitalização da mulher em um evento que poderia ser domiciliar. Essas intervenções no momento do trabalho de parto ocasionaram alguns eventos que sucedem angústias e descontentamentos e por vezes a violência obstétrica. Entre as principais mudanças relacionadas ao parto destaca-se o fato de ficarem caracterizadas como evento médico, onde ele deixa de ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de maneira assistencialista (BRASIL, 2001) e, em grande parte das situações, autoritária, de forma que o protagonismo e o desejo da mulher são desconsiderados.

Com o aumento da mortalidade materna e perinatal, a preocupação se tornou pública fazendo com que fossem propostas ações voltadas à disciplina do nascimento, com o objetivo de repensar a assistência ao parto, os direitos da mulher e dos neonatos, bem como suas famílias.

Diante dessas percepções sobre o trabalho de parto ser um evento íntimo algumas ações intervencionistas podem gerar violência emocionais e físicas, a qual denominamos violência obstétrica. Percebe-se a necessidade da mulher expor os

seus desejos diante de todo momento da gestação e estimulando a autonomia sobre seu próprio corpo. Brasil (2019) descreve o que deve ser respeitado para evitar a violência obstétrica:

Autonomia para escolher onde, como e com quem a parturiente quer parir seus filhos e suas filhas, sendo respeitados seus direitos de livre escolha dos profissionais que lhes assistam, do local para parir e de sua diversidade de interesses, cultura e formas de viver; (BRASIL, 2019, p. 8)

A violência obstétrica é um termo utilizado para caracterizar o aumento de constrangimentos verbais, físicos e intervenções sem necessidades. Infelizmente com o passar do tempo foi cada vez mais relatada pelas pacientes, gerando transtornos psicológicos em um momento que seria de felicidade e empoderamento da mulher.

Então a pergunta que fica é: o que é violência obstétrica?

É o desrespeito à mulher, à sua autonomia, ao seu corpo e aos seus processos reprodutivos, podendo manifestar-se por meio de violência verbal, física ou sexual e pela adoção de intervenções e procedimentos desnecessários e/ou sem evidências científicas. (BRASIL, 2021, pág.2)

À medida que foi acontecendo o aumento de casos de violência na área da obstetrícia, onde a mulher sofre e não tem voz, houve a necessidade de romper esse paradigma construído historicamente, a fim de devolver a mulher a responsabilidade pelo seu corpo, no seu trabalho de parto. É necessário concentrar o poder do nascimento nessa mulher, para ela se sentir incluída em todo o processo da gravidez, parto e puerpério, fazendo parte das discussões, retirando suas dúvidas. Para isso, os profissionais envolvidos devem ter uma escuta ativa sobre seus medos e ansiedades, para assim valorizá-la cada vez mais durante esse processo.

Reforça Figueira (2021) que quando a mulher se sente acolhida e respeitada em suas decisões, é possível parir naturalmente, com segurança. Essa é a ideia do parto humanizado: respeitar e dar condições seguras para mãe e bebê no momento do parto. Para melhorar esse cenário de violência obstétrica evitando angústia e descontentamento da mulher e familiares, o Ministério da Saúde (2017) propõe nas diretrizes, ações e protocolos que irão auxiliar no processo do trabalho de parto, trazendo a humanização do cuidado nesse momento.

Essas diretrizes do MS que foram destacadas no lado esquerdo do Framework, foram elaboradas como um contraponto às características apresentadas na parte superior. A Diretrizes Nacional de Assistência ao Parto Normal (2017) foi criada com o intuito de: “promover, proteger e incentivar o parto normal” (BRASIL, 2017, p. 8)

Se por um lado, o avanço da obstetrícia contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde. (BRASIL, 2017, p.4)

A elaboração das Diretrizes Nacional de Assistência ao Parto Normal (2017) possibilita proporcionar um parto mais humanizado, considerando o lado emocional da gestante neste momento de felicidade, mostrando que não é uma doença e sim uma nova vida.

