



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO

Thaís Andrade de Vasconcelos

PARTO HUMANIZADO COMO PRÁTICA DE CUIDADO PARA A GARANTIA DO  
DIREITO À SAÚDE DAS GESTANTES E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA  
NO SUS

Rio de Janeiro

2023

Thaís Andrade de Vasconcelos

PARTO HUMANIZADO COMO PRÁTICA DE CUIDADO PARA A GARANTIA DO  
DIREITO À SAÚDE DAS GESTANTES E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA  
NO SUS

Projeto de Monografia apresentado à Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz  
(EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação no  
Curso Técnico em Gerência em Saúde.

Orientador(a): Cristiane Teixeira Sendim.

Rio de Janeiro

2023

*Dedico esse trabalho a todas as  
mulheres que serão mães futuramente  
ou que sofreram violência obstétrica.  
E a todos que buscam um futuro  
melhor para as mães e seus bebês.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter colocado este tema em meu coração, por me guiar em cada escolha que fiz para a monografia, Deus me entregou a grande missão de levar esse tema para o resto da minha vida e sou muito feliz por isso. Agradeço aos meus pais por terem me apoiado durante toda a minha vida, e por serem minha base. Por participarem da construção deste projeto, ouvindo minhas ideias e aflições, sempre confiando que eu conseguiria superar.

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) pela oportunidade de fazer um técnico maravilhoso de gerência em saúde e uma monografia que me fez crescer tanto. Agradeço também à minha orientadora, que acolheu cada ideia que eu tive, que me deixou pensar livremente e me levou ao lugar que eu realmente sonhei para este tema.

Agradeço também meus amigos, com quem dividi minhas expectativas e medos a respeito do projeto. Obrigada por todo apoio.

*“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer”*

*Michel Odent*

## RESUMO

A partir de um conceito de saúde amplo e das diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), entende-se que toda gestante tem o direito a uma saúde integral e de qualidade, que leve em consideração seus sentimentos, desejos e expectativas. O parto humanizado consiste em uma série de cuidados que assegurem à mulher atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério e a criança ao nascimento seguro baseados nas diretrizes do SUS, da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Rede Cegonha e demais normativos. Compreendendo que o número de cesáreas realizadas no Brasil é superior ao recomendado pela OMS, percebe-se que são cirurgias executadas sem comprovação desta necessidade, colocando em risco a vida das mulheres e de seus bebês. Toda mulher tem o direito ao planejamento reprodutivo e seguro, onde ela é a protagonista, e o parto humanizado tem como objetivo, promover a conexão entre mãe e bebê, de modo que não sejam separados após o nascimento. O objetivo deste projeto é analisar o parto humanizado como prática de cuidado para garantia do direito à saúde das gestantes e a prevenção da violência obstétrica no Sistema Único de Saúde. A metodologia adotada foi uma pesquisa exploratória e documental, baseado na abordagem qualitativa, por meio da busca de artigos científicos, livros, e matérias sobre o assunto, além de levantamento sobre as políticas e normativos relacionados ao parto humanizado no SUS e à prevenção a qualquer tipo de violência e violação dos direitos da parturiente.

**Palavras-chave:** Parto Humanizado. Violência Obstétrica. Sistema de saúde.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Princípios básicos da Carta de Direito dos Usuários da Saúde.....	30
Tabela 2	Boas e más práticas de atendimento ao parto.....	31
Tabela 3	Conceitos relacionados aos pilares do projeto Apice On.....	44

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

Abenfo	Associação Brasileira de Obstetriges e Enfermeiros Obstetras do RJ
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COC	Casa de Oswaldo Cruz
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GM	Gabinete do Ministro
IFF	Instituto Fernandes Figueira
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento
PL	Projeto de Lei
PNH	Programa Nacional de Humanização
PP	Plano de Parto
SES	Secretaria de Estado em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VBAC	Vaginal Birth After Cesarean
VO	Violência Obstétrica

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	9
1.1 OBJETIVO .....	15
2. METODOLOGIA .....	16
3 PERSPECTIVAS SOBRE O PARTO HUMANIZADO COMO PRÁTICA DE CUIDADO NO SUS.....	17
3.1 O SUS e seus princípios .....	17
3.2 O parto, o cuidado em saúde e a humanização no SUS .....	18
4 DIREITO À SAÚDE DAS GESTANTES, PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS.....	29
5 PARTO HUMANIZADO COMO PRÁTICA DE CUIDADO, GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE E PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	39
5.1 A importância do parto humanizado na garantia dos direitos à saúde das gestantes.....	39
5.2 A importância do Parto humanizado na prevenção da violência obstétrica no SUS.....	41
5.2.2 A educação permanente em saúde priorizando o parto humanizado.....	43
5.2.3 Parto domiciliar planejado como instrumento de humanização.....	46
5.3 CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS.....	49

## 1. INTRODUÇÃO

Direito à saúde significa que a saúde é direito de todos e dever do Estado e que este deve prover ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma igualitária e universal, prestando assistência à sociedade, é o que diz a Constituição Federal. O Sistema Único de Saúde (SUS) determinado pela Constituição Federal de 1988, possui princípios e diretrizes básicas que o norteiam, dos quais destacamos, a universalização, equidade e integralidade.

A universalização tem como objetivo uma assistência à saúde gratuita a todos, não somente para brasileiros, mas para qualquer pessoa que em território brasileiro precise de qualquer tipo de serviço à saúde. A equidade significa ter uma percepção de que todos precisam de assistência e atenção, contudo cada um necessita de uma atenção única que se encaixe na sua necessidade particular. A integralidade consiste em um olhar profundo do profissional em saúde, para cada usuário desses serviços, observando a pessoa como um todo, sua saúde física e emocional, suas questões internas e externas, o meio em que está inserida, quais são seus desejos e vontades.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948, 194, p.5), saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de enfermidades. Este conceito está atrelado a uma saúde verdadeiramente completa, enxergando cada pessoa dentro de suas necessidades e peculiaridades, encontrado nas diretrizes do SUS. A OMS (2014, p.1) declara também que toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde.

A partir da perspectiva de saúde e de direito da mulher à saúde da OMS (1948, 2014) e dos princípios do SUS é possível observar que todas as gestantes têm o direito a um atendimento digno e de qualidade, tendo suas particularidades preservadas, sendo totalmente assegurada a transparência das informações pelo médico, a respeito das condições reais de sua gravidez, usando de sinceridade e ética durante todo o pré-natal e na hora do parto, sem omissões a respeito de seu quadro de saúde.

De acordo com Rodrigues (2021, p.4) a maior parte dos partos no Brasil são cesarianas, em torno de 55%, diferentemente do que preconiza a OMS de que a taxa deveria ser de 10 a 15% dos partos deveriam ser por cesárea somente em casos de emergência. A autora afirma, também, que no Brasil das cesáreas a falta de autonomia da mulher é histórica e destaca que a subsistência econômica dos médicos, sua produção de conhecimento e seu papel moral na sociedade

repousavam sobre seu domínio completo do parto, tanto o ato em si quanto na definição de como o ato deveria ser.

Observa-se a importância que a sociedade deu aos profissionais da medicina, e isto nos revela um caráter social em torno destes profissionais, desenvolvendo uma posição de poder e prestígio, de forte poder científico, ou seja, não podem ser confrontados e questionados a partir de um diagnóstico ou procedimento que pretendem executar, já que sabem o que é melhor para seus pacientes por possuírem formação e especialização em medicina (RODRIGUES, 2021).

Estas questões trouxeram reflexões durante a pesquisa, em torno do fato de que a medicina e todas as ciências afins, com certeza, buscam sempre o melhor e as tecnologias mais modernas que melhorem a qualidade de vida da população, contudo, ser verdadeiro e ter empatia, fazer o certo, vai além do campo de ensino e dos estudos científicos, e viaja até o campo da ética individual de cada um.

No documentário de Chauvet (2013) observam-se relatos de pais que vivenciaram violências obstétricas, incluindo omissões a respeito do quadro real da gestante, onde os médicos usavam de informações que não correspondem com a realidade, para convencer a parturiente de que não seria seguro realizar um parto natural. Este tipo de omissão, tem se tornado uma prática entre os profissionais da saúde, com o objetivo de convencer a gestante de que o melhor caminho seria a realização de uma cesárea. Como relatado no documentário, depois de investigar mais um pouco a saúde desta mãe, percebe-se que a mesma tinha condições ideais e saudáveis para um parto natural, comprovando a irrealidade do diagnóstico do médico.

O aumento do número de cesáreas é alarmante, bem como revela a quantidade de cirurgias realizadas sem necessidade, colocando a vida das mulheres e de seus bebês em risco, ocasionando um maior número de bebês prematuros, podendo ocorrer partos sem que o bebê esteja devidamente formado (Chauvet 2013).

De acordo com a Portaria Gabinete/Ministério da Saúde (MS) nº 1.459/2011, a mulher tem direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada da gravidez, do parto e do puerpério e a criança tem direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Logo, condições sobre o parto que não são devidamente esclarecidas levam à decisões que não são muito claras para as mulheres, e quando há procedimentos durante o parto que não

estão esclarecidos às e não tem justificativas, seu direito é ferido por desconhecerem o real diagnóstico.

Na garantia do direito à saúde das mulheres durante o parto, Silva *et al* (2021 p.4) descrevem que a gestante deve ser acolhida pelos profissionais da saúde que a atenderem, sendo ouvida a respeito de seus medos, desejos e expectativas, para assim garantir um parto tranquilo, saudável e humanizado, pois sem que a opinião da mulher seja levada em consideração não é possível oferecer à ela um parto diferente, um parto que seja humanizado.

O enfoque do parto humanizado é proporcionar para a mãe uma relação entre ela e seu bebê, possibilitando o contato pele a pele, amamentação em livre demanda logo após o nascimento, a participação ativa da mãe e do pai durante o parto, como forma de acolher e ao seu filho ou filha, e, também, há o processo do empoderamento mostrando que a mulher tem autonomia e capacidade de decidir a via de parto que deseja (SILVA *et al*, 2021).

O parto humanizado, vai muito além de uma série de procedimentos para redução das dores, o mesmo consiste em um atendimento humanizado desde o pré-natal, até o pós-parto, (Silva *et al*, 2021). Assim como preconiza a Portaria Nº 371, de 7 de maio de 2014, o recém-nascido saudável tem o direito imediato ao contato pele a pele e a amamentação em livre demanda na primeira hora de vida.

Sobre a presença do pai no ambiente de parto Silva *et al* (2021 p.5) aponta que a presença do pai torna o ambiente mais confortável, ajudando também nas dores da parturiente, sendo então um procedimento não farmacológico que auxilia nesse momento. A presença do pai, ou acompanhante de escolha da paciente, faz parte de uma estratégia de humanização do parto, e é prevista em lei (Brasil, 2005).

A Rede Cegonha valoriza a presença paterna como um dos fatores que constroem um tratamento humanizado, gerando o vínculo imediato entre o pai e seu filho, e principalmente um apoio para a gestante, sendo ele uma pessoa ativa no parto, incentivando, cuidando e ajudando no que for possível. Esse tipo de parto, humanizado, traz para a gestante um momento confortável e familiar, um local onde ela pode se sentir segura e livre (SILVA *et al*, 2021).

