

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE ENFERMAGEM

AMANDA DOS SANTOS BRASILIENSE
ANDRESSA ALESSANDRA SOUZA DA SILVA

**A influência do fator cultural no processo de parturição:
uma revisão integrativa**

RIO DE JANEIRO

2022

AMANDA DOS SANTOS BRASILIENSE
ANDRESSA ALESSANDRA SOUZA DA SILVA

**A influência do fator cultural no processo de parturição:
uma revisão integrativa**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Bacharel em Enfermagem do Centro Universitário São José, como requisito parcial à obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof. Me. Juliana Rodrigues Cardoso Langsdorff.

RIO DE JANEIRO
2022

AGRADECIMENTO

Agraciamos a Deus pela sabedoria e força ofertada a nós durante essa longa jornada, onde se manteve fiel ao nosso lado, nos orientou e nos amparou mediante aos momentos de aflição.

Sucedendo com nossa Prof. Me. Juliana Cardoso, que foi a peça chave para criar este projeto. Que nos orientou de maneira única, sendo capaz de nos transferir toda a sua sabedoria do começo ao fim, e de nos transferir confiança nos momentos de receio em que precisávamos de palavras de ternura.

Eu, Andressa, agradeço pela oportunidade de realizar minha graduação à minha família, que sempre zelou e esteve presente durante minha caminhada, prestando suporte em todas as etapas e sempre fazendo de mim uma prioridade. À Amanda, minha eterna dupla, só tenho palavras de amor e gratidão por ter aceito fazer parte desse projeto ao meu lado, por ter suprido todo o meu déficit. O que eu me tornei, é a junção de tudo o que vocês me ofertaram, aos que estiveram ao meu lado, obrigada.

Eu, Amanda, dedico meu eterno agradecimento aos meu pais que fizeram de tudo para que eu chegasse onde estou, me apoiaram e abdicaram de muitas coisas para que eu realizasse os meus sonhos. Aos meus orixás, que sempre me guiaram durante a minha vida. Graça a todos vocês eu nunca estive sozinha, sempre estive amparada, minha gratidão é eterna. À, Andressa, que foi minha parceira do início ao fim nesses cinco anos, rimos e choramos, estudamos e brincamos, juntas sempre, e que foi a dupla perfeita para realizar um projeto que nasceu de nós duas e contém um pouco de ambas, para eternizar o que nós somos e seremos.

*“Senhor faça de mim um instrumento da
vossa paz. Onde houver ódio, que eu leve o
amor. Onde houver dúvida, que eu leve a fé.
Onde houver desespero, que eu leve a
esperança.”*

Oração de São Francisco

RESUMO

Introdução: O parto se caracteriza como um fenômeno humano, biológico e simbólico que passou por muitas transformações no decorrer da História. São modificações complexas e individuais com grande variação entre as mulheres. **Objetivos:** Conhecer o impacto da influência das vivências pessoais e sociais no processo de parturição; e como o enfermeiro pode desenvolver a autonomia para a mulher durante o parto. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa onde foi realizado a análise e interpretação de estudos. Baseou-se em manuais técnicos ministeriais e artigos para a confecção do estudo. **Análise de dados:** O estudo se desdobrou em duas categorias de análise: **1.** O impacto da influência das vivências pessoais e da sociedade no processo de parturição; **2.** A (des) apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais: a enfermagem e a livre decisão das mulheres sobre seus corpos; **Discussão:** Após análise dos estudos coletados, evidenciou-se a influência do fator cultural como um determinante nas escolhas da mulher. Por conseguinte, identificamos os pilares necessários para reduzir esse impacto, sendo esta: Humanização; Apoio e informação e Estimulo à autonomia. **Conclusão:** Este estudo destaca a importância da assistência do Enfermeiro em benefício da mulher, enfatizando fundamentos já existentes na Enfermagem, que inclui aspectos humanizados interligados ao apoio e informação ofertados para estimular a autonomia.

Palavras-chave: cultura; parto; parto normal; enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Childbirth is characterized as a human, biological and symbolic phenomenon that has undergone many transformations throughout history. These are complex and individual modifications with great variation among women. **Objectives:** To know the impact of the influence of personal and social experiences on the parturition process; and how nurses can develop autonomy for women during childbirth. **Methodology:** This is an integrative review ressarce where the analysis and interpretation of studies was carried out. It was based on ministerial technical manuals and articles for the preparation of the study. **Data analysis:** The study was divided into two categories of analysis: **1.** The impact of the influence of personal experiences and society on the parturition process; **2.** The (mis)appropriation of women's bodies and reproductive processes by professionals: nursing and women's free decision about their bodies; **Discussion:** After analyzing the collected studies, the influence of the cultural factor was evidenced as a determinant in women's choices. Therefore, we identified the pillars necessary to reduce this impact, namely: Humanization; Support and information and Encouraging autonomy. **Conclusion:** This study highlights the importance of the Nurse's assistance for the benefit of women, emphasizing already existing foundations in Nursing, which includes humanized aspects linked to the support and information offered to stimulate autonomy.