Torna-se imprescindível a qualificação da atenção à gestante, a fim de garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de forma claramente informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde que a atende. (BRASIL, 2017, p. 4)

Protocolos de atenção são importantes para direcionar os profissionais que estão na assistência do trabalho de parto, a praticarem as melhores ações para a mulher. Os níveis de assistência apresentados do lado direito do Framework, devem ser desenvolvidos na implantação do parto humanizado, sendo o pré-natal feito na atenção básica, a assistência ao trabalho de parto na atenção especializada e o puerpério na atenção básica e especializada, mas, para serem eficientes, devem manter um trabalho em rede e articulado.

As redes de cuidado com a mulher são importantes para a continuidade do cuidado, começando no pré-natal, parto e puerpério, posteriormente essa assistência também se estenderá para seu filho, através da Rede Cegonha. Sendo assim uma garantia de atendimento integral.

O Ministério da Saúde (2002, p. 5 e 6) compreende dois aspectos fundamentais da humanização do parto:

O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.

E Figueira (2021) complementa:

“No parto humanizado, a protagonista é a parturiente, não o obstetra. Afinal, é ela quem faz o parto, é ela quem sabe se quer ficar em pé, sentada, deitada ou

andando.” Na hora do trabalho de parto é a mulher que está sentindo seu corpo, os profissionais estão presentes para guiá-la nesse processo de parir, podendo ajudar com esclarecimento das dúvidas e utilizando métodos não farmacológicos para o alívio da dor, evitando assim a medicalização.

Ainda no lado direito do framework conceitual, é mencionado o pré-natal baseado nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017) e na Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011). A primeira forma de acolhimento desta mulher é na atenção básica, iniciando o pré-natal. Neste momento, ela precisa se sentir segura para tirar suas dúvidas e a equipe precisa estar preparada para saná-las. Entre as orientações que serão passadas, há o plano de parto que é um documento, realizado durante o pré-natal, no qual as gestantes podem expressar suas preferências, necessidades, desejos e expectativas em relação ao processo do parto. Se cria uma grande rede ao redor dessa mulher, com apoio não só da comunidade, mas também da família. É preciso informá-la sobre os riscos da gestação, como também criar com ela o plano de parto desejado.

Seguindo com as flechas do lado direito do Framework, o segundo momento é o acompanhamento do trabalho de parto. a mulher deve ser acolhida pela equipe assistencial, oportunizando as suas opiniões, dando “voz” a essa mulher. Nesse sentido cabe a importância da informação sobre os procedimentos que serão realizados, assim como, ela saber do direito de escolha do acompanhante, e da forma que quiser parir, seguindo o seu plano de parto. A sala de parto precisa ser o lugar onde ela pode manifestar o empoderamento feminino.

Em estudo feito por REIS *et.al.* (2017): “destacou-se a potencialidade das práticas educativas como estratégias para promoção do protagonismo das mulheres no cenário obstétrico e na efetivação de seus direitos.” Passou o tempo em que apenas os profissionais da saúde sabiam o que estava acontecendo no processo de gestação, parto e puerpério, agora é necessário orientar essas parturientes nas consultas de pré-natal, além de ela ficar informada, serve para ela fazer as escolhas as quais sintam mais conforto e que participem ativamente em um momento que é único na vida da mulher.

Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017), é preciso informar às gestantes de baixo risco que o parto normal é geralmente seguro tanto para ela, quanto para o bebê. Em conjunto a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011) que garante acompanhante durante o trabalho de

parto, parto e pós-parto imediato. Desta forma a mulher pode se sentir bem nesse momento importante da sua vida, onde terá o contato o seu primeiro com o bebê, iniciando o processo de vínculo e do aleitamento materno que é muito importante.

Além disso, um profissional habilitado faz a diferença nesta hora, passando confiança e sabedoria para a mulher.