A gestante tem o direito de receber informações sobre gravidez e escolher o parto que deseja, conhecer os procedimentos e exames de rotina, amamentar o bebê logo após o nascimento, permanecer com o bebê logo após o nascimento, desde que sadio, assim como pode se recusar a realizar determinados procedimentos, como: tricotomia (raspagem de pelos); enema (lavagem intestinal); indução do parto, sem que seja clinicamente necessário; ruptura artificial da bolsa amniótica, episiotomia (corte do períneo) e cesárea, caso não haja risco de vida nem para ela nem para o bebê. Estes são direitos assegurados pela OMS (FIOCRUZ, 2022).

O direito à saúde das mulheres e das crianças é protegido pela OMS, pela Rede Cegonha, pela Política Nacional de Humanização (PNH) e pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), dentre outros normativos.

A PNH foi instituída em 2003 e destaca a humanização como instrumento de valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Ela é importante pois compartilha a responsabilidade, cria vínculos solidários e de participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde no Sistema Único de Saúde, possibilitando a humanização no parto, por exemplo (MS, 2013).

A PHPN visa facilitar o acesso ao acompanhamento do pré-natal, parto, pós-parto e puerpério, tem como fundamento a assistência humanizada e dentro de suas prioridades estão por exemplo, medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal e ações como maternidade segura e capacitação de parteiras tradicionais (MS, 2002).

Neste estudo o levantamento de informações nos documentos pesquisados a respeito da humanização e do parto humanizado, mostrou que é plausível enxergá-lo como um possível instrumento de prevenção das violências obstétricas. Também mostrou que as leis brasileiras e diretrizes estabelecidas pela OMS, pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo SUS têm por objetivo assegurar o respeito e proteção das mulheres e das crianças pelos profissionais da área da saúde, quer dizer, cada paciente gestante seria cuidada e atendida de modo integral de forma digna e respeitosa, dando a ela o direito sobre seu corpo e sobre seu bebê.

Estas políticas colocadas em prática respeitariam as necessidades do bebê, deixando que o mesmo escolha o momento em que quer nascer, desde que a gestação seja saudável, de forma a

vir ao mundo com maior acolhimento, em um ambiente preparado para recebê-lo de forma mais confortável e aconchegante, se assemelhando ao ambiente que ele vivia no útero, reduzindo seu sofrimento após o nascimento.

Segundo Monteiro *et al* (2020, p.2), o recém-nascido é digno, assim como a mãe, de uma assistência neonatal segura e humanizada, e neste processo deve ser considerada a saúde física e mental da gestante, durante todas as etapas de sua gestação. Villamil *et al* (2020, p.4) acrescenta que a melhoria das condições do parto é alcançada através de uma atenção integral e humanizada, bem como da garantia de que a mulher nem seu bebê sofram qualquer violência ou represália que acarretem danos morais e psíquicos.

O motivo que me levou a escolher esse tema foi o meu amor pela vida. A mulher poder naturalmente dar à luz é uma experiência e dádiva de Deus, poder estudar sobre isso me causa entusiasmo e curiosidade. Ajudar outras mulheres a tornarem esse momento inesquecível e memorável, com certeza seria um sonho, sentir orgulho em parir e em poder parir, se sentir forte ou suportar tal dor e logo depois experimentar do maior amor do mundo, é com certeza para mim fascinante.

A vontade de entender o processo do parto me invadiu, então busquei documentários que pudessem me ajudar nesta descoberta. Meu primeiro contato com o tema foi com o documentário, “O Renascimento do parto” de Chauvet (2013). O documentário me conduziu a questionar a infraestrutura proporcionada pelo SUS, para que as mulheres pudessem ter seus bebês, me levou a um olhar mais sensível sobre o cuidado com a mãe e o bebê desde o pré-natal até o nascimento. Me fez questionar também a forte medicalização do parto, e a naturalidade com a qual nossa sociedade enxerga a violência obstétrica.

O conhecimento gerado por este estudo ampliará o conhecimento de forma que as mulheres possam se proteger de violências, e refletir sobre determinadas atitudes, entender seu papel no parto e o que desejam nesta hora, quais seus medos, inseguranças e expectativas, buscando preservar sua saúde física e mental; ou seja; ampliar o acesso à informação de modo que elas consigam discordar de falas e atitudes de qualquer profissional que esteja ferindo seus direitos, ou de atitudes que possam ser violentas.

Acesso à informação torna a mulher livre para escolher sua via de parto, sendo então assegurada de que todas as suas necessidades, independente do parto que escolher, serão atendidas nas unidades de saúde do SUS, podendo ser um parto humanizado previsto nas políticas de saúde, ou até um parto domiciliar como uma prática do SUS.

Este estudo identifica o parto humanizado e os tipos de violências obstétricas, apresenta as políticas públicas e normativos relacionados ao parto humanizado no SUS e analisa o parto humanizado como prática de cuidado na prevenção à violência obstétrica no SUS. Assim, esse tema se torna relevante para ampliar o conhecimento sobre o parto humanizado, tanto para que a gestante possa se proteger de atendimentos não humanizados, quanto para aumentar a visibilidade do parto humanizado para o público em geral.

## **1.1 OBJETIVO**

O objetivo desta a pesquisa é identificar o contexto do parto humanizado e sua relação com a violência obstétrica no SUS , apresentar as políticas públicas e normativos relacionados ao parto humanizado e analisar o parto humanizado como prática de cuidado, garantia do direito à saúde das gestantes e prevenção à violência obstétrica no SUS.

## 2.METODOLOGIA

A partir da questão que reflete o problema deste estudo: “Como o parto humanizado pode ser instrumento de prática do cuidado, garantir a saúde das gestantes e prevenir a violência obstétrica no SUS?” optou-se pelo método da pesquisa exploratória, a partir de um estudo documental baseado na abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória é definida por Gil (2008, p.27),

[...] Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

Com base na pergunta norteadora, foi realizado levantamento em legislações, normativos e livros. E, ainda, pesquisa de artigos científicos nas bases de dados do Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes, sendo utilizadas as palavras-chaves: parto humanizado ou violência obstétrica e sistema de saúde, da qual foram obtidos 209 artigos científicos. Foram selecionados artigos que atendessem aos seguintes critérios: qualquer idioma, publicados em 2020 a 2022, cujo título e resumo se relacionassem a pergunta norteadora objeto desta pesquisa, obtendo como resultado 10 artigos científicos que foram analisados e incorporados à pesquisa. Além destes, foram realizadas buscas em livros e revistas da área de enfermagem, medicina e saúde coletiva e documentários que compõem a pesquisa e auxiliam na compreensão do tema.

### **3. PERSPECTIVAS SOBRE O PARTO HUMANIZADO COMO PRÁTICA DE CUIDADO NO SUS**

#### **3.1 O SUS e seus princípios**

A Constituição Federal de 1988, foi de extrema importância para o desenvolvimento do que hoje entendemos como saúde, principalmente no que se refere a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O art. 196 da Constituição Federal de 1988 afirma que:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CFRB, 1988).

A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de lei orgânica da saúde, instituiu o SUS e garante o acesso à saúde de forma ampla, como um direito fundamental do ser humano e um dever do Estado. Assim, o SUS é um dos maiores e mais completos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde a atenção primária, até os mais diversos e graves problemas de saúde. Amplia o conceito de saúde para além de somente a ausência de doença, compreendendo o bem-estar físico, mental e social, conduzindo o pensar em saúde fora do ambiente hospitalar, mas também no ambiente em que se vive, trabalha, e todas as condições que acompanham uma pessoa em sua rotina. Promove uma saúde pública de acesso universal a todos sem distinção, sendo de direito de todos o acesso à saúde desde a gestação e por toda a vida (BRASIL, 1990).

O SUS possui três princípios que o norteiam: universalidade, equidade e integralidade. O princípio da universalidade garante que saúde é um direito de todos, sendo dever do Estado garantir o acesso à saúde, sem qualquer distinção. O princípio da equidade, deve proporcionar um atendimento mais igualitário, ou seja, reduzir desigualdades, entendendo que as pessoas não são iguais e não tem necessidades iguais, a equidade garante que quem precisar de mais, receberá mais, e o princípio da integralidade, deve considerar o usuário como um todo, não apenas as suas dores físicas, mas suas condições psíquicas e sociais (MS/BVS, 2023).

A integralidade também atua em uma perspectiva de assistência respeitosa, digna, com qualidade e acolhimento (PINHEIRO, 2009, p.1). Estes princípios nos levam a uma saúde

integral, respeitosa e mais igualitária, conseqüentemente com todos estes princípios em órbita, podemos ter um atendimento totalmente humanizado no SUS, com o objetivo de um melhor cuidado em saúde.

### **3.2 O parto, o cuidado em saúde e a humanização no SUS**

Rodrigues (2021, p.1) comenta em seu artigo que a falta de autonomia da mulher sobre o parto é histórica, e afirma que o resultado do número de cesáreas que temos no Brasil se origina neste processo de construção sobre parto no passado.

Nesse sentido, para entender o parto no SUS, é necessário compreender o processo histórico relacionado à evolução na assistência ao parto. Drife *apud* Santos (2016, p.34) traçou uma breve história do nascimento humano, apresentando figuras pré-históricas e desenhos egípcios representando a parturiente sempre sendo auxiliada durante o parto, conforme apresenta.

Drife *apud* Santos (2016, p.34) demonstra frequentemente as parteiras auxiliando o trabalho de parto, e por meio destas, as dúvidas sobre a gestação, parto e puerpério eram esclarecidas, pois eram essas mulheres que detinham este saber.

No século X a.c. ocorre o primeiro programa formal de treinamento de parteiras, resultando em parteiras tradicionais que lidam com as gestações sem riscos, e os médicos-parteiros que lidariam com os casos mais complexos, envolvendo gravidez de risco (MELO *apud* SANTOS 2016, p.35).

Até o Renascimento não é possível afirmar a existência desta divisão em todos os países do mundo, já que o conhecimento obstétrico do parto acontecia através da observação (ROCHA *apud* SANTOS 2016). No ano de 1452 parteira passa a ser considerado uma profissão na Europa e no ano de 1480 na Alemanha, passa a ser considerada a realização da cesárea em mulheres vivas, até então, era realizada apenas em mulheres mortas (SANTOS *apud* SANTOS 2016, p. 35).

