

## DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL SOB A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

### CHALLENGES OF VAGINAL DELIVERY CARE UNDER THE PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS

Lais Moreira Feitosa de Alencar Santos<sup>1</sup>, Renata Braga Rolim Vieira<sup>2</sup>, Luciana Modesto de Brito<sup>3</sup> e Talina Carla da Silva<sup>4</sup>

#### ARTIGO

Recebido:

10/04/2023

Aprovado:

12/04/2023

*Palavras-chave:*

Desafios.

Assistência. Parto  
Vaginal.

Profissionais de  
Saúde.

#### RESUMO

O parto normal é definido como um evento fisiológico que ocorre de forma natural. Ao longo dos anos, houve a institucionalização desse processo o qual se tornou um evento mecanizado e promoveu a exclusão do protagonismo feminino. Com base nisso, surgiu-se a necessidade de discussão acerca da humanização do parto e o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com o intuito de atuar nos problemas que permeiam a assistência obstétrica no país. Porém, mesmo após duas décadas da implantação desse programa, os desafios persistem, dentre eles, pode-se citar: relação médico-paciente assimétrica, falta de conhecimento prévio da parturiente, formação médica pautada em um modelo tecnocrático medicalizado e intervencionista, crença de que a via de parto cirúrgica é mais segura, além de proporcionar economia de tempo e conveniência. Frente a isso, nota-se que a assistência ao parto vaginal no país ainda não é uma realidade predominante. No tocante a metodologia, trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Desta forma, esta pesquisa busca avaliar as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para a realização do parto vaginal.

#### ABSTRACT

*Key words:*

Challenges.

Assistance. Vaginal  
delivery. Health  
professionals.

Normal birth is defined as a physiological event that occurs naturally. Over the years, there was the institutionalization of this process, which became a mechanized event and promoted the exclusion of female protagonism. Based on this, there was a need for discussion about the humanization of childbirth and the Ministry of Health established the Program for Humanization in Prenatal and Birth (PHPN) in order to act on the problems that permeate obstetric care in the country. However, even after two decades of the implementation of this program, the challenges persist, among them, we can mention: asymmetric doctor-patient relationship, lack of prior knowledge of the parturient, medical training based on a medicalized and interventionist technocratic model, belief that the way of delivery is safer, in addition to providing time savings and comfort. Faced with this, it is noted that care for vaginal delivery in the country is not yet a predominant reality. With regard to methodology, this is an exploratory, descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. Thus, this research seeks to assess the difficulties encountered by health professionals in carrying out vaginal delivery.

<sup>1</sup>Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Santa Maria;

<sup>2</sup>Docente do Centro Universitário Santa Maria;

<sup>3</sup>Docente do Centro Universitário Santa Maria;

<sup>4</sup>Docente do Centro Universitário Santa Maria.

## **1. INTRODUÇÃO**

O parto normal é definido como um evento fisiológico que ocorre de forma natural (VICENTE, 2017). Com o passar dos anos, houve a institucionalização desse processo e com isso o parto normal se tornou um desafio de saúde pública, visto que tem se tornado um evento mecanizado e que o seu protagonista passou a ser o profissional médico e não mais a mulher (MATÃO et al., 2016).

Esse novo cenário permeado pelo protagonismo médico excluiu o contexto psicossocial que esse momento singular envolve e retirou da mulher a sua privacidade, o seu poder e a sua autonomia (PEREIRA et al., 2016). Baseado nisso surgiu à necessidade de discussão acerca da humanização no parto, que consiste em permitir que a mulher seja protagonista de suas ações, de modo a participar ativamente de cada decisão que envolva o seu próprio cuidado e que os profissionais de saúde atuem como coadjuvantes desse processo (BRASIL, 2003).

Em 2001 o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de agir nos problemas e desafios presentes na assistência obstétrica visando coibir modelos hierarquizados, autoritários e evitar tratamentos invasivos e desrespeitosos, os quais ignoram a mulher, os seus desejos e as suas necessidades (SANTOS *et al.*, 2016). Assim, percebe-se que as políticas de atenção ao parto tem sido insuficientes para alterar a realidade predominantemente desumanizadora que permeia os serviços de obstetrícia do país (CHOURABI, 2018a). Prova disso, é que a Organização Mundial de Saúde aponta que o mundo vivencia uma epidemia de cesarianas e que o Brasil ocupa o primeiro lugar (OMS, 2015).