Keywords: culture; childbirth; normal birth; nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

- FIGURA 1** - Elaboração da pergunta norteadora..... 19
- FIGURA 2:** Fatores contribuintes para escolha consciente sobre o parto..... 30

FLUXOGRAMAS

- FLUXOGRAMA 1** - Busca de artigos da pesquisa..... 20

QUADROS

- QUADRO 1** - Tabela de artigos selecionados..... 21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

APS: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

BVS: BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE

BDENF: BASE DE DADOS DE ENFERMAGEM

DECS: DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

DST: DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

GM: GABINETE DO MINISTÉRIO

LILACS: LITERATURA LATINO-AMERICANA E DO CARIBE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MS: MINISTÉRIO DA SAÚDE LITERATURA

NV: NASCIDOS VIVOS

ODS: OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

ONG: ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL

PAISM: PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

PHPN: PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

PNHAH: PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

PNSMI: PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

TP: TRABALHO DE PARTO

SUS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. BASE CONCEITUAL	10
2.1. PROGRAMA DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO	11
2.2. PACTO PELA REDUÇÃO DAS TAXAS DE CESÁREAS	15
3. METODOLOGIA	17
4. ANÁLISES DE DADOS	20
4.1. O IMPACTO DAS VIVÊNCIAS PESSOAIS E DA SOCIEDADE NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO	24
4.2. A (DES) APROPRIAÇÃO DO CORPO E DOS PROCESSOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES POR PROFISSIONAIS: A ENFERMAGEM E A LIVRE DECISÃO DAS MULHERES SOBRE SEUS CORPOS.	25
5. DISCUSSÃO	27
6. CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE 1: FICHA DOCUMENTAL UTILIZADO PARA ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS DOS 12 ARTIGOS SELECIONADOS NA METODOLOGIA DESTE ESTUDO.	36

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um evento singular e marcante na vida da mulher, provocando alterações psicológicas, hormonais e físicas que preparam o organismo materno para gerar o novo ser. São modificações complexas e individuais, que variam entre as mulheres e podem propiciar medos, dúvidas, angústias ou simplesmente a curiosidade de saber o que está acontecendo com seu corpo (PICCININI *et al*, 2008).

A gravidez é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento. Envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões: mudanças na identidade e uma nova definição de papéis (MALDONADO, 2000).

De acordo com Hospital Regional do Oeste de Santa Catarina o diagnóstico de trabalho de parto é um processo dinâmico, e compreende o período que vai desde o início das contrações uterinas regulares, associadas ao apagamento e à dilatação cervical, até a expulsão do concepto e da placenta (FREITAS *et al*, 2011).

O nascimento de um filho caracteriza-se como um momento marcante na vida das mulheres/mães, pois representa a transição do papel da mulher, que passa a ter a incumbência de ser mãe. Esse acontecimento ocorre por meio do parto, que, por sua vez, é um processo que causa mudanças fisiológicas e psicológicas rápidas e intensas na mulher, possibilitando a saída da criança do corpo materno para vir ao mundo (DODOU, 2014)

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam (BRASIL,2001).

Os profissionais da enfermagem, devem manter com a mulher uma relação de ajuda, tendo em mente o objetivo materno, e adotar atitude de fortalecimento da habilidade da parturiente para que essa possa atuar eficaz e satisfatoriamente durante o trabalho de parto e parto (BEZERRA, 2006).

O profissional que vislumbra uma atuação humanista deve respeitar e entender que os direitos, as necessidades e limites do ser humano são condições indispensáveis para uma assistência humanizada e de qualidade (PEREIRA, 2016).

Nos casos em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, as gestações podem ser consideradas como de baixo risco (FILHO, 2013).

Segundo Pereira *et al.* (2011) fatores como o medo, a insegurança da mulher e a ausência de empoderamento são cruciais para que a mulher sinta a necessidade em transferir a responsabilidade da decisão para o médico que a assiste, abrindo mão da sua autonomia e acatando interferências técnicas, o que a impede de agir ativamente nesse processo.