No século 19 quando partos naturais não ocorriam como o esperado, os médicos adotavam a cesárea, no entanto, muitas mães morriam por infecções, e a partir desta constatação foi adotado o método da embriotomia<sup>1</sup> buscando proteger a vida da mãe. Este procedimento era

---

<sup>1</sup> É uma intervenção cirúrgica por meio da qual se secciona um embrião dentro do organismo gerador, quando é impossível a extração total e de uma só vez (Infopédia).

considerado cruel, violento e invasivo, que assassinava o bebê, vivo ou morto, tentando salvar a vida da mãe (RODRIGUES, 2021, p.3). Este procedimento tinha como objetivo, retirar o feto que "não conseguia sair" e nascer naturalmente e assim salvar a vida da mulher, porém não era bem assim que acontecia, esses bebês acabaram sendo mortos, além da exposição da mãe a este procedimento tão invasivo. No século 20 este cenário muda, com a criação do novo código criminal (1891) e primeiro código civil (1916), que garantem proteção legal ao feto, assim a embriotomia deixa de ser utilizada. Com o avanço tecnológico, a cesárea<sup>2</sup> retorna com diversos aperfeiçoamentos e melhorias, reconquistando seu espaço a partir do ano de 1915, sendo considerada mais segura que a embriotomia, em casos de gestações de risco (RODRIGUES, 2021, p. 3).

A respeito da cesárea, segundo os primeiros documentos legais sobre a intervenção cesariana foram registrados na Babilônia (1795-1759 a.C.), via Lei dos Reis, "Lex Regia", que estabelece a possibilidade de um nascimento pós-morte por meio de uma incisão no abdômen (LURIE *apud* SANTOS 2005, p.37). No entanto, o primeiro relato de cesariana com sucesso materno ocorreu em 1500, na cidade de Sigershaufen, na Suíça, por Jacob Nufer, um castrador de porcas, em sua própria esposa (REZENDE, 2009, p.37 e 38).

Antes do parto ser hospitalizado, ele se tratava de um evento natural e normal que acontecia em casa com o auxílio de parteiras, sem posição obrigatória e uso de tecnologias. Com a necessidade de se introduzir uma assistência especializada que tinha como objetivo auxiliar em casos complexos e de risco a mãe e o bebê, o parto passou a ser visto como algo patológico e que portanto deve ser tratado de forma hospitalocêntrica. Retirando da mulher o domínio sobre o seu corpo, e obrigando-a a se submeter a métodos hospitalares, já que a mesma não tem conhecimento nem estudo adequados para dizer o que é bom ou não para si mesma e seu filho (Aquino *et al*, 2022, p.4).

No Brasil, a primeira operação cesariana é creditada ao Dr. José Correia Picanço, Barão de Goyana, tendo sido realizada em Pernambuco no ano de 1822 (REZENDE, 2009, p. 172). A partir do século XX a cesárea tornou-se uma operação rotineira na maior parte do mundo. No Brasil, no ano de 2010, 52% do total de nascimentos foram por parto cirúrgico (BRASIL, 2012).

---

<sup>2</sup> Operação cirúrgica que consiste em extrair um feto por meio de uma incisão no ventre e no útero da mãe, geralmente quando o parto natural não é possível (Priberam).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que apenas 10 a 15% dos partos realizados em um país poderiam ser realizados através da cesárea e em casos de emergência, pois a cesárea tem causado um maior nascimento de bebês prematuros (OMS, 2015). Tornar a cesárea cada vez mais uma “regra” e um instrumento “mais seguro” para o parto, contribui para um alto índice de cesáreas, que foge do recomendado pela OMS.

A cesárea é mais cômoda e prática, permite uma agenda extremamente organizada de datas e horários, a cirurgia é considerada como simples, e isto faz com que haja uma apelação ainda maior, além de haver o medo da dor de parto natural, que por falta de instrução já conduzem as gestantes a um desfecho dito como melhor e indolor, o que nem sempre é a realidade (Almeida *et al*, 2021. pág.1507).

O parto vaginal após a cesariana é conhecido também pela sigla inglesa, VBAC (Vaginal Birth After Cesarean), considerada como seguro e aceitável. Tem como taxa de êxito, aproximadamente 70%, e uma taxa de complicações inferior a 1%. Sendo uma alternativa confiável para redução do número de cesáreas (Almeida *et al*, 2021. pág.1507).

A cultura da cesárea é favorecida por uma sociedade criada e condicionada ao poder e protagonismo dos profissionais da saúde; a venda deste procedimento, sendo mais rápido e mais lucrativo; a qualidade da formação dos profissionais da saúde também favorecem os altos índices de cesárea, já que diversos procedimentos realizados no parto não possuem validação científica; praticidade/comodidade; bem como uma percepção enraizada na sociedade de que a cesárea é mais segura (Almeida *et al*, 2021, p.1507).

Segundo dicionário *on line* Michaelis, parto é o ato ou efeito de parir, ou seja, a expulsão do feto, placenta e membranas fetais do útero materno, e o parto normal é o que é realizado pela vagina, sem necessidade de indução ou cesariana. (MICHAELIS, 2023)

De acordo com Silva *et al* (2021, p.4), em um estudo feito com doze mulheres que viveram o parto normal, estas afirmaram, após 60 dias do parto, que a dor causada pelo parto fisiológico é suportável, e que o processo doloroso passa a partir do nascimento.

A OMS (1996, p.1) classificou práticas comuns no momento do parto como, boas práticas ou más práticas, mostrando o que deve e o que não deve ser feito durante o parto, baseado em evidências científicas. Como práticas consideradas úteis destacamos: a gestante tem o direito de estar junto ao seu companheiro e sua equipe de cuidado, planejar o seu parto, e como este evento acontecerá (dentro das condições gestacionais apresentadas); avaliação de risco durante o

pré-natal; apoio empático dos profissionais; explicações claras e completas, sobre tudo o que a gestante quiser saber e tiver dúvidas; oferecer líquido durante o parto; monitoramento fetal; monitorar as condições psicológicas desta mãe, durante o trabalho de parto e pós; direito aos métodos não farmacológicos de redução das dores de parto; liberdade de posição durante o parto; administração profilática de ocitocina adequada; condições estéreis para cortar o cordão; prevenção de hipotermia do bebê; direito ao contato pele a pele logo após o parto, e o direito ao apoio à amamentação na primeira hora de vida; exame rotineiro de placenta e membranas ovulares (OMS, 1996).

Ainda segundo a OMS (1996, p.1) as práticas consideradas como prejudiciais e dispensáveis são o uso de enema (lavagem intestinal); tricotomia (raspagem de pelos); infusão intravenosa de rotina; uso rotineiro de posição supina; uso de rotina da posição de litotomia; ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos; esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva); massagem e distensão do períneo; uso de comprimidos orais de ergometrina, tendo como objetivo evitar hemorragias no pós-parto; lavagem uterina após o parto e revisão uterina.

Nos Estados Unidos no ano de 1980 foi elaborado por Sheila Kitzinger, o primeiro Plano de Parto (PP), cujo objetivo era afirmar o parto como um evento fisiológico, que não poderia ser levado para o aspecto patológico e medicalizado. Com a inserção do parto no meio hospitalar, pensamentos como este foram cada vez mais fazendo parte da realidade de parir. O primeiro Plano de Parto tinha por objetivo devolver a autonomia da mulher do seu processo gravídico e puerperal, visando seu bem estar e evitando procedimentos hospitalares desnecessários (DUQUE *et al*, 2021, p.17).

Uma das boas práticas declaradas pela OMS é a inserção da gestante na construção de seu parto desde o início do pré-natal até o momento do parto. Através da participação ativa da mulher e da construção de conhecimento a respeito do seu próprio corpo, ela atingirá autonomia nas decisões, e se protegerá, se for necessário, terá maior independência por isso é importante que seu parceiro também seja aconselhado e instruído, para que possa participar ativamente desta rede de apoio, visando o bem estar da gestante.

Este modelo pressupõe um modelo humanizado de parto como prática de cuidado em saúde da mulher e da criança.

O termo “parto humanizado” quando escutado pelas pessoas que ainda não o conhecem, tendem a associá-lo ao parto vaginal, contudo, um parto vaginal (normal), pode não ser considerado humanizado. Isso porque, humanizar é valorizar cada ser humano em sua integridade, seus valores, sua cultura, opiniões e vontades. O parto humanizado mostra para a mulher sua autonomia, sua força e a capacidade de estar presente neste momento de corpo e alma.

Este tipo de parto vai muito além dos métodos não farmacológicos, das luzes mais baixas e músicas durante o parto, esses são sim fatores importantes, mas o parto humanizado é aquele que faz com que a gestante e seu bebê sejam os protagonistas, dando a mulher direito de escolha e espaço para ter seu bebê, seja no hospital ou na sua própria casa, garantindo sua segurança. O parto humanizado respeita também o recém-nascido, deixa com que ele escolha o momento em que quer nascer, prevenindo problemas causados pela prematuridade (MOURA *et al apud* SILVA *et al*, 2021, p.2).

Os direitos da mulher e suas opiniões devem ser considerados em todo o seu processo de gestar, não somente no parir, mas em cada consulta de pré-natal o atendimento humanizado precisa estar presente, visando seu bem-estar, estando presente também no pós-parto. A parturiente deve ser acolhida por toda a equipe de saúde que estiver com ela durante este processo, garantindo a mesma a melhor experiência possível, um parto tranquilo, seguro e respeitoso (MOURA *et al apud* SILVA *et al*, 2021, p.2).

O parto humanizado garante participação ativa da mãe durante o parto, fazendo com que a mesma tenha autonomia neste momento, evitando procedimentos e medicamentos irrelevantes à saúde da mãe. Segundo Monteiro *et al* (2020, p.2) este parto respeita o corpo da mulher e o corpo de bebê, assegurando ao recém-nascido e à mãe uma assistência humanizada e segura, do pré-natal ao pós- parto. O processo de recuperação para a mulher é melhor que o da cesariana, porque não enfrenta outras dores nos movimentos, a dor da sutura nem risco de infecção, além de sentirem fortes, vitoriosas e satisfeitas por suportarem esse processo tão marcante em suas vidas (BAGGIO *et al apud* SILVA *et al*, 2021, p.4).

O parto humanizado possibilita que a mulher seja o ponto principal, que idealize este dia como único, evitando a fragmentação dos momentos no parto, já que ao longo do processo de parir assistido pelo mundo, observa-se o protagonismo dos profissionais da saúde, a excessiva

hospitalização, alta medicalização e um caráter intervencionista (SILVA *et al* apud SILVA *et al*, 2020, p.7).

O parto humanizado, assim, se fundamenta no princípio da integralidade previsto na lei nº 8080/90 que organiza o SUS, na Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003, assim como no recente projeto de lei nº 878, de 2019 que pretende garantir, no parágrafo primeiro, a toda gestante o direito à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério no SUS e nos estabelecimentos de saúde suplementar.

A humanização é tema central para compreensão do parto humanizado. De acordo com a política nacional de humanização (PNH), criada em 2003, humanizar é

[...] a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde. (MS/HUMANIZASUS, 2022)

A PNH, também conhecida como HumanizaSUS, aposta na comunicação entre profissionais de saúde, gestores e usuários do sistema de saúde como instrumento de mudança na produção do cuidado em saúde. A PNH valoriza o protagonismo dos sujeitos, ou seja, os usuários não são só pacientes, são cidadãos e cidadãs que conhecem os seus direitos e também produzem o cuidado em saúde. Destaca-se, dentre outras diretrizes desta política, o acolhimento e a defesa dos direitos dos usuários. No acolhimento se constrói a relação de confiança e o vínculo entre profissionais de saúde e usuários, e pela defesa dos direitos dos usuários, o sistema de saúde assegura que estes direitos sejam respeitados e garantidos em toda a fase do cuidado, da recepção até a alta (PNH, 2013).