Desse modo, observa-se que no Brasil, em 2016, o número de partos normais em todo país foi de 818.990, já o número de partos cesáreas foi de 1.582.953, o que demonstra uma diferença considerável entre as vias de parto. Já, em 2020, constata-se que os números dos partos normais alcançaram 1.162.664 apresentando assim uma maior expressividade, com crescimento estimado em 41,9% em relação ao ano de 2016, porém ainda é superado pelo número de partos cesáreos que atingiram a marca de 1.560.311, provando a supremacia das cesarianas nesse contexto (BRASIL 2016; 2020).

Esse cenário comprova que mesmo após duas décadas de orientações e políticas instituídas, a realidade de muitos serviços de saúde não condiz com as recomendações do

Ministério da Saúde, uma vez que se constata a persistência de intervenções desnecessárias confirmadas através dos índices abusivos de cesáreas que geram consequências não só para o binômio mãe-bebê, como também se configuram como um grave problema de saúde pública. (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016)

A problemática da assistência ao parto normal decorre de um conjunto de fatores, dentre eles, pode-se citar: a relação médico-paciente assimétrica, além da falta de conhecimento prévio da parturiente acerca do processo de parturição e o pouco incentivo ao parto vaginal por parte dos obstetras. Tais fatores contribuem para que as mulheres não participem ativamente da decisão deixando a cargo do médico decidir sobre a via de parto e consequentemente perdem a singularidade e a individualidade que o momento representa nas suas vidas (BACKES et al., 2021).

Ademais, vale ressaltar que, no Brasil, a formação médica ainda é pautada no modelo de atenção obstétrico tecnocrático medicalizado e intervencionista, o qual ignora a fisiologia e os aspectos sociais e culturais do parto (TOSTES; SEIDL, 2016a). Assim, observa-se que há um prevaecimento da hegemonia médica e que como consequência do processo de formação existem alguns profissionais que possuem pouca habilidade e segurança para assistir ao parto normal. Percebe-se também que há uma crença por parte dos médicos de que o parto por via cirúrgica garante mais segurança, além de proporcionar maior conveniência, rentabilidade e economia de tempo, os quais são fatores preponderantes para a escolha do parto cesáreo por uma grande parcela de obstetras (BRASIL, 2003).

No tocante a metodologia, esta pesquisa trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal com abordagem quantitativa. Os resultados terão como base um aprofundamento e detalhamento do relatório real da amostra.

As pesquisas exploratórias são elaboradas visando aperfeiçoar o conhecimento acerca de determinado conteúdo, além de auxiliar a formulação de uma hipótese. Esse tipo de pesquisa é realizado principalmente quando o objetivo é desenvolver, esclarecer e modificar conceitos (SILVA, 2020).

O estudo descritivo permite observar, registrar e descrever características de uma população ou fenômeno, bem como estabelecer relações entre variáveis, de modo que o pesquisador não interfere nos fatos analisados (FONTELLES *et al.*, 2009).

A pesquisa quantitativa possibilita a elaboração do perfil do grupo a ser estudado, como também permite apresentar opiniões e comportamentos, que posteriormente, por meio da análise dos dados, será possível inferir acerca do fato estudado (GIL, 2017).

Diante disso, percebe-se que a supremacia da assistência ao parto vaginal ainda não é uma realidade prática vivenciada no Brasil, visto que atualmente constata-se um elevado número de partos por via cesariana, os quais oneram os serviços de saúde, bem como burlam o processo fisiológico do corpo feminino. Assim, viu-se a necessidade de estudo sobre as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde na assistência ao parto normal.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 A importância do parto vaginal para o binômio mãe-bebê**

Historicamente, o parto ocorria majoritariamente em ambiente residencial conduzido por parteiras, também chamadas de aparadeiras, que embora não dominassem o conhecimento científico eram amplamente respeitadas na sociedade. Durante esse evento a mulher estava cercada por uma rede de apoio familiar e esse processo era conduzido de forma instintiva pela parturiente, sendo quase que exclusivo do universo feminino (PEREIRA et al., 2016). Desse modo, o parto normal ocorria em consonância com a sua definição de que o parto é um evento fisiológico, que deve ocorrer de forma natural e sem intervenções desnecessárias (VICENTE, 2017).