Segundo a LEI N.º 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986 (BRASIL, 1986) que dispõe sobre regulamentação do exercício da enfermagem, o enfermeiro exerce as seguintes atividades:

Assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; assistência à parturiente e ao parto normal; identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico.

Com a mudança dos tempos e o surgimento de novos estudos e tecnologias do cuidado, a assistência ao trabalho de parto também modificou, podendo atualmente contar com o auxílio de uma equipe multidisciplinar para assistir a mulher e ao RN. A equipe multidisciplinar é necessária desde o pré-natal, no trabalho de parto e puerpério, assim realizando a assistência integral para essa mulher. Complementando, SILVA (2016) diz:

A mulher foi preparada para isso e hoje é possível ter um parto normal sem dor, com isso relatando a importância do pré-natal, como também uma equipe multidisciplinar preparada para tal acompanhamento e realização do procedimento.

A equipe multidisciplinar deve estar preparada para esclarecer e desenvolver ações que leve a conscientização das mulheres para um acompanhamento adequado, mostrando que o parto normal não só vai lhe proporcionar uma qualidade melhor no pós-operatório, como também um desenvolvimento favorável para o bebê.

No terceiro momento do framework conceitual, ainda interligado com as flechas se dá o início do cuidado pós-parto. Ainda na atenção especializada além da equipe ficar atenta a todos os cuidados referentes ao acolhimento da gestante e familiares, aos atendimentos do processo de parto a parturiente, também precisa-se a atenção especial no pós-parto imediato com a puérpera. Os profissionais precisam ficar atentos a sinais de hemorragia no pós-parto, as quais podem ser problemas sérios de recuperação podendo causar até o óbito da gestante se não cuidado a tempo. Ressalta-se que algumas causas de hemorragias poderá ser: “Atonia uterina, lacerações de trajetos, restos placentários, coagulopatias” (SOUZA, 2020, p. 10). Na

alta atentar quanto sinais de infecção e os aspectos referentes aos lóquios¹, aspectos e quantidade dos mesmos. Além de todos os cuidados referentes a puérpera os profissionais da saúde também realizam os protocolos de atendimentos com o RN.

Após o nascimento o RN necessita de cuidados e supervisão, sendo eles feitos ainda na sala de parto, deve-se verificar sinais vitais e escala de APGAR. Conforme o Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente (2020) a escala:

Tornou-se um padrão de avaliação do bebê, sendo a soma de cinco sinais, determinados nos primeiros um e cinco minutos de vida da criança. Os sinais avaliados são: força muscular, frequência de batimentos do coração, reflexo, respiração e cor.

Quando acontece a alta hospitalar de mãe e bebê, ela vai ser referenciada à a atenção básica na qual ela realizou o pré-natal, após 7 dias do parto e nascimento, a puérpera precisa comparecer à unidade de saúde para a continuidade do cuidado, tanto para a mulher, quanto para acompanhamento do bebê. No bebê avalia-se a acompanha-se a evolução do crescimento e desenvolvimento de forma saudável, assim como são agendadas as vacinas com envolvimento das equipes multiprofissionais. Com a puérpera, procede a continuidade do aleitamento materno, atentar para a depressão pós-parto e realizar consulta com a equipe assistencial para planejamento reprodutivo.

Recomenda-se uma visita domiciliar na 1ª semana após a alta do bebê. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar. (GOV., 2020)

Depois do nascimento do RN (recém-nascido) a vida desta mãe muda completamente, o foco dela passa a ser o cuidar deste bebê que é totalmente dependente dela, e às vezes o cuidado com a saúde mental é negligenciada. Pode ser só uma tristeza, mas já é algo para se avaliar.