A partir dos conceitos de parto humanizado e de humanizar, pode-se concluir a necessidade de esforços pelos gestores do SUS no sentido de garantir humanização no atendimento, ou seja, um atendimento respeitoso, que leve em consideração os princípios do SUS, integralidade, universalidade e equidade, e os normativos legais que garantem a mulher gestante e a seu bebê uma assistência segura e respeitosa, e o melhor padrão de atendimento à saúde.

O parto humanizado proporciona às mulheres o exercício de seus direitos. Direito de escolher e planejar o seu plano de parto, de escolher quem irá acompanhá-la, garante a ela voz ativa na construção deste momento visando seu bem estar físico e mental, evitando

procedimentos desnecessários, respeitando o corpo da parturiente e o processo fisiológico do parto. Todo e qualquer procedimento que acontecerá, ou que pode acontecer, durante o parto deve ser esclarecido à gestante, de forma a promover uma assistência integral e segura a sua saúde, contemplando os princípios do parto humanizado, segurança, transparência e pouca invasão. A humanização faz uso da tecnologia de forma favorável à saúde da mulher, tendo como objetivo o nascimento saudável, e o menor número de morbimortalidade materna e perinatal (DUQUE *et al*, 2021, p.17).

O direito ao parto como experiência prazerosa engloba a assistência respeitosa baseada em evidências e centrada na mulher. Nesse sentido, um método humanizado leva a parturiente uma experiência respeitosa, e leva aos profissionais da saúde um novo olhar e uma nova forma de cuidado. Contudo, um dos maiores desafios para a implementação do parto humanizado, é o acesso. A população brasileira de classe baixa, não tem acesso às informações sobre a humanização do parto, assim como mulheres que moram no interior, por exemplo, não têm o mesmo acesso à informação que uma mulher que vive nos centros urbanos, no entanto, todas têm direito ao nascimento seguro de seus bebês. O desafio da desinformação está presente no Brasil, não só para este assunto em específico, mas para outras questões. É dever das autoridades governamentais e responsáveis pela saúde da população, levar toda informação às pessoas, independentemente de onde vivem, todos têm o direito e a autonomia sobre o seu corpo (SOUZA, 2020, p.1179 e 1180).

O parto humanizado tem sido visto como algo elitizado e caro. Ampliar o conhecimento sobre gravidez, parto, puerpério, fazer um plano de parto e se informar o máximo possível, não pode ser visto como um privilégio concedido a poucas pessoas, deve ser visto como um direito de todas (SOUZA, 2020, p. 1179).

Nesse sentido, tornar a mulher protagonista do seu parto e sujeito do cuidado em saúde é um desafio constante, assegurar o acesso a toda e qualquer informação que a deixe segura para tomada da melhor decisão em relação ao modo como deseja parir é garantir o direito à saúde e evitar a ocorrência de violência obstétrica.

Segundo Ferraz *et al* (2022, p.171) o estudo publicado na Revista Científica de Enfermagem sintetizou relatos de mães que sofreram violência obstétrica. Estas mães aparecem em documentário (CHAVEUT, 2013), onde Carol Lobo e Andréa Santa Rosa Garcia contam suas

histórias, e relatam que muito perto do final de suas gestações receberam a notícia de que seus bebês tinham “circular de cordão” e deveriam ter um parto cesárea.

O caso de Carmen Campbell registra que faltando três semanas para o parto, em consulta médica, recebeu a informação de que embora seu bebê estivesse em posição cefálica, não poderia ter parto normal, pois ele era grande demais. Logo após, ao realizar outros exames, percebeu imagens de um bebe com três circulares de cordão, e decidiu procurar uma segunda opinião com outro médico, descobrindo que as imagens de seus exames eram falsas, com o objetivo de convencê-la do parto cesariano, enquanto a mesma tinha condições favoráveis para o parto natural (FERRAZ *et al*, 2022, p.171).

Outro relato é o de Amanda Arruda que desejava ter parto normal, mesmo após ouvir sobre riscos como distócia de ombro<sup>3</sup>, apresentação pélvica e liberação de mecônio. O médico que no início apoiou sua decisão, após chegar a maternidade, com o trabalho de parto, alegando o médico que ela tinha apenas um centímetro de dilatação, deveria realizar uma cesárea e evitar sofrimento fetal (FERRAZ *et al*, 2022, p.171).

No caso de Mariana Carvalho, ainda que toda mulher fisiologicamente saiba parir, nos revelando que os tipos de corpos não são impedimentos, à ela foi dito que por não ter um corpo padrão nunca poderia dar à luz naturalmente, com indicação de cesárea; e no caso de Flávia Menezes, uma mulher magra que sempre ouviu de familiares e profissionais da saúde que nunca poderia ter um parto normal, já que não tinha um corpo padrão para parir, quando engravidou sua obstetra lhe informou que na verdade ela poderia ter parto natural (FERRAZ *et al*, 2022, p.171).

A violência obstétrica (VO) é praticada por qualquer profissional da área da saúde que esteja responsável pelo cuidado desta gestante, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, obstetrites ou por qualquer profissional que venha a atendê-la.

A violência obstétrica atinge diretamente as mulheres e pode ocorrer durante a gestação, parto e pós-parto. É o desrespeito à mulher, à sua autonomia, ao seu corpo e aos seus

---

<sup>3</sup> Segundo Rodrigo *et al* (2017, p.1), a distócia de ombros ocorre quando a face do bebê fica comprimida contra a vulva materna e compressão das partes moles da face que causam a impressão de gordura facial excessiva, dificultando a passagem total do bebê. É um evento inesperado e emergencial, pois acontece no momento do parto. Existem formas de contornar a situação, quando os profissionais auxiliares no parto devem estar atentos aos sinais de distocia, para utilizar de manobras para o nascimento seguro, como por exemplo, a manobra de McRoberts (aumento de agachamentos da parturiente ou elevação das coxas da parturiente até seu abdômen), a manobra de Rubin I (pressão supra-púbica no dorso do bebe, sendo realizada por 30 segundos, com o objetivo de mudar o ombro de posição) ou a mudança de posição para “all fours”, posição de quatro apoios que , aumenta o diâmetro pélvico, facilitando a passagem do bebê.

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. Afeta negativamente a qualidade de vida das mulheres, ocasionando abalos emocionais, traumas, depressão, dificuldades na vida sexual, entre outros. (SES/MS, 2021)

Atualmente o projeto de lei nº 422/23 que tramita na Câmara dos Deputados pretende incluir a violência obstétrica como uma das violências contra a mulher listadas na Lei Maria da Penha, a fim de que toda gestante e/ou parturiente que tenha sofrido essa violência, tenha seu direito à proteção garantido, e, ainda dar visibilidade a este crime, removendo esta violência das sombras do esconderijo que ainda se encontra, se disfarçando de cuidado (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2023).

Uma pesquisa com gestantes e parturientes, que se consultavam no setor público e no setor privado, revelou que 25% destas mulheres sofreram algum tipo de VO, enquanto que grande parte das mulheres da pesquisa, por falta de conhecimento e informação, não tinham noção do assunto (COSTA *et al*, 2022, p. 28)

A pesquisa Nascer no Brasil, constatou-se que 53,5% das mulheres entrevistadas sofreram corte no períneo (episiotomia) em seu parto normal. Este procedimento é classificado como um tipo de violência obstétrica, pois não tem comprovação científica e eficácia de seu uso, pelo contrário, traz diversos malefícios à saúde da mulher, como dores na genitália, durante o procedimento e podendo se prolongar por anos de sua vida. Além do perigo de cortar o bebê "acidentalmente" (RODRIGUES, 2022).

O Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, constatou que a episiotomia seletiva pode ser uma opção a fim de evitar lacerações de grau 3 e 4 no períneo, contudo a episiotomia de rotina não apresenta evidências científicas (IFF, 2018).

A violência obstétrica se apresenta de diversas formas, destacam-se a manobra de Kristeller; episiotomia; negar presença de um acompanhante de escolha da parturiente; impedir a movimentação da mulher; induzir a parturiente a escolher a cesárea; utilizar de uma linguagem de difícil compreensão do assunto; estimular o uso de fórmulas em detrimento ao aleitamento materno; incentivar desmame precoce; negligenciar o atendimento da parturiente e do bebê; intervir desnecessariamente e sem o consentimento da parturiente e impedir a amamentação na primeira hora de vida dentro de condições saudáveis (COSTA *et al*, 2022, p. 29 e 30).

Também se observa como características da violência obstétrica por parte dos profissionais de saúde, a fala grosseira; o manuseio de procedimentos de forma brusca; o autoritarismo e desrespeito ao protagonismo da mulher; a pouca informação sobre o atendimento e procedimentos realizados; tratamento grosseiro com olhares e comentários inadequados à gestante; a coação; a manipulação, a episiotomia desnecessária; a violência psicológica; a enganação; a subestimação; a episiotomia sem consentimento; a realização de manobras desnecessárias; a iatrogenia<sup>4</sup>; a violência verbal; uso desnecessário de ocitocina<sup>5</sup>; a privação do direito de comer e beber; risos e comentários preconceituosos; procedimento cirúrgico desnecessário; ambiente de insegurança e a falta de humanização (FERRAZ *et al*, 2022, p.171, 172 E 173).

Tecnologias novas e técnicas que buscam diminuir a mortalidade materno infantil, trouxeram uma revolução na saúde de forma muito positiva, contudo, os detentores desta informação, se apropriaram do parto como um todo, fugindo da lógica de saúde, para uma lógica de detenção do saber científico e do corpo feminino. As mulheres não se sentem nem no direito de poder reivindicar seus direitos, por medo de receber um tratamento pior ainda, de ser reprimida e maltratada. A felicidade de receber o seu bebê, no fim acaba não mais importando os maus-tratos sofridos, já que agora seu foco mudou. Nos dias atuais observamos o resultado disto, diante de tantas pesquisas com mulheres e profissionais da saúde. Estes dois grupos se encontram com algum grau de desinformação sobre a VO, principalmente as mulheres. O acesso à informação no Brasil é limitado, sobretudo para pessoas em situação de vulnerabilidade que pela fragilidade de formação, confiam nos profissionais de saúde que possuem a formação indicada para definir o melhor para a vida do paciente (Leila Regina WOLFF; Vera Regina WALDOW *apud* Medeiros, RCS; Nascimento EGC, 2022, p. 3).

A divulgação destas informações e a ampliação do acesso a elas objetiva assegurar a todas e todos o direito à saúde da mulher e dos bebês, que esteja sendo violado. É de extrema importância que os parceiros ou acompanhantes, também se informem sobre os direitos das

---

<sup>4</sup> A iatrogenia consiste em um estado de doença, efeitos adversos ou alterações patológicas causados ou resultantes de um tratamento de saúde correto e realizado dentro do recomendável, que são previsíveis, esperados ou inesperados, controláveis ou não, e algumas vezes inevitáveis. [Iatrogenia e erro médico - Portal CRM-PR](#).