Com o avanço médico e tecnológico, esse evento passou a ocorrer em ambiente hospitalar, caracterizando assim, uma atenção obstétrica voltada a um modelo tecnocrático, institucionalizado e intervencionista (FILHO et al., 2016). Esse modelo tem enfoque no parto como um evento patológico e o seu progresso é guiado basicamente por meios tecnológicos e cirúrgicos que colocam a mulher em uma posição de passividade, visto que esses meios retiram dela a sua autonomia e conseqüentemente transformam o processo de parturição em um acontecimento medicalizado pautado na soberania médica em detrimento da gestante (MORAIS et al., 2019).

Como reflexo do modelo intervencionista, o mundo passou a apresentar um elevado número de cesáreas, e isso não foi diferente no Brasil. Em 2015 a OMS declarou que o mundo vivenciava uma epidemia de cesarianas e o Brasil ocupava a liderança. Diante disso, essa entidade passou a reforçar as recomendações no que tange a adoção de práticas que visassem uma atenção obstétrica humanizada e individualizada, bem como reafirmar que o percentual de cesarianas ideal é em torno de 10% a 15% (OMS, 2015).

O termo humanizar, na assistência ao parto, há muitos anos, já era utilizado e difundido com diversos sentidos. Grandes nomes da Obstetrícia Brasileira, como Jorge de

Rezende, tinham como premissa a defesa do uso do fórceps e da narcose, como meios que surgiram para humanizar o parto. Porém, percebe-se que no contexto atual, esse conceito de humanização tornou-se arcaico e obsoleto (MENDONÇA, 2015).

Nos últimos anos, chegou ao Brasil, ainda de forma tímida, uma tendência à contestação desses antigos modelos que privilegiam a hierarquia e hegemonia médica (BRASIL, 2003). Diante disso, surgiu-se à necessidade de efetivação de uma atenção ao parto vaginal que vise respeitar o momento do parto e o que ele significa para a mulher e sua família, bem como os direitos e os desejos da parturiente, contribuindo assim para que esse processo seja pautado em condutas baseadas em evidências científicas que proporcionem uma assistência obstétrica qualificada, humanizada, integrada e individualizada (SILVA et al., 2017).

A história do parto e do nascimento passaram por diversas mudanças ao longo da história. Entretanto, mesmo diante de todas as modificações, é inegável que o parto permanece sendo um momento especial carregado de significados emocionais e sociais para a mãe, mas ao mesmo tempo esse processo de parturição também é permeado de angústias, dúvidas e muito temor devido ao desconhecimento do que pode acontecer. Esses significados vão sendo construídos ao longo do processo com base nas experiências vivenciadas pela mãe e por isso deve ser conduzido respeitando a sua autonomia e a sua fisiologia, para que proporcione uma experiência positiva a parturiente (TOSTES; SEIDL, 2016b).

É válido destacar que o parto vaginal assistido de forma humanizada e integral, traz inúmeros benefícios para a parturiente, como o contato precoce entre a mãe e o bebê que auxilia na intensificação desse vínculo permitindo uma maior cumplicidade nessa relação, como também possibilita o aleitamento materno na primeira hora de vida, e por isso os cuidados iniciais ao recém-nascido, devem respeitar esse momento primordial para o binômio mãe-bebê sem haja separação imediata da genitora e o seu filho (MALHEIROS et al., 2012).

Em meio a esse contexto de parturição também se observa que o parto normal proporciona benefícios imensuráveis para a saúde do bebê. O contato precoce da díade mãe-bebê promove aquecimento do bebê, contribui para estabilização respiratória evitando assim o risco de taquipneia transitória, uma vez que ao bebê passar pelo canal de parto, há compressão do seu tórax que facilitará a respiração, além de diminuir o estresse e o risco de infecções, o que contribui para a promoção de uma melhor qualidade de vida (GAZINEU et al., 2018).