Não existe uma única causa conhecida para depressão pós-parto. Ela pode estar associada a fatores físicos, emocionais, estilo e qualidade de vida, além

¹ Os lóquios são secreções que se formam no processo de cicatrização do útero, onde estava a placenta, que saiu após o parto, e se assemelham a uma menstruação. Tanto a quantidade como a cor destas secreções vão diminuindo e se modificando na medida em que o útero vai voltando ao seu tamanho normal: Do primeiro ao terceiro dia, os lóquios são da cor vermelha. Do terceiro ao décimo dia, a cor é marrom-acastanhada ou rosada. A partir do décimo dia, a cor é amarelada. A partir do vigésimo primeiro dia, os lóquios são incolores.

de ter ligação, também, com histórico de outros problemas e transtornos mentais. No entanto, a principal causa da depressão pós-parto é o enorme desequilíbrio de hormônios em decorrência do término da gravidez. (BRASIL, 2021)

É importante a família observar, apoiar e auxiliar essa mulher nesses primeiros dias, contando com ajuda de familiares para não sobrecarregá-la e gerar danos como estresse e cansaço extremo.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) destaca: “Depressão pós-parto não é uma falha de caráter ou uma fraqueza. Se você tem depressão pós-parto, o tratamento imediato pode ajudar a gerir os seus sintomas e desfrutar de seu bebê.”

O puerpério é um período de alterações fisiológicas e psicológicas, tornando importante a realização de consultas com a enfermagem para prevenção de complicações, conforto físico e emocional e educação em saúde. Segundo Gomes e Santos (2017, p. 219):

É necessário destacar a importância para que os profissionais enfermeiros atendam tanto suas necessidades físicas como as psicossociais, uma vez que a mulher nesse período vivencia muitas dúvidas frente aos cuidados no pós-parto, com o RN, aleitamento materno e planejamento familiar, sendo uma estratégia de promoção da saúde indispensável a esse importante período da vida da mulher.

Além do período de alterações fisiológicas e psicológicas, há mudanças no corpo da puérpera, por exemplo, nas mamas para a produção do leite materno que será ofertado para o RN nos primeiros minutos de vida. Em agosto de 2022 o Ministério da Saúde lançou uma campanha de amamentação com o tema “apoiar a amamentação é cuidar do futuro”. Sendo agosto o mês dourado que faz relação ao padrão ouro de qualidade do leite humano. Seus benefícios são:

Para as mulheres, amamentar reduz o risco de desenvolvimento do câncer de útero e câncer de mama. Para o bebê, fortalece o sistema imunológico, reduz os riscos de obesidade, desenvolvimento de diabetes, casos de diarreia, infecções respiratórias, hipertensão, colesterol alto, além de reduzir a mortalidade por causas evitáveis em crianças menores de cinco anos. (GOV. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022)

Logo ao centro do framework, na posição de destaque está o parto humanizado, pois a nova lógica de cuidado à mulher nesse período depende da incorporação dos serviços dos conceitos relacionados à humanização do parto. Como relata Oliveira (2017, p. 3)

O termo humanização significa criar condições melhores, respeitando limites e necessidades da parturiente, no parto humanizado a presença de um

acompanhante proporcionar alívio e conforto, fazendo com que o nascimento do seu bebê seja um momento agradável e especial. As enfermeiras obstetras fazem muita diferença no parto natural humanizado, pois além do apoio em todo aspecto do parto ela prioriza o bem-estar da parturiente acima de tudo.

É importante que cada gestante consulte sua rede de atenção à saúde e converse com o médico e enfermeiro sobre seu plano de trabalho de parto, peça opiniões e tire dúvidas para definir o que seria o melhor para ela.

A rede de atenção à saúde (RAS) foi criada para promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde, com a intenção de ser uma atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Segundo Ministério da Saúde (2010, p. 1):

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento e objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

O framework foi produzido com a intenção de entender os cuidados com a gestante e seu bebê no pré-natal, parto e puerpério, assim auxiliando os serviços a proporcionarem um parto humanizado, onde a mulher participa das escolhas e tem “voz” para escolher quanto ao seu atendimento, tornando-o assim, um momento especial.