<sup>5</sup> A ocitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior, e tem a função de promover as Contrações musculares uterinas durante o parto e a ejeção do leite durante a amamentação. A ocitocina ficou conhecida também como o hormônio que promove sentimentos de amor, união social e bem-estar. [SAIBA MAIS SOBRE A OCITOCINA, O HORMÔNIO DO PARTO E DO AMOR! - Instituto Nascer](#).

gestantes, parturientes e puérperas, para que possam proteger estas mulheres, que se encontram em um período delicado.

Não menos importante é tratar do tema da violência obstétrica na formação dos médicos e dos profissionais que lidam com gestantes, para que assim cada um deles entenda de fato os riscos dos procedimentos a serem indicados aos pacientes. Uma educação adequada e de qualidade, com informações cientificamente comprovadas e um olhar humanizado, forma profissionais mais capazes para evitar qualquer violência (COSTA *et al*, 2022, p. 31).

Historicamente, as começam a lutar contra este tratamento desumano que vinham recebendo baseado em um tecnicismo intervencionista, que visava a dominação do parto, a partir da década de 70, quando reivindicavam um olhar mais fisiológico para o parto e menos intervencionista, junto com uso responsável e consciente das tecnologias, buscando agora recuperar a autonomia perdida (SOUZA, 2020).

A partir da década de 80 movimentos ativistas vêm relatando violências sofridas por mulheres durante a gestação, parto e pós-parto, e nos anos 2000 esta pauta cresce, principalmente no meio acadêmico, órgãos governamentais e por meio das redes sociais no Brasil (PALHARINI *apud* FERRAZ *et al*, 2022, p. 174).

A partir da compreensão destes temas os próximos capítulos se destinam a apresentar as políticas públicas e normativos do SUS, e analisar o parto humanizado como prática de cuidado e garantia do direito à saúde das gestantes e prevenção à violência obstétrica.

#### 4. Direito à saúde das gestantes, puérperas e recém-nascidos

Compreendendo os temas trabalhados anteriormente, este capítulo tem por objetivo apresentar as políticas públicas e normativos do SUS que garantem os direitos ao atendimento humanizado a cada gestante e recém-nascido.

As unidades de saúde que compõem o SUS devem atender todos os normativos definidos pelo MS, SES e SMS, já que nestes documentos estão previstos todos os direitos de cada cidadão e cidadã devendo haver esforços no sentido de reforçar a prática do atendimento humanizado, fazendo além do que está previsto, entendendo a necessidade de se afirmar boas práticas de atenção à saúde. Levando mais informações aos profissionais sobre a humanização, acompanhando se o atendimento vem ocorrendo de maneira adequada e criando estratégias para que as boas práticas se mantenham.

Assim, a primeira legislação que estrutura o sistema único de saúde e garante os direitos à saúde é a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que prevê a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

A Carta de Direito dos Usuários da Saúde foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2009, com o objetivo de ser uma ferramenta para cada cidadão conhecer e lutar por seus direitos na esfera da saúde, seja no ambiente público ou privado, e descreve princípios básicos que podem ser encontrados na Tabela 1.

Tabela 1. Princípios básicos da Carta de Direito dos Usuários da Saúde

Princípio	Descritivo
1	Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2	Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema
3	Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação
4	Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5	Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.

6	Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.
---	--

Fonte: MS, 2012

Analisando os 6 princípios básicos que compõem os direitos de cada cidadão, percebe-se que a humanização, o acolhimento e o atendimento respeitoso são princípios básicos que norteiam o acesso digno à saúde, sendo também princípios básicos que norteiam o parto humanizado, como já registrado no capítulo 1. Com isto, percebe-se que a garantia à saúde digna se encontra no parto humanizado.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1947 define saúde como: um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. A OMS (2014, p.1) declara que toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, e a Constituição Federal do Brasil (CRFB/88), emendada em 2015, declara, em seu art.6º, como direitos sociais, dentre outros, a saúde e a proteção à maternidade e à infância.

Através de pesquisas científicas realizadas pelo mundo todo, a OMS (1996) listou boas e más práticas de atenção ao parto e nascimento. Sendo divididas em 4 categorias:

Tabela 2. Boas e más práticas de atendimento ao parto.

<p>CATEGORIA A - PRÁTICAS DEMONSTRADAS E ÚTEIS QUE DEVEM SER ESTIMULADAS:</p>	<p>Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro; Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde; Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto • Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante; Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto; Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto; Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto; Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem; Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto ; Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente; Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS; Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento; Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como</p>
---	--

	<p>massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto; Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto; Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue; Condições estéreis ao cortar o cordão; Prevenção da hipotermia do bebê; Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno; Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.</p>
<p>CATEGORIA B - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS:</p>	<p>Uso rotineiro de enema; Uso rotineiro de tricotomia; Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto; Cateterização venosa profilática de rotina; Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto; Exame retal; Uso de pelvimetria por Raios-X; Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos; Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto; Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto; Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto; Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias; Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto; Lavagem uterina rotineira após o parto; Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.</p>
<p>CATEGORIA C - PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO:</p>	<p>Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos; Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto; Pressão do fundo durante o trabalho de parto; Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto; Manipulação ativa do feto no momento do parto; Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto; Clampeamento precoce do cordão umbilical; Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto.</p>

<p>CATEGORIA D - PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO:</p>	<p>Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto; Controle da dor por agentes sistêmicos; Controle da dor por analgesia peridural; Monitoramento eletrônico fetal; Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto; Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço; Correção da dinâmica com utilização de ocitocina; Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto; Cateterização da bexiga; Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário; Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto; Parto operatório; Uso liberal e rotineiro de episiotomia; Exploração manual do útero após o parto.</p>
---	--

Fonte: OMS; 1996.

As práticas consideradas prejudiciais e sem evidências de atenção à saúde no parto no parto e nascimento, revelam procedimentos realizados e que claramente causam mal às gestantes, sendo considerados violência obstétrica. A partir disso devemos entender que é necessário construir uma qualificação profissional focada nas evidências científicas que temos atualmente, abandonando a cultura de procedimentos ineficazes e prejudiciais. Conscientizar mães e pais a respeito destes procedimentos também é de extrema importância para sua proteção.

A lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990, dispõe o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que tem por objetivo garantir todos os direitos da criança e do adolescente. Destacando-se os artigos:

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência;

Art. 8 ºÉ assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

§ 2 ºOs profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher.;

§ 3 ºOs serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção

primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016);

§ 4 º-Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência;

§ 7 º-A gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança. (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016);

§ 8 º-A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos. (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016);

Art. 9º O poder público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade.;

§ 1 º-Os profissionais das unidades primárias de saúde desenvolverão ações sistemáticas, individuais ou coletivas, visando ao planejamento, à implementação e à avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, de forma contínua. (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016).

A Lei do Acompanhante de nº 11.108 (2005), garante o direito à gestante de escolher um acompanhante para estar presente no pré-parto, parto e pós-parto. A presença de uma pessoa de escolha da paciente é obrigatória no SUS, não podendo ter a entrada de seu acompanhante recusada. A presença de um acompanhante em um momento tão vulnerável da mulher, pode garantir a mesma mais segurança. Se o acompanhante participar do planejamento do parto, poderá auxiliar a gestante, ajudando-a a informar a equipe do que foi planejado, caso queiram passar por cima de seus desejos.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi fundado pelo Ministério da Saúde pela Portaria/GM nº 569 de 1 de junho de 2000. Vista a necessidade de uma atenção específica à parturiente, ao pós-parto e a atenção adequada ao recém-nascido. Tendo como prioridade: reduzir as taxas de morbi-mortalidade materna, peri e neonatal do país; desenvolver medidas que auxiliem na cobertura e na qualidade do acesso ao pré-natal, parto, puerpério e neonatal; e ampliar medidas já adotadas pelo Ministério da Saúde. Sem a humanização não há como garantir acesso de qualidade a gestante e o neonato, este preceito norteia a PHPN: “O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério”.

A PHPN está estruturada nos seguintes princípios: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Política Nacional de Humanização (2003), existe com o objetivo de efetivar os princípios do SUS na prática de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil (MS). A PNH deve estar inserida nas políticas e programas do SUS. A humanização trata-se da valorização dos usuários e dos trabalhadores, promovendo sua autonomia, ampliação de suas capacidades, proporcionando responsabilidade compartilhada, criando vínculos, estimulando a participação coletiva nos projetos de gestão e a produção de saúde. A PNH (MS):

estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

A PNH valoriza a autonomia de cada pessoa e seu processo de ampliar suas capacidades, sejam usuários ou trabalhadores. Valoriza fortemente a conversa, o debate, a exposição de opiniões a partir de conhecimentos variados que unidos, nos levam a um conhecimento vasto. Conjuntamente o parto humanizado acredita e tem por princípio estes mesmos valores, incentivando a autonomia da mulher, valorizando a ampliação de conhecimentos sobre o parto, tanto para a mãe quanto para o pai, possibilitando uma construção de opinião mais robusta, possuindo então ferramentas para acreditar e escolher o que entendem como melhor para eles mesmo e seu filho. O parto humanizado carrega consigo questionamentos sobre a forma como as mulheres têm parido, levando até as instituições do SUS discussões sobre como o processo do parto deveria se dar, e o que cada um como instituição pode contribuir para a garantia dos direitos das gestantes. Estes debates realizados entre médicos, enfermeiros e gestores, buscam garantir um acesso digno, prática apoiada pela PNH.

A Rede Cegonha foi instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, tendo como princípios, objetivos e diretrizes:

Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios:

1. O respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
2. o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
3. a promoção da equidade;
4. o enfoque de gênero;
5. a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
6. a participação e a mobilização social; e
7. a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha:

1. Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
2. organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
3. reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Art. 4º A Rede Cegonha tem por diretrizes:

1. garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
2. garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
3. garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
4. garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e
5. garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

A Rede Cegonha busca ativamente melhorar a atenção à saúde no SUS, no âmbito materno infantil. A ideia de um sistema com uma boa resolubilidade, agilidade, efetividade,

eficácia e eficiência, só pode acontecer na prática se houver uma organização adequada, um investimento e um comprometimento adequado (BRASIL, 2011a). Visando trazer uma saúde digna e humanizada, cada profissional envolvido deve entender o seu papel no sistema, entender o tratamento humanizado, e buscar sempre melhores estratégias de gestão.

A Rede Cegonha está conectada com o parto humanizado, visto que seus princípios e objetivos estão alinhados. Ambos buscam: respeito e proteção materno infantil; um modelo de atenção à saúde materno infantil focado no pré-natal, parto e puerpério, bem como o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança; visam a garantia das boas práticas e segurança de atenção ao parto e nascimento; saúde da criança; saúde reprodutiva da mulher. O atendimento na gestação, parto e pós-parto é um direito de cada mulher, podendo contar com a ajuda da Rede Cegonha, uma ação de saúde do SUS, que tem por objetivo ajudar a garantir estes direitos.