A via de parto vaginal é incomparavelmente mais saudável, uma vez que proporciona a parturiente uma recuperação mais rápida e tranquila, de modo que a mulher sente-se independente para realizar de forma mais célere as suas atividades, como cuidados pessoais,

afazeres domésticos e cuidar do bebê logo após o parto e também proporciona uma alta hospitalar mais precoce e uma recuperação mais rápida do seu corpo (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

O parto vaginal proporciona ainda um sentimento de protagonismo e autonomia à parturiente, visto que, ela consegue se movimentar e assumir posições confortáveis e adequadas para a parturição, bem como praticar exercícios e utilizar a água para promover relaxamento e massagens. Esses fatores são cruciais no trabalho de parto e no parto, uma vez que permitem que esse momento sublime na vida da mulher, seja vivenciado com tranquilidade e respeito as suas necessidades e desejos (BARROS et al., 2019).

Por fim, vale destacar que é expressamente necessário o resgate do parto como um evento natural e a consolidação do modelo de assistência centrado na mulher que respeite a autonomia e a fisiologia desse momento. Para que isso se concretize é necessário não apenas políticas públicas que incentivem e assegurem o parto vaginal, como também é imprescindível uma mudança na postura dos profissionais que assistem ao parto, a fim de que se alcancem desfechos positivos no processo de parturição (SANTOS; ARAUJO, 2020).

## **2.2 A realização do parto vaginal nos serviços de saúde**

No ano 2000, o Brasil implementou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que preconizava ações voltadas a humanização dos cuidados das mulheres durante todo o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2003). Essa era uma medida extremamente necessária, visto que esse programa tem como premissa reduzir as intervenções desnecessárias, preservando a autonomia e respeitando a parturiente. Sendo assim, tais ações implicam no emprego de uma visão holística da parturiente para que assim seja possível garantir melhores condições de saúde materno-fetal (OLIVEIRA et al., 2017).

O PHPN foi estruturado com base nos princípios de que toda mulher tem direito a um atendimento justo e de qualidade durante toda a gestação, bem como a garantia do acesso ao serviço que realizará o parto, além de uma assistência ao parto e puerpério de forma integral, individual e humanizada (SANTOS; ARAUJO, 2020).

Já em 2011, em consonância com medidas e estratégias adotadas anteriormente, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), que consiste em um conjunto de medidas que visam ampliar o acesso e assegurar melhoras na qualidade do atendimento, desde a descoberta da gravidez até os dois primeiros meses de vida do bebê (MARQUES *et al.*, 2015).

A rede prevê ainda ações que visam garantir as mulheres atendimento seguro, de qualidade e humanizado, através da integração entre os serviços de saúde para que se consiga promover uma atenção efetiva focada na satisfação das usuárias do SUS e com consequente redução nos índices de morbimortalidade materno infantil, uma vez que era iminente a necessidade de novas políticas que promovessem uma mudança na assistência ao parto, anteriormente pautado em um modelo tecnocrático e medicalizado que elevava os índices de cesáreas no país (SANTOS FILHO; SOUZA, 2021).

Mesmo diante de várias políticas públicas de saúde da mulher que foram instituídas com o intuito de modificar o panorama da atenção obstétrica no Brasil, ainda observa-se que a realidade nos serviços de saúde é permeada de desafios e não contempla integralmente os requisitos de acesso, acolhimento, qualidade e resolutividade (PEREIRA et al., 2018).

Um aspecto fundamental a ser abordado, é a falta de estrutura dos serviços de saúde (VIDAL; BARRETO; RATTNER, 2020). A precariedade das instalações hospitalares impõe as parturientes dividirem o mesmo quarto, o que dificulta a acomodação e retira a privacidade destas, além de muitas vezes, impedir a presença do acompanhante, como consequência dessa limitação física. Ademais, a escassez de equipamentos, tais como: banheiras que permitem realizar banhos de imersão, a bola suíça que possibilita à parturiente a realização de exercícios durante o trabalho de parto, também interferem na assistência ao parto normal. Esses fatores repercutem negativamente e comprometem a concretização de uma assistência ao parto humanizada e singular (DODOU et al., 2017).