A escolha do tipo de parto efetuada pelas mulheres está relacionada diretamente com o conhecimento que elas possuem sobre o tema e as informações que são apresentadas pelos profissionais da área de saúde que a assiste.

Consequentemente, é de extrema importância a troca dessas informações no decorrer da realização do pré-natal, mas também como uma forma de interação entre o médico e a paciente, dando margem a elucidação de dúvidas e minimizando a ansiedade das primigestas em relação ao momento do parto e ao período gestacional (KOTTWITZ *et al.*, 2017).

Apesar do grande avanço científico em prol do processo de parturição, é evidente a grande influência cultural que acomete essas mulheres durante a concepção, afetando diretamente na sua liberdade e tirando sua autonomia.

Constatou-se que a cultura tem influência sobre os saberes e as práticas das mulheres em relação ao processo da parturição e que os múltiplos aspectos que permeiam a vivência das mulheres precisam ser observados quando se presta assistência a elas durante esse processo.

De acordo com a leitura preliminar da temática foi constituída a seguinte indagação: Como as questões culturais influenciam no processo de parturição da mulher?

Em razão dos questionamentos levantados, foi elaborado o **objetivo geral** do presente estudo que é analisar como a cultura influencia no processo de parturição da mulher. Esse objetivo originou **dois objetivos específicos** que são: a) conhecer o impacto da influência das vivências pessoais e sociais no processo de parturição; b) de que forma o Enfermeiro pode favorecer a autonomia para a mulher durante o parto.

2. BASE CONCEITUAL

Até o final do século XIX, os partos eram realizados quase que exclusivamente no domicílio da parturiente ou de pessoa de sua relação, assistidos na maioria das vezes por parteira leiga e raramente por parteira diplomada (MOTT, 2002).

Dar à luz fora de casa era anormal, apavorante e acontecia apenas em situações extremas. O médico era chamado somente em casos complicados, quando a parteira não conseguia resolver o problema. Social e economicamente mais acessível que o médico, a parteira tinha a vantagem de ajudar com as tarefas domésticas, substituindo ou auxiliando a mulher por um algum tempo após o parto. Estas atendiam em domicílio ou recebiam as parturientes em suas casas (LEISTER, 2013).

O parto e a assistência ao parto passaram por diversas transformações no decorrer dos tempos. Passou da residência ao hospital, de um evento que envolvia parteiras a um evento médico, da não-medicalização a medicalização, do natural a um evento regado. Por isso, há um movimento de humanização do parto, preconizado pelo Ministério da Saúde, solicitando assistência integral e humanizada à mulher, como uma tentativa de empoderamento da mulher neste momento (VENDRÚSCOLO, 2016).

Dentro desse contexto de humanização, tendo em vista toda a complexidade que abarca o momento do parto, considera-se importante a presença de um acompanhante de escolha da mulher, a fim de apoiá-la durante o parto. Prática esta, recomendada pela Organização Mundial de Saúde e tem sido desenvolvida com êxito em diversos países (DOMINGUES, 2002).

Para o Ministério da Saúde, de 1974 a 1978 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI) que tinha como objetivo suprir as necessidades relativas a gravidez e ao parto, este programa via a mulher somente na sua função biológica e social. Era um programa isolado dos demais e não tinha articulação com as ações do governo. Suas metas eram gerais e não de acordo com a necessidade da população feminina, o que provocou a fragmentação da assistência (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde, as mulheres se organizaram para reivindicar sua condição de sujeito de direito, que deveriam ir além da gestação e do

parto, pois necessitavam de melhores condições de saúde em todas as fases de suas vidas, exigiram também ações que atendessem também as diferentes populações que possuíam variadas condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, de forma que atendessem a mulher de forma integral (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde, a fim de consolidar para a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, o Ministério da Saúde instituiu, também, a Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

Nos dias atuais, no Brasil, os procedimentos realizados incluem a episiotomia e em hospitais escola, a extração do bebê com fórceps nas primíparas. Sendo este tipo de rotina predominante no SUS atualmente. Por esta razão aquelas mulheres com poder aquisitivo maior optam por uma cesárea, para não passarem por essa cascata de procedimentos, muitas vezes humilhantes e desnecessárias (DINIZ, 2005).

Algumas décadas atrás, a excessiva intervenção médica no nascimento criou representações fortes acerca de sentimento de insegurança que envolve o trabalho de parto. No parto humanizado, a mulher pode reencontrar sua autonomia, requerendo, portanto, uma nova postura dos profissionais que a assistem (NASCIMENTO, 2012).