A Portaria de nº 371 de 7 de maio de 2014, estabelece diretrizes para a estruturação da atenção integral e humanizada ao recém nascido no SUS. O art 4º que trata dos direitos do recém nascido sadio, determina que deve se,

assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de bruços e cobri-lo com uma coberta seca e aquecida, Verificar a temperatura do ambiente que deverá está em torno de 26 graus para evitar a perda de calor; proceder ao clampeamento do cordão umbilical, após cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV HTLV positivas, nesses casos o clampeamento deve ser imediato; estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas; e, postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida. Entende-se como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, entre outros procedimentos.

Estes direitos do recém-nascido, também são plenamente garantidos dentro do parto humanizado, já que para o parto humanizado o aleitamento materno na primeira hora de vida produz diversos benefícios ao binômio mãe e bebê, e também auxilia na imunidade do bebê, bem como a diminuição do sofrimento ao nascer. Não sendo levado para longe de sua mãe e para um lugar frio, mas para o seu colo. Estimular o contato pele a pele, a amamentação na primeira hora de vida e postergar procedimentos de rotina, são benefícios para o bebê e para a mãe, sendo também um direito.

O Projeto de Lei 422/23 inclui a violência obstétrica entre os tipos de violência previstos na Lei Maria da Penha, sendo um projeto ainda em discussão na Câmara dos Deputados. Existem

outros projetos tramitando visando coibir a violência obstétrica, como os projetos de lei 7867/17 e 8219/17, que estão apensados ao PL 6567/13, do Senado, que obriga o Sistema Único de Saúde (SUS) a oferecer à gestante parto humanizado (Agência Câmara de Notícias, 2023).

## **5. Parto humanizado como prática de cuidado, garantia do direito à saúde e prevenção à violência obstétrica**

Fundamentado nos artigos científicos analisados, este capítulo tem por objetivo apresentar o parto humanizado como pilar na garantia dos direitos à saúde das gestantes e prevenção da violência obstétrica no SUS.

### **5.1 A importância do parto humanizado na garantia dos direitos à saúde das gestantes**

Como já descrito nos outros capítulos, toda gestante tem direito ao atendimento seguro, digno e respeitoso. Souza (2020, p.:1180) apresenta em uma plenária, cujo tema em discussão era “Parto humanizado e o direito de escolha”: análise de uma audiência pública no Rio de Janeiro, Maysa, representante da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras do Rio de Janeiro (Abenfo), argumenta que o atual modelo hospitalar faz com que a gravidez, o parto e o pós-parto, sejam vistos como um período que afeta diretamente a saúde da mulher. Para a representante da Abenfo não está em debate que a gestante deve estar plenamente saudável para o parto humanizado, mas o debate está na transição de paradigmas onde, o protagonista deixa de ser o médico e passa a ser a gestante, cabendo à mesma decidir onde quer parir, em qual posição parir, com o acompanhante que desejar, podendo montar seu plano de parto livremente (gestante sadia). Neste contexto, afirma que o modelo de cuidado para o parto em casos de risco, passou a ser utilizado como um modelo básico universal, que passou a entender gravidez e parto como um risco à saúde da mulher, reafirma, porém, que o parto é um ato fisiológico, ou seja, natural, toda mulher é capaz de vivenciar esta experiência.

Tomando como base esta afirmação, conclui-se que o parto humanizado, possibilita à mulher ter autonomia sobre seu corpo e propõe um atendimento digno, humanizado, seguro e respeitoso. O parto humanizado ao mesmo tempo que traz o que há de mais primitivo, traz o que há de mais moderno, criando uma ponte saudável entre a fisiologia humana e o desenvolvimento da ciência. Ainda assim, precisamos nos perguntar por quê o parto humanizado ainda é para uma elite e por quê ele é visto como uma prática cara e não acessível.

A elitização do parto humanizado, como questão a ser problematizada, pressupõe que ter direitos básicos à saúde, respeito e dignidade são luxos adquiridos por quem pode pagar (SOUZA, 2020, p.: 1179).

O acesso à informação aparece como um privilégio, e a recusa da medicalização, como um direito. Tal manifestação remete à ideia de que o “parto humanizado” é algo de uma classe social mais abastada, de uma elite econômica, pois apenas essa teria o poder da escolha (SOUZA, 2020, p.:1179).

Diana, integrante do Movimento Mães e Crias na Luta, durante uma audiência pública sobre o tema na Alerj em 2016. Relata a importância de ter acesso a informação de qualidade e um atendimento respeitoso, com o objetivo de ter um parto seguro e saudável.

Estou aqui porque eu quero que todas as mulheres tenham acesso a isso, porque isso não pode ser um privilégio, isso não pode ser para uma elite ... Eu tive acesso à informação, tive acesso à uma rede incrível, quero que todas as mulheres tenham isso. Quero que as mulheres possam parir com segurança, com acolhimento, com respeito, com uma equipe profissional qualificada, profissionais que estão atuando na clandestinidade não podem ser devidamente qualificados para nos dar a segurança de um parto saudável, para nós e para nossos bebês. A gente não quer um parto maluco, não, gente. A gente quer um parto seguro, saudável, para nós e para os nossos bebês, com respeito. É isso(SOUZA, 2020, p.1179-80).

Em um parto humanizado, seja ele na maternidade ou domiciliar, faz-se necessária a presença de uma equipe multiprofissional que deve estar a disposição desta parturiente, para que a mesma possa viver o momento do parto da maneira que desejou e planejou. Porém, ter uma equipe à disposição e até mesmo dentro da casa da parturiente, pode realmente soar como algo que somente as mulheres que puderem arcar com os custos, poderiam viver esta experiência. Contudo, esta pesquisa trata de mostrar que toda gestante e toda parturiente tem o direito de vivenciar seu parto da maneira que desejar. Como já descrito diversas vezes, “saúde é um direito de todos e dever do Estado”, sendo um direito o melhor padrão de saúde atingível, como diz a OMS.

A prática médica que indica como prioritário ou principal para a gestante o parto cesáreo, não visa saúde, mas lucro e captura o direito de escolha da gestante. Alia-se a esta prática a disseminação da informação de violências obstétricas que as mulheres que optam pelo parto

normal estão suscetíveis, causando medo a respeito do parto natural, para que as mulheres nem o busquem. Afirma Rodrigues (2022, p.2) que: “Acreditam que para tornar o abuso de cesáreas aceitável, é fundamental manter o parto vaginal o mais doloroso e danoso possível, se possível negando as evidências científicas, as quais as práticas médicas supostamente deveriam aderir”.

A respeito da humanização vale ressaltar que não basta haver uma visão de humanização como empatia, resumido em uma ação moral do ser humano e em uma relação de dependência da boa vontade de um profissional. A humanização vai além da ética e da moral de uma pessoa, é uma sólida formação obstétrica e ginecológica, com base científica, que seja capaz de discernir práticas intervencionistas de práticas médicas realmente necessárias (DESLANDES *apud* Santos *et al*, 2022, p.:1794).

A garantia do direito à saúde é prevista na lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que prevê a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

Também consta na carta de direito dos usuários do SUS que todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação, um atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos. Isto significa que todos, sem exceção, independente de sua classe social tem direito à saúde e ao atendimento humanizado, devendo o Estado proporcionar esse atendimento, incluindo o parto humanizado (Brasil, Ministério da Saúde, 2011, pg.: 28).

## **5.2 A importância do Parto humanizado na prevenção da violência obstétrica no SUS**

O parto humanizado defende a autonomia e independência da mulher, bem como o desenvolvimento científico, entendendo que existem práticas antigas do parto que não possuem embasamento para serem feitas, e que acabam ocasionando em episódios de violência (SOUZA, 2020 p.1169-1186).

Os profissionais de enfermagem têm perdido a sua essência, do cuidado integral com o ser humano. Os ambientes de maternidade são tidos como uma fábrica funcional, onde o objetivo é

liderar rankings de partos, o que vai contra todo o princípio de cuidado. A prática da humanização e acolhimento, junto de ações que conscientizem os profissionais a protagonizarem a mulher e adotarem o método humanizado de parto pode ser o primeiro e grande passo para erradicar a Violência Obstétrica (MARTINS *et al apud* Ferraz *et al*, 2022, p.: 3).

As mulheres gestantes, parturientes e puérperas, quando passam por fortes estresses, esses eventos podem prejudicar o binômio mãe e bebê e até prejudicar a lactação da mulher. Assim, o cuidado de qualidade realizado com a gestante, parturiente e puérpera, juntamente com a sua família, é muito importante para que todos se comprometam em reduzir ao máximo seu estresse e preocupação (Heloisa de Oliveira SALGADO; Denise Yoshie NIY; DINIZ *apud* MEDEIROS; NASCIMENTO, 2022, p.6).

A pesquisa “Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde” (AGUIAR&D’OLIVEIRA&SCHRAIBER *apud* MEDEIROS; NASCIMENTO, 2022, p.2) confirmou que certas práticas assistenciais são inadequadas, como por exemplo o comentário comum, “na hora de fazer não chorou”, que não são vistas como violentas pelos profissionais, mas sim como uma atitude necessária diante uma situação difícil.

Tal pensamento faz com que a violência obstétrica seja cada vez mais invisibilizada, já que se trata apenas de uma conduta profissional que supostamente visa a saúde da mulher e do bebê. Esta pesquisa nos mostra novamente a importância da educação baseada em evidências científicas concretas, para que mesmo em situações difíceis os profissionais saibam lidar de forma segura, correta e humanizada.

Entretanto, mesmo com a permanência dos profissionais, a humanização não está assegurada, pois as condições precárias e exaustivas de trabalho geram riscos e não permitem a incorporação de tais práticas ao cotidiano do serviço (Santos *et al*, 2022, p. 1797).

### **5.2.2 A educação permanente em saúde priorizando o parto humanizado - Projeto Apice On**

O projeto ApiceOn sigla para, Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, fundado pela Universidade Federal de Minas Gerais, sendo uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

(EBSERH), Associação Brasileira de Hospitais Universitário Ensino (ABRAHUE), Ministério da Educação (MEC) e Instituto Fernandes Figueira (IFF)/ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), propõe cuidado ao parto e nascimento; planejamento reprodutivo pós-parto; qualificação nos campos de atenção; em hospitais com as seguintes características: de ensino, universitários e/ou que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha (Portal de Boas Práticas, UFMG, 2023, pág.: 1).

O projeto se constitui em uma rede de 97 hospitais com atividades de ensino em todo território nacional (Portal de Boas Práticas, UFMG, 2023, pág.: 2) e tem como objetivo.

Disparar movimentos para mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão junto a estas instituições, porque se apresentam como espaços definidores do modo como se consolida o aprendizado de práticas e a incorporação de modelos assistenciais. Por isto, se constituem em espaços preponderantes na formação dos novos profissionais, especialmente na modalidade residência (Portal de Boas Práticas, UFMG, 2023, pág.: 2)

Assim, destaca-se no projeto que:

Acredita-se que a incorporação de um modelo de cuidado centrado nas necessidades e direitos das mulheres, seus bebês e familiares, como também nas melhores práticas disponíveis, poderá produzir, a curto e médio prazo, efeitos significativos na qualidade do cuidado ofertado no SUS (Portal de Boas Práticas, UFMG, 2023).