Percebe-se que outro desafio enfrentado na assistência ao parto vaginal, decorre da formação dos profissionais obstetras, que é pautado no modelo intervencionista, o qual coloca o médico na condição de protagonista, sendo que ele deveria ser apenas, um coadjuvante desse processo. Essa atitude menospreza o processo de parturição, deixando em segundo plano, o acolhimento, o suporte emocional e o respeito às escolhas da mulher, além de ignorar a fisiologia do parto. Dessa forma, essa postura médica resulta em um elevado índice de cesarianas em todo o país e consequentemente um aumento na morbimortalidade materna e perinatal (VALADÃO; PEGORARO, 2020).

Além disso, esse acompanhamento ao parto sendo feito quase que exclusivamente pelos obstetras como fruto do modelo tecnocrático, coloca em pauta outra problemática corriqueira existente nos serviços que assistem ao parto vaginal, a falta de tempo para assistir adequadamente a cada parto em curso. Assim, isso impossibilita o profissional de respeitar processo natural de parturição, uma vez que, em muitos serviços há uma superlotação do

setor, que promove uma sobrecarga aos médicos e leva a intervenções desnecessárias como forma de otimizar o tempo (BACKES et al., 2021).

Nesse contexto, notou-se a necessidade de inclusão de outros profissionais de saúde no processo de parturição, para que assim, retirasse o domínio do modelo medicalizado e transformasse o parto em um evento multiprofissional, pois o trabalho em equipe é um elemento importante para ruptura do modelo assistencial biomédico (VIDAL; BARRETO; RATTNER, 2020).

Dentre os avanços já alcançados, um deles, refere-se ao fato de que o parto passou a ser compreendido como um evento multiprofissional. Além da inclusão dos enfermeiros obstetras, constata-se também a inserção das doulas nesse cenário, as quais são definidas como uma acompanhante treinada para fornecer suporte emocional e informações sobre o parto e o nascimento, além de esclarecer sobre as intervenções e procedimentos que sejam necessários serem realizados durante a parturição, para que assim, a mulher por meio da sua autonomia, sinta-se segura para decidir e participar ativamente do processo (OLIVEIRA et al., 2017).

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante das considerações durante o texto, vê-se que a inserção de outros profissionais de saúde no contexto de parturição permite a mulher um maior auxílio por meio de práticas integrativas, como: musicoterapia, aromaterapia, massagens, além de proporcionar maior acesso a informações. Assim, a inclusão desses profissionais permite proporcionar ações que minimizam o temor do momento, aliviam a dor, promovem o cuidado de forma empática e torna a experiência carregada de afeto.

Frente a esse cenário, vê-se que ainda são necessários esforços para que os desafios da assistência ao parto normal sejam superados, visto que a gestação é um momento singular para a mãe. É imperativo a necessidade de mudança no perfil de formação dos obstetras para que estes passem a atuar de forma mais integral e individualizada, desmedicalizando esse processo e apoiando as necessidades e os desejos da parturiente.

Ademais, é importante também que o Ministério da Saúde siga atuando no combate as práticas de assistência desumanizada e fortaleça ainda mais os serviços e programas já existentes que visam acompanhar com qualidade a gestante durante todo o ciclo gravídico-puerperal.



## REFERÊNCIAS

BACKES, M. T. S. et al. A prevalência do modelo tecnocrático na atenção obstétrica na perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 16 ago. 2021.

BARROS, M. A. R. et al. Análise de práticas de atenção ao parto e nascimento em maternidade pública. **Rev Rene**, v. 20, p. e41650, 5 nov. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . **Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos**. Disponível em: - <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em: 19 set. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DA SAÚDE; FEBRASGO; ABENFO. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde : FEBRASGO : ABENFO, 2003.

CHOURABI, L. F. Representações e práticas sociais dos profissionais de saúde e usuárias sobre a assistência ao parto em um Hospital Universitário do Sul do Brasil-. p. 187, 2018a.

CHOURABI, L. F. Representações e práticas sociais dos profissionais de saúde e usuárias sobre a assistência ao parto em um Hospital Universitário do Sul do Brasil-. p. 187, 2018b.

DODOU, H. D. et al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, p. 332–338, 9 out. 2017.