As mulheres terão uma visão mais ampla do que de fato é o parto humanizado. O framework deixa claro sobre os benefícios no atendimento à execução do parto humanizado para mãe e bebê, desmistificando os mitos e a importância da relação afetiva na hora do nascimento, dando o direito ao contato imediato.

A enfermagem tem um papel importante nesses momentos e o trabalho das equipes multiprofissionais se torna essencial para a qualificação da assistência. Cada profissional trará conhecimentos próprios da sua área, contribuindo na orientação do pré-natal, parto, puerpério e no acompanhamento com a criança. A equipe não pode deixar de perceber que cada pessoa é ímpar, estar presente para tirar as dúvidas, acolhê-la, saber que cada parturiente tem suas queixas, limiar de dor e reconhecer a necessidade do acompanhante. É preciso olhar para essa puérpera com um olhar único.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre os conceitos selecionados para compor o framework conceitual sobre os benefícios para a mãe e para o bebê de um parto humanizado: framework conceitual a partir das Políticas Públicas no Brasil. Destaca-se o protagonismo da mulher, o vínculo afetivo e a promoção a amamentação, os quais permitem aos profissionais a identificar e caracterizar os elementos fundamentais a serem levados em conta e transformados em cuidados profissionais ao cuidar da mulher durante a gestação, parto e puerpério.

A elaboração do framework permitiu identificar não só o papel da mulher no momento do trabalho de parto, como também o trabalho das equipes multidisciplinar que estão orientando essa mulher diante todas as fases da gravidez. E como isso ressaltou as vantagens e benefícios de um parto humanizado para gestantes e neonatos.

As vantagens e benefícios para a mulher são o acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor como uso de banheiras, chuveiro, imersão na água, analgesia regional e outras substâncias analgésicas, garantia do acompanhante, acompanhamento com a atenção básica e planejamento reprodutivo, poder escolher o modo como quer parir, assim como o local, promoção do aleitamento materno, contado direito com o RN após a expulsão e ser a protagonista do seu trabalho de parto.

E as vantagens e benefícios para o recém-nascido (RN) são a garantia do nascimento seguro e desenvolvimento saudável, promoção do aleitamento materno e vínculo afetivo.

Importante destacar que o parto humanizado se caracteriza por procedimentos no âmbito hospitalar com uma visão mais humana e acolhedora para mãe e bebê, dando “voz” ativa a essa mulher no seu trabalho de parto, uma equipe que respeite suas vontades e informe-a sobre os procedimentos que serão realizados.

Com a realização do framework conceitual, o qual contempla aspectos da humanização do parto, através das leituras sobre a temática possibilitou o melhor entendimento do processo histórico do parto e tornou-se relevante contextualizar não apenas a gravidez, o parto e puerpério em eventos separados, como o plano de parto que é um documento, realizado durante o pré-natal, no qual as gestantes podem expressar suas preferências, necessidades, desejos e expectativas em relação ao

processo do parto, mas a atenção do cuidado em todas as fases da gestação da mulher, chamando atenção de todos os envolvidos para evitar possíveis violências vividas pela mulher, as quais foram motivos incentivadores para a realização de diretrizes sobre o parto normal e humanizado.

O framework conceitual sobre os benefícios para a mãe e para o bebê de um parto humanizado a partir das Políticas Públicas no Brasil, se torna um informativo para os profissionais de saúde e para a mulher entender o que preconiza a Diretriz do parto humanizado pelo Ministério da Saúde, quais são os seus direitos e deveres. Essas orientações realizadas ainda no pré-natal, poderá ajudar a mulher a retirar dúvidas no momento das consultas juntamente com os profissionais da equipe multiprofissional, incentivando a participação do familiar em todas as consultas.

Um parto humanizado deve priorizar a mulher, informa-la dos procedimentos e considerar as opiniões dela. Após o parto e a alta hospitalar, é recomendada que esta puérpera seja acompanhada juntamente com seu bebe a volta para acompanhamentos na rede de atenção básica de saúde.