O projeto Apice On possui três pilares, formação, atenção e gestão, e busca aproximar as universidades, do trabalho em saúde e da sociedade que o utiliza, para mudar o modelo tradicional de ensino e formação, bem como a assistência obstétrica e neonatal, por meio da inserção de novas práticas de ensino, cuidado e gestão do trabalho (Portal de Boas Práticas, UFMG, 2023, pág.: 3).

Tabela 3. Conceitos relacionados aos pilares do projeto Apice On.

Formação	Atenta-se aos modos de formar adotados pela Instituição e sua função ampliada de promover qualificação profissional e integração ensino / serviço / pesquisa, tarefas especiais esperadas para esses hospitais na sua relação com o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, observa-se especialmente o potencial de formação profissional com base nas diretrizes de um novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento. E também numa ética de ensino comprometida com a humanização, autonomia e o aporte de referenciais para a prática de trabalho em equipe multiprofissional.
Atenção	Observa-se os modos de cuidado prevalentes nos serviços e avalia-se as tendências de incorporação das práticas recomendadas na relação serviço-mulheres-crianças (recém-nascidos).
Gestão	Avalia-se a dinâmica do trabalho em equipe multiprofissional e a mobilização da gestão no fomento à participação e protagonismo de todos que circulam no serviço nas esferas da assistência e da formação.

Fonte: Elaboração própria, 2023.

O artigo de Santos *et al* 2022, Humanização do parto: desafio do projeto Apice On. Realizou uma pesquisa de campo em um hospital de grande porte no interior de São Paulo, participaram da pesquisa os profissionais de saúde pertencentes à equipe referência da unidade e do centro obstétrico. a respeito dos temas: falhas na formação profissional, modelo de atenção biomédico e gestão ineficaz(SANTOS *et al*, 2022, p. 1795).

Foi relatado que não há salas o suficiente para a realização de partos vaginais, e que por isso eles têm um número de cesáreas muito maior que o necessário. Sendo também relatada a superlotação como um fator impedidor de um atendimento humanizado, já que este tipo de atendimento demanda tempo e cuidado e no meio de um cenário complicado de superlotação fica inviável dar conta disto.

Visto o cenário intervencionista e violento que temos observado na obstetria e ginecologia, entende-se a necessidade de uma mudança estrutural no sistema, tendo como base a humanização e considerando todas as esferas envolvidas. A infraestrutura das instituições de

saúde, a formação biomédica, as relações de trabalho e a lógica de produção. Esta nova mudança estrutural vem pautada e baseada na objeção a violência obstétrica, a melhores condições de trabalho, melhoria na qualidade do cuidado, utilização saudável das tecnologias disponíveis e uma boa relação entre profissionais e usuários. Humanizar o trabalho dos profissionais da saúde é fundamental para que eles tenham condições físicas e psíquicas de prestar um atendimento humanizado de qualidade (DESLANDES *apud* SANTOS *et al*, 2022, p.: 1794).

Falar sobre a saúde dos trabalhadores da área da saúde também é de extrema importância para o exercício da humanização, podemos acabar caindo no erro de exigir excelentes atendimentos dos profissionais para com os pacientes enquanto os mesmo não tem condições físicas e psíquicas para tal (Portal de Boas Práticas, UFMG, 2023).

No âmbito do SUS, a Atenção Básica de Saúde é a base do cuidado, pois a sua função é o acompanhamento rotineiro, visando a prevenção de quadros graves. Para as gestantes não é diferente, por isso é fundamental uma boa Atenção Básica de Saúde para que os serviços de pré-natal sejam ofertados com excelência e com todos os exames necessários para o melhor processo preventivo.

Podemos observar na prática esta importância ao observar este relato dito durante a pesquisa campo:

Tem muita coisa que poderia ser resolvida na atenção básica e que chega aqui pra gente já numa questão emergencial, que poderia ter sido prevenida e evitada na atenção básica. Então acho que existem muitos problemas aqui, mas existem muitas raízes fora daqui (SANTOS *et al*, 2022, p.: 1798).

Os profissionais também relataram ter uma pediatria e uma obstetria muito intervencionista:

A gente tem uma pediatria muito intervencionista, assim como a obstetria. A gente está centrado no que é doença, e não naquilo que é biológico, naquilo que é normal. Se você deixar o bebê nascer e ficar ali com a mãe, eu não preciso limpar ele, aquecer ele. Ele já está no contato pele a pele, ele já está junto da mãe, ele vai ter a temperatura adequada, ele vai respirar (SANTOS *et al*, 2022, p.: 1798).

### **5.2.3 Parto domiciliar planejado como instrumento de humanização**

A OMS recomenda o parto domiciliar, desde que seja acompanhado por um médico ou enfermeiro obstetra e com um plano de transferência para casos de complicação. Este plano deve ser desenvolvido e planejado antes do parto, devendo ser avaliada a distância da casa até o hospital e o tempo de deslocamento. O termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) deve ser assinado e discutido até 37 semanas de gestação (Souza *et al*, 2022, p.2).

O parto domiciliar planejado oferece um atendimento de qualidade com menores intervenções, menores taxas de cesarianas e incentivo ao protagonismo e autonomia da mulher. Os métodos não farmacológicos para alívio da dor são recomendados pela Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, sendo utilizados antes de qualquer método farmacológico. Sendo os mais utilizados, banho em banheira/piscina, banho no chuveiro (terapêutico) e utilização de bola suíça (pilates) (Souza *et al*, 2022, p.13).

Internacionalmente as mulheres que optam pelo parto domiciliar planejado são múltiparas (já tiveram um parto anterior, por qualquer via). Nacionalmente as mulheres que buscam este tipo de parto são primíparas (vai parir pela primeira vez). O parto domiciliar planejado oferece um atendimento de qualidade com menores intervenções, menores taxas de cesarianas e incentivo ao protagonismo e autonomia da mulher. Tendo como acompanhantes mais frequentes o pai, a doula e os filhos. (Souza *et al*, 2022, p.10).

O parto domiciliar tem desfechos positivos, tanto físicos quanto psíquicos. Segundo Souza *et al* (2022, p.14), o parto domiciliar planejado é uma opção segura, viável e de qualidade para a família vivenciar esse processo, mulheres assistidas nesse local estão recebendo uma assistência que é congruente com as evidências científicas.

A mulher tem o direito ao planejamento reprodutivo, como já visto, bem como o direito de escolher previamente o lugar em que deseja parir. Podendo ser em sua própria casa, contudo, o parto domiciliar não está disponível no SUS (Souza *et al*, 2022, p.2).

No Brasil não existe protocolo para o atendimento no Parto Domiciliar Planejado, desse modo, as equipes decidem incluir ou não mulheres com cesárea prévia no seu protocolo

de atendimento. Cabe destacar, que a enfermeira obstétrica está apta para o atendimento de parto e nascimento de risco habitual (Souza et al, 2022, p.14).

### **5.3 Conclusão**

Ao longo da pesquisa foi possível apresentar os direitos das gestantes e seus bebês, com a intenção de revelar que estes direitos ainda não são contemplados plenamente. A pesquisa buscou evidenciar que o parto humanizado é um instrumento de prática do cuidado que auxilia na garantia do direito das gestantes, bem como, diante de toda a sua definição, ele se torna capaz de prevenir a violência obstétrica. Se este instrumento fosse cada vez mais adotado pelo SUS, as taxas de violência obstétrica seriam bem reduzidas, já que o parto humanizado não permite nenhum tipo de violência, seja física ou psicológica.

A pesquisa buscou, também, compreender todo o processo histórico relacionado ao parto, para que possamos entender o que vivemos hoje, e, a partir de então pensar em ações que promovam maior cuidado em saúde.

Tendo como fatores principais, garantir os direitos já previsto pela Constituição Federal e outros órgãos no Brasil; garantir formação de qualidade e humanizada para todo profissional de saúde, seja da saúde fim ou meio, buscando o ensino humanizado; reduzir as taxas de cesáreas sem real necessidade, visando a saúde da mãe e do bebê; reduzir as taxas de violência obstétrica, utilizando do parto humanizado como a principal estratégia de prática de cuidado; assim como desfigurar a visão de que parto humanizado/ parto domiciliar planejado é somente para um público que pode pagar, a pesquisa ofereceu a perspectiva que o parto humanizado é um direito e o parto domiciliar uma opção, e que todas as mulheres devem ter esta autonomia de escolha.

É de extrema importância a divulgação do parto domiciliar planejado, pois este tem o objetivo de trazer de volta a autonomia e independência da mulher no momento do parto, podendo escolher como e onde deseja ter seu filho. Incluir o Parto Domiciliar Planejado como opção no SUS é muito importante para que toda mulher possa ter ele em mente e se desejar, seja disponibilizado para ela esta via de parto.

A pesquisa levou a perceber a necessidade de uma mudança de mentalidade a respeito do parto domiciliar, para que as mulheres que o desejam não acabem sendo “aterrorizadas” por

profissionais que não entendem a lógica fisiológica do corpo feminino, já que o profissional de saúde tem um “poder de influência” sobre a paciente, fazer com que se sinta segura ou não, por isso é de extrema importância que o profissional ofereça à mulher todas as opções de vias de parto e todas as opções de realizá-las, seus prós e contras, sendo sempre imparcial para que a mulher tenha espaço para realizar sua escolha com o máximo de sinceridade e fidelidade consigo mesma.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. Projeto inclui violência obstétrica na Lei Maria da Penha. HAGE, Lara. 27.fev.2023

AGNES, Julia. **Golden Hour**: A primeira hora de vida do bebê. Grande Florianópolis e Itajaí - SC: Casa da Doula. 03/07/2018.

ALMEIDA, Juliana Sousa de. *et al* **Prevalência de parto vaginal após cesárea em uma maternidade de alto risco**. 2021 jan/dez; 13:1506-1511. Disponível em: <<http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo>>. v13.10250. Acesso em: 8 de abril de 2023.

AQUINO, Alessandra Guimarães *et al*. **Medicalização da assistência ao parto normal**: Perfil de gestantes atendidas em uma maternidade de risco habitual. 44. ed. Costa Rica: Revista Enfermeria Actual en Costa Rica, 2023. Disponível em: <<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/index>>. Acesso em: 26/04/23.

BELLAY, Adrielle Bruna dos Santos *et al*. **Desafios na implementação das boas práticas de atenção ao parto**. Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11672>>. Acesso em: 03. out. 2023.

BRASIL. Constituição (1988), Capítulo II - DA SEGURIDADE SOCIAL, SEÇÃO II - DA SAÚDE, art. 196. Disponível em: <Constituição (planalto.gov.br)>. Acesso em: 10 ago. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <Lei nº 11.108 (planalto.gov.br)>. Acesso em: 09.jul.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 3. ed. 28 p. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_direitos\\_usuarios\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf)>. Acesso em: 12. jun. 2023.