FILHO, J. F. R. et al. Assistência ao parto normal sob o olhar da parturiente. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 1, p. 113–125, 2016.

FONTENELLES, Mauro José *et al.* **METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA: DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PESQUISA**. 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

GAZINEU, R. C. et al. Benefícios do parto normal para a qualidade de vida do binômio mãe-filho. **Textura**, v. 12, n. 20, p. 121–129, 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2017. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) **Cajazeiras (PB) | Cidades e Estados** |. Disponível em:<<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/cajazeiras.html>>. Acesso em: 20 out. 2021.

MALHEIROS, P. A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, p. 329–337, jun. 2012.

MARQUES, Consuelo Penha Castro *et al* (org.). **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A REDE CEGONHA**. 2015. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE\\_2.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE_2.pdf). Acesso em: 21 out. 21.

MATÃO, M. E. L. et al. A visão médica do parto domiciliar: factível ou utópico? **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, 29 jun. 2016.

MENDONÇA, S. S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 15, p. 250–271, jun. 2015.

MoraisL. de O.; PotrosF. R.; MaiaP. R.; RabeloK. L. M. A.; RibeiroF. M.; MatosK. L. A. de; Nunes Ézio J. G.; CavalcanteC. C.; PereiraT. Z.; SilvaL. P. da; SantanaL. T. G. O Parto Humanizado no contexto atual: Uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 37, p. e1375, 11 dez. 2019.

Organização Mundial de Saúde. **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=92A4C5EB681C80F411D37C39FC08B0B2?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=92A4C5EB681C80F411D37C39FC08B0B2?sequence=3). Acesso em: 15 set. 2021.

OLIVEIRA, N. et al. Assistance to Normal Delivery in Two Public Maternities: Perception of the Health Professionals. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics**, v. 39, n. 05, p. 202–208, maio 2017.

PARAÍBA, Portal de Informações em Saúde do Estado da. **Regiões de Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.pb.gov.br/infosaudef/ifremeR.php>. Acesso em: 20 out. 2021.

PEREIRA, R. M. et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3517–3524, 2018.

PEREIRA, S. S. et al. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. ág. 199-213, 21 nov. 2016.

RISCADO, L. C.; JANNOTTI, C. B.; BARBOSA, R. H. S. A DECISÃO PELA VIA DE PARTO NO BRASIL: TEMAS E TENDÊNCIAS NA PRODUÇÃO DA SAÚDE COLETIVA. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, 22 mar. 2016.

SANTOS FILHO, S. B. DOS; SOUZA, K. V. DE. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 775–780, 15 mar. 2021.

SANTOS, Heliane Fernandes Lourenço *et al.* Políticas de Humanização ao pré-natal e parto: uma revisão da literatura. **Revista Científica Facmais**, Inhumas, v. , n. 2, p. 54-64, 2016. Semestral. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POL%C3%8DTICAS-DE-HUMANIZA%C3%87%C3%83O-AO-PR%C3%89-NATAL-E-PARTO.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021

SILVA, T. C. DA et al. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, n. 0, 19 abr. 2017.

SILVA, T. C. DA. **Influência de gênero na adesão ao tratamento da tuberculose**. Doutorado em Cuidado em Saúde—São Paulo: Universidade de São Paulo, 14 jan. 2020.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 681–693, 2016a.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 681–693, 2016b.

VALADÃO, C. L.; PEGORARO, R. F. Vivências de mulheres sobre o parto. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 32, p. 91–98, 9 abr. 2020.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A. DOS; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, p. 282–289, abr. 2014.

VICENTE, Albeniz Campos *et al.* PARTO CESÁRIO E PARTO NORMAL: UMA ABORDAGEM ACERCA DE RISCOS E BENEFÍCIOS. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 17, n. 4, p. 24-35, 2017. Even3. <http://dx.doi.org/10.29327/213319>. Disponível em: <https://temasensaude.com/wp-content/uploads/2018/01/17402.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

VIDAL, Á. T.; BARRETO, J. O. M.; RATTNER, D. Barreiras à implementação de recomendações ao parto normal no Brasil: a perspectiva das mulheres. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e164, 14 dez. 2020.