Nosso trabalho veio para auxiliar não só as equipes multidisciplinares de saúde, mas também as gestantes e/ou futuras gestantes, que desconhecem dos direitos e deveres quanto gestantes além do processo de atenção aos cuidados do pré-natal e as modificações do seu corpo. Assim como o entender sobre o processo do trabalho de parto são medidas que auxiliarão no acolhimento das mesmas.

A pesquisa nos proporcionou um maior entendimento em torno do histórico do parto que culminou nos protocolos das Diretrizes de Assistência ao Parto Normal. Ajudou na compreensão do parto humanizado e de como ele deve ser realizado. Com certeza, fazer este trabalho nos fortaleceu como profissionais e futuras enfermeiras, nos enriquecendo de um conhecimento mais estruturado e cheio de propriedades que poderemos usar no nosso campo de trabalho.

O framework conceitual propôs relacionar as características do parto humanizado e os benefícios desta prática que compõe uma atenção voltada para a mulher, no pré-natal, trabalho de parto e puerpério, compreendendo o cuidado integral e colocando a mulher como protagonista, após o nascimento, o cuidado com o RN, promovendo o aleitamento materno e o crescimento e desenvolvimento da criança saudável. Este framework expandiu nossos conhecimentos e pode servir para enriquecer mais profissionais, sempre iremos precisar de mais conhecimento e quanto mais humanizado, melhor será.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Aline et al. **Cuidado materno e neonatal seguro: teoria e prática interdisciplinar e multidisciplinar**. 2021. Disponível em: file:///D:/Users/User/Downloads/Cuidado%20materno%20e%20neonatal%20seguro_SOBRASP_2021.pdf Acesso em: 11/07/2022.
- BELOMO, Marina. **Parto normal, natural e humanizado. Você conhece as diferenças?** 2017 Disponível em: <http://gruponascercuritiba.com.br/parto-normal-natural-e-humanizado-voce-conhece-as-diferencas/> Acesso em: 11/07/2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS**. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf Acesso em: 03/11/2022.
- BRASIL. **Consulta Puerperal**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/consulta-puerperal-1> Acesso em: 28/10/2022.
- BRASIL. Governo do Estado do Mato Grosso do Sul. **Violência obstétrica**. 2021. Disponível em: https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/livreto_violencia_obstetrica-2-1.pdf Acesso em: 14/10/2022.
- BRASIL. **LEI N.º 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm#:~:text=LEI%20No%207.498%20C%20DE%2025%20DE%20JUNHO%20DE%201986.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20regulamenta%C3%A7%C3%A3o%20do,Art. Acesso em: 31/10/2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão pós-parto**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto-1> Acesso em: 15/10/2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. 2017. [Acessado em 09/04/2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto Humanização no Pré-natal e nascimento**. 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> Acesso em: 05/11/2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança campanha na Semana Nacional de Amamentação**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/ministerio-da-saude-lanca-campanha-na-semana-nacional-de-amamentacao> Acesso em: 15/10/2022.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília. DF. 2001. [Acessado em: 26/04/2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559> Acesso em: 13/07/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.**

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

Acesso em: 09/06/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO ATENÇÃO QUALIFICADA E HUMANIZADA.** 2006. Disponível em: <

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>

Acesso em: 26/04/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendação nº 011, de 07 de maio de 2021.**

Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1731-recomendacao-n-011-de-07-de-maio-de-2021>

Acesso em: 09/06/2022.

BRASIL. **Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente.** 2020. Disponível em: <<https://www.medicina.ufmg.br/observaped/escala-de-apgar/>> Acesso em: 28/10/2022.

BRASIL. **PROJETO DE LEI N.º 878, DE 2019.** Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1718521#:~:text=PARTO%20E%20PUERP%C3%89RIO-

,Art.,estabelecimento%20privado%20de%20sa%C3%BAde%20suplementar.>

Acesso em: 05/11/2022.