Dessa forma a enfermagem vem cada vez mais construindo uma história diferenciada, mostrando a sua capacidade, habilidade e influência, aliado a autoconfiança e experiência no processo de parir, preservando sempre as condições físicas, emocionais e os valores da parturiente (PEREIRA *et al*, 2012).

2.1. Programa de atenção ao pré-natal e política de humanização

A humanização da assistência ao parto implica que os enfermeiros respeitem os aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, ofereça suporte emocional à mulher e a sua família, garantindo os direitos de cidadania (MOURA, 2007).

Humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas, biológicas e sociais. (LARGURA, 2000).

Ao longo do tempo as políticas públicas na área da saúde da mulher sofrem modificações e estas são impulsionadas pelas transformações históricas, políticas, econômicas e sociais. Neste cenário, o campo obstétrico merece destaque. Com a criação de uma política de saúde para as mulheres no Brasil, a luta social para mudar o entendimento do corpo feminino pela sociedade tornou-se então, prioridade (SOUSA, 2008).

Paralelamente, o modelo medicalizado começou a ser questionado por uma corrente opositora, onde é essencial a defesa da autonomia da mulher no processo de gestar e parir e concebe o parto como um fenômeno prazeroso e libertador na vida da mulher (DINIZ, 2005).

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (DAVIS, 2001).

A OMS, o Ministério da Saúde (MS) e diversas organizações não governamentais (ONGs) propuseram a mudança do paradigma de assistência obstétrica de intervencionista para humanista. Para tanto, conforme a concepção desse modelo de assistência, qualquer forma de intervenção sobre a fisiologia do parto somente deve ser feita quando se provar mais segura e/ou efetiva que a não intervenção (ALMEIDA, 2012).

A assistência à gestante, uma das atividades realizadas há mais tempo nos serviços públicos de saúde no país, foi, por muitos anos, orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil. Um novo paradigma na atenção à saúde da mulher foi concebido pelo movimento de mulheres em associação com profissionais de saúde e traduzido nas bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 1983 (OSIS, 1998).

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, especialmente, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para escolha de prioridades neste campo. O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de

mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Esta política incorpora a integralidade, o enfoque de gênero, de raça e etnia e a promoção da saúde como princípios norteadores. Assim, preenche antigas lacunas ao introduzir as ações de atenção ao climatério, as queixas ginecológicas, a reprodução humana assistida, atenção ao abortamento inseguro e a segmentos da população feminina historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, tais como: mulheres em situação de prisão, mulheres negras, índias, lésbicas e bissexuais, trabalhadoras rurais, com deficiência. Também contempla o apoio à participação do movimento de mulheres no processo de elaboração, execução e avaliação da política de atenção integral à saúde da mulher, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher (RATTNER, 2014).

Para fortalecer o movimento de humanização da assistência obstétrica, a OMS e o MS preconizaram recomendações com base em evidências científicas, por meio de manuais e documentos, e foi implementado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento em 2000, objetivando o resgate da natureza feminina e acultura do parto natural.

Em atendimento a essa proposta, para o manejo da dor no parto, foi preconizada a utilização de métodos não farmacológicos, sendo o uso de analgesia restrito apenas aos casos de indicação absoluta, quando a contração vivenciada pela mulher determinar distócias e riscos para a evolução do trabalho de parto e para mãe e filho. Entre as condutas claramente úteis a serem encorajadas, estão evidenciadas as técnicas não invasivas para manejo da dor e a liberdade de posição no parto, com o encorajamento de posturas verticais (ALMEIDA, 2012).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1 de junho de 2000 (Portaria 569, publicada no Diário Oficial da União em oito de junho de 2000, na seção 1, página 4) e constitui-se numa resposta às necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto. Com mais esta iniciativa o Ministério da Saúde busca a redução das altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, procurando assegurar o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal.

Ainda neste mesmo sentido, busca potencializar e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais. O Ministério também tem financiado cursos de especialização em enfermagem obstétrica e realizado investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2002).

Na cartilha de apresentação do PHPN, a humanização da assistência é ratificada como a principal estratégia, seguida da apresentação dos aspectos conceituais sobre humanização (SERRUYA, 2004).

O parto natural ocorre através de via vaginal e sem a necessidade de medicação e intervenções médicas durante o trabalho de parto. Durante esse período, a mulher age ativamente em todo o processo, sendo assim, a peça principal neste momento.

Em 2002, foi publicado o manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), destinado a promover práticas