CHAUVET, Eduardo. **O Renascimento do parto**. Chamet Filmes. MasterBrasil Filmes. Documentário. 2013.

COELHO, Elza Berger Salema; SILVA, Anne Caroline Luz Grütner da; LINDNER, Sheila Rubia. **Violência**: definições e tipologias. Universidade Federal de Santa Catarina. FLORIANÓPOLIS | SC, 2014, 32p. Disponível em: <[https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1862/1/Definicoes\\_Tipologias.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1862/1/Definicoes_Tipologias.pdf)>. Acesso em: 02. jun. 2020.

COSTA, Juliana Alves *et al*. **Violência obstétrica e humanização no parto. Percepção de alunos de graduação em Medicina e Enfermagem**. Revista de Saúde 2022 Dez/Mar.; 13 (1): 28-33. Disponível em: <10.21727/rs.v13i1.2993>. Acesso em: 10/04/23.

DIAS, Rodrigo Nunes *et al.* **Distócia de ombro**. São Paulo. 01/12/2017. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/259-distocia-de-ombr>>. Acesso em: 12 de maio de 2023.

DULFE, Paolla Amorim Malheiros *et al.* **Experiência de puérperas acerca do processo parturitivo no contexto do modelo assistencial humanizado**. Revista Saúde (Sta. Maria). 2021; 47. Disponível em: <10.5902/223658344481>. Acesso em: 20/04/23.

DUQUE, Larissa de Medeiros. **As Repercussões Bio-Psíquicas do Parto Humanizado Sob a Lógica da Mulher**. Revista Pró-UniverSUS. 2021 Jul./Dez.; 12 (2)SUPLEMENTO: 15-20. Acesso em: 18. abril. 23.

KLEIN, Bruna Euzebio; GOUVEIA, Helga Geremias. **Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto**. Universidade Federal do Paraná. Revista Cogitare Enfermagem. v. 27, p.13, 2022. Disponível em : <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.80300>>. Acesso em 20 ago. 2022.

FERRAZ, Geovane de Souza *et al.* **Caracterizando a violência obstétrica** . São Paulo: Rev Recien. 2022; 12(40):167-177. Disponível em: <<https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.40.167-177>>. Acesso em: 18 de abril de 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Direitos das Gestantes**. <Bis Infantil (fiocruz.br)>. Acesso em 05.ago.22

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Contato Pele a Pele na Cesárea**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/contato-pele-a-pele-na-cesarea/>>. Acesso em: 08. jun. 2022.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA/IFF/ FIOCRUZ. **Cuidado à mulher em trabalho de parto: boas práticas no segundo período**. Rio de Janeiro, 2018, 21p. Disponível em: <[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/29836/CUIDADOS%20%C0%20MULHER%20EM%20TRABALHO%20DE%20PARTO\\_BOAS%20PR%C1TICAS%20NO%20SEGUNDO%20PER%CDODO.pdf;jsessionid=896BEB98BCC4DB8BA0F4F33FAE4481A7?sequence=2](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/29836/CUIDADOS%20%C0%20MULHER%20EM%20TRABALHO%20DE%20PARTO_BOAS%20PR%C1TICAS%20NO%20SEGUNDO%20PER%CDODO.pdf;jsessionid=896BEB98BCC4DB8BA0F4F33FAE4481A7?sequence=2)>. Acesso em: 18.jun.22.

\_\_\_\_\_. Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Rio de Janeiro, 2019, 31p. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-i-hac/>>. Acesso em: 18.jun.22.

MEDEIROS, Rita de Cassia da Silva; NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme do. **“Na hora de fazer não chorou”**: a violência obstétrica e suas expressões. Revista Estudos Feministas. Mulheres na Pesquisa. Centro de Filosofia e Ciências Humanas e Centro de Comunicação e Expressão da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2022, vol.30, n.3. Disponível em: <10.1590/1806-9584-2022v30n371008>. Acesso em: 12. set. 2023.

MICHAELIS, Dicionário brasileiro da língua portuguesa. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/parto/>>. Acesso em: 25.ago.2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Lei nº 8080: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde. Disponível em: < Lei nº 8080: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) | Biblioteca Virtual em Saúde MS (saude.gov.br)>. Acesso em: 20.ago.2022.

\_\_\_\_\_. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Legislação Federal publicada em 2011 relacionada aos princípios, diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização. Disponível em: <(Humanização+legislação+2011) (saude.gov.br)>. Acesso em: 11.ago.2022.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS a Rede Cegonha. Brasília, 2011. Disponível em: <Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011>. Acesso em: 09 ago. 2022.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília. Disponível em: <Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000>. Acesso em: 09 ago. 2022.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, 1º de junho de 2000. Instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília. Disponível em:<Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000>. Acesso em: 09 ago. 2022.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - sus- a Rede Cegonha. Disponível em: <Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 >. Acesso em: 09 de ago. 2022.

\_\_\_\_\_. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização (PNH). Disponível em: <Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS — Ministério da Saúde>. Acesso em: 11.ago.2022

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2013. Disponível em: < Política Nacional de Humanização - PNH (saude.gov.br) >. Acesso em: 11.ago.2022.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:<Portaria Nº 371, de 7 de maio de 2014> Acesso em: 09 ago. 2022.

MONTEIRO, Alessandra Sousa *et al.* **Prática de enfermeiros obstetras na assistência ao parto humanizado em maternidade de alto risco.** Fortaleza: Revista: Rene (2020). Disponível em: <Repositório Institucional UFC: Prática de enfermeiros obstetras na assistência ao parto humanizado em maternidade de alto risco >. Acesso em: 15 ago. 2022.

NASCER NO BRASIL. Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. (2019). Disponível em < <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/> >. Acesso em: 20 jun. 2022.

NERES, Milena Pantiará; MARTINS, Gustavo Rocha. **Violência obstétrica: uma análise constitucional do tratamento dado à mulher no momento do parto.** Minas Gerais, Juiz de Fora : Revista Vianna Sapiens, v. 12, n. 2, p.29, 2021. Disponível em: <<https://www.viannasapiens.com.br/revista/article/view/713>>. Acesso em: 23 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Genebra, 1996. Disponível em: <Boas-Práticas-ao-Parto-e-Nascimento-1.pdf (saude.ms.gov.br)>. Acesso em: 09.ago.2022.

\_\_\_\_\_. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Genebra, 2015. Disponível em: <WHO\_RHR\_15.02\_por.pdf;jsessionid=5944857ABB27B7C3FAFC148252FFD793. Acesso em: 17 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Genebra, 1948. Disponível em <Declaração Universal dos Direitos Humanos (unicef.org) Acesso em 17 jun. 2022 . Official Records n.2. International Health Conference. Genebra, 1948. Disponível em <Official\_record2\_eng.pdf;jsessionid=70D11F48FE5E5A8888E3FDB8F72426A8 (who.int). Acesso em 09.ago.2022

\_\_\_\_\_. Prevenção e Eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituição de saúde. Genebra, 2014. Disponível em <WHO\_RHR\_14.23\_por.pdf;sequence=3>. Acesso em 17 jun. 2022.

Portal de Boas Práticas/ IFF/FIOCRUZ. Apice On. Brasil - UFMG. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 25 de mar. 2022.

REIS, Pamela. Circular de cordão: Mitos e verdades sobre o cordão umbilical enrolado no pescoço do bebê. Crescer, 17/08/2020. Disponível em: <<https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Desenvolvimento-do-bebe/noticia/2014/02/mitos-e-verdades-sobre-o-cordao-umbilical-enrolado-no-pescoco-do-bebe.html>> Acesso em: 12 de maio de 2023.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **A Primeira Operação Cesariana em Parturiente Viva.** In: À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009, pp.171-172. História da Medicina series, vol. 2. ISBN 978-85-61673-63-5. <https://doi.org/10.7476/9788561673635.0019>. Acesso em 25. agos. 2022.

RODRIGUES, Karine. **No Brasil das cesáreas, falta de autonomia da mulher sobre o parto é histórica**. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2021. Disponível em <No Brasil das cesáreas, falta de autonomia da mulher sobre o parto é histórica (fiocruz.br)> Acesso em: 07 ago. 2022.

\_\_\_\_\_. **Tese faz análise histórica da violência obstétrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2022. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/tese-faz-analise-historica-da-violencia-obstetrica-no-brasil>>. Acesso em: 15.ago. 2022.

ROSÁRIO, Sylvia. **A problematização da violência obstétrica a partir de uma análise do discurso médico e jurídico sobre o tema**. TCC apresentado no curso de especialização Direito e Saúde. P. 27. ENSP, 2016. Acesso em: 05. maio. 2022.

SANTOS, Maryelle Peres da Silva *et al.* **Humanização do parto**: desafios do projeto Apice On. Faculdade de Medicina de Marília. SP Brasil, 2021. Disponível em: <10.1590/1413-81232022275.23602021> Acesso em: 05. out. 2023.

SANTOS, Pérola Negra Guimarães dos. **O dilema obstétrico**: aspectos evolutivos e assistenciais de parto no Pará. Programa de Pós-graduação em Antropologia. Bele, Para. 2016. Acesso em : 07. jun. 2022. (referência do cap 1 que faltou)

Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. **Hospital Amigo da Criança**: Rio de Janeiro está em primeiro lugar no ranking. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://saude.rj.gov.br/noticias/2020/12/hospital-amigo-da-crianca-rio-de-janeiro-esta-em-primeiro-lugar-no-ranking>>. Acesso em: 08. maio. 2023.

Secretaria de Estado da Saúde/ Mato Grosso do Sul. **Violência Obstétrica**. Mato Grosso do Sul, 2019. 14p. Disponível em: <[https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/livreto\\_violencia\\_obstetrica-2-1.pdf](https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/livreto_violencia_obstetrica-2-1.pdf)>. Acesso em: Acesso em: 08. maio. 2023.

SILVA, Esther Lima da. **Parto humanizado**: benefícios e barreiras para sua implementação. Research, Society and Development. 2021 v. 10, n. 15. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23275>>. Acesso em: 04 de maio de 2022.

SOUZA, Camila Inácio de; SOUZA, Roséli Fagundes de; PRATES, Cibeli de Souza. **Desfechos maternos e neonatais no parto domiciliar planejado**: uma revisão integrativa. Rev Enferm Atual In Derme, 2022, v. 96, n. 38. Disponível em: <<https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1346>>. Acesso em: 07. out. 2023.

SOUZA, Juliana Borges. **“Parto humanizado e o direito da escolha”**: análise de uma audiência pública no Rio de Janeiro. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.27, n.4, out.-dez. 2020, p.1169-1186. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702020000500008>>. Acesso em: 15/03/23.

VILLAMIL, María Mercedes Lafaurie; BOTERO, María del Pilar Angarita de; GUZMÁN, Clara Inés Chilatra. **Assistência humanizada à gravidez**: o olhar de gestantes que frequentam uma unidade de saúde hospitalar. Universidad de Costa Rica: Revista: Revista Enfermería Actual de Costa Rica,n.38,Jan-Ju.20. Disponível em:  
<[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-45682020000100180](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100180)>.  
Acesso em: 25 ago. 2022.