CARDOSO, JUNIA ESPINHA E BARBOSA, REGINA HELENA SIMÕES. **O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil.** 2011. [Acesso em: 24/04/2022]. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/VcjmWNmjt4GcrNyd6DqfnD/?format=pdf&lang=pt>

CINTRA, FLÁVIA (Fantástico) **Shantal sobre parto conduzido por Renato Kalil: 'Não tinha a menor necessidade de ele tentar me rasgar com as mãos'.** 2022.

[Acessado em 07/04/2022]. Disponível em:

<https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2022/01/09/shantal-sobre-parto-conduzido-por-renato-kalil-nao-tinha-a-menor-necessidade-de-ele-tentar-me-rasgar-com-as-maos.ghtml>. Epub 09 Jan 2022.

DE LIMA, EP; LEZANA, Á. GR **Desenvolvendo um framework para estudar uma ação organizacional: das competências ao modelo organizacional.** GESTÃO & PRODUÇÃO, pv12, n.2, páginas177–190, 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/gp/a/7b3dyswQthxzYFwQxNL86nk/?lang=pt&format=pdf>

Acesso em: 02/06/2022.

FIGUEIRA, Maurícia. **Protagonismo da mulher, acolhimento e respeito são os pilares do parto humanizado.** 2021. Disponível em:

<<https://www.al.sp.gov.br/noticia/?id=422064>> Acesso em: 29/10/2022.

GILBERT, ANA CRISTINA BOHRER et al. **Discursos médicos em construção: um estudo com residentes em Obstetrícia/Ginecologia do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz. Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2009, v. 33, n. 4 [Acessado 31 Março 2022] , pp. 615-623. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400012>>. Epub 21 Jan 2010.

GOMES, Gabriella Farias e SANTOS, Ana Paula Vidal dos. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO**. 2017. Disponível em: <file:///D:/Users/User/Downloads/1407-Texto%20do%20Artigo-8634-1-10-20171211.pdf> Acesso em: 03/11/2022.

GOMES, SAMARA CALIXTO et al. **Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care**. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2018, v. 71, n. 5 [Acessado 19 Março 2022] , pp. 2594-2598. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0564>.

GONÇALVES, Bruna Goulart e Hoga, Luiza Akiko Komura. **Tempo de amor e adaptação: promoção da saúde da mulher no pós-parto e do recém-nascido**. 2016. Disponível em: < http://www.ee.usp.br/cartilhas/cartilha_puerperio.pdf> Acesso em: 11/11/2022.

GUIMARÃES, M. Nara. **Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes**, 2021. Disponível em: file:///D:/Users/User/Downloads/24110-62100-1-PB.pdf Acesso em: 13/06/2022.

LEITE, YASMIN SENDRETE DE CARVALHO OLIVEIRA et al. **Conhecimento de Discentes do Curso de Graduação em Medicina sobre Vias de Parto**. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2020, v. 44, n. 04 [Acessado 31 Março 2022] , e167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200223>. Epub 28 Out 2020.

LIMA, E. P. LEZANA, A. G. R. **Desenvolvendo um *framework* para estudar a ação organizacional: das competências ao modelo organizacional**. Gestão e Produção, v.12, n.2, p.177-190, mai.-ago. 2005.

MALACRIDA C, BOULTON T. **Percepções das Mulheres sobre o Parto “Escolhas”: Discursos Concorrentes da Maternidade, Sexualidade e Altruísmo. Gênero e Sociedade**. 2012;26(5):748-772. doi: 10.1177/0891243212452630

MOUTA, RICARDO JOSÉ OLIVEIRA *et al.* **Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino**. 2017. [Acessado em 06/05/2022]. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275/15372

O RENASCIMENTO DO PARTO. Eduardo Chauvet. Netflix, 2013. 90 minutos. Disponível em: https://www.netflix.com/search?q=parto&jbv=80995575 Acesso em: 28/03/2022

Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente. **Escala de Apgar**. 2020. Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/observaped/escala-de-apgar/#:~:text=Os%20sinais%20avaliados%20s%C3%A3o%3A%20for%C3%A7a,%2C%20reflexo%2C%20respira%C3%A7%C3%A3o%20e%20cor.. Acesso em: 03/11/2022.

OLIVEIRA, Valéria de Fátima dos Santos. **Benefícios do parto humanizado com a presença do acompanhante**. 2017. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-

content/uploads/sites/10001/2018/06/025_beneficios_parto_humanizado.pdf>
Acesso em: 22/10/2022.

PALHARINI, LUCIANA APARECIDA E FIGUEIRÔA, SILVIA FERNANDA DE MENDONÇA. **Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”**, 2018. [Acessado em: 26/04/2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/tVY7ZqQTFNHTCbSLLT8nnJn/?format=pdf&lang=pt>

REIS, Thamiza Laureany da Rosa dos, *et.al.* **Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura**. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/W6tHf3txYL75vsf7tc4W4Rj/?lang=pt&format=pdf>
Acesso em: 26/10/2022.

RODRIGUES, Léo. **Cesáreas respondem por 84% dos partos realizados por planos em 2019**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-08/cesareas-respodem-por-84-dos-partos-realizados-por-planos-em-2019#:~:text=Publicado%20em%2011%2F08%2F2021,%2C76%25%20foram%20por%20cesariana>. Acesso em: 13/06/2022.

SAÚDE, Summit. **Quais são as diferenças entre o parto normal e parto humanizado?** 2019. Disponível em: <https://summitsaude.estadao.com.br/saude-humanizada/quais-sao-as-diferencas-entre-parto-normal-e-parto-humanizado/>
Acesso em: 13/06/2022.

SILVA, SIMONE SANTANA DA, FORTUNA, CINIRA MAGALI E MONCEAU, Gilles **Cesarean childbirth: an institutional socio-clinical study of the professional practices and discourses**. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. 2021, v. 29 [Acessado 19 Março 2022], e3508. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4756.3508>. Epub 19 Nov 2021.

SILVA, Wanessa Santos da *et al.* **A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO PARTO NORMAL**. 2016. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/viimostradevry/30439-A-IMPORTANCIA-DA-EQUIPE-MULTIDISCIPLINAR-NO-PARTO-NORMAL>>. Acesso em: 05/11/2022.

SILVANI, B. M. C. **Parto humanizado – uma revisão bibliográfica**, 2010. Disponível em: <file:///D:/Users/User/Downloads/000767445%20.pdf> Acesso em: 24/06/2022.

SOUZA, Debora M. Bilovus. **Assistência no pré-parto, parto e puerpério**. 2020. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/assistentiapreparto.pdf> Acesso em: 28/10/2022.

SUÁREZ-CORTÉS, MARÍA *et al.* **Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process** 1 Supported by Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, Spain . Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. 2015, v. 23, n. 3 [Accessed 16 April 2022] , pp. 520-526. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>>. Epub 03 July 2015

TELLO-TORRES, CESAR et al. **Prevalência e determinantes da conformidade adequada à atenção pré-natal no Peru**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]. 2021, v. 43, n. 06 [Acessado 3 Maio 2022] , pp. 442-451. Disponível em: <<https://doi.org/10.1055/s-0041-1732463>>. Epub 06 Set 2021.

VALE, CONCEIÇÃO CHRISTINA RIGO, ALMEIDA, NUBIA KARLA DE OLIVEIRA E ALMEIDA, RENAN MORITZ VARNIER RODRIGUES de **Associação entre índices de adequação de cuidado pré-natal e desfecho de baixo peso ao nascer**. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online]. 2021, v. 43, n. 04 [Acessado 3 Maio 2022] , pp. 256-263. Disponível em: <<https://doi.org/10.1055/s-0041-1728779>>. Epub 18 Jun 2021.

WHO **recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**, 2018. [Acessado em 21/04/2022]. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

WHO. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=5C7F0419F2C7E8E5619D7DF93314E4B6?sequence=3 Acesso em: 22/06/2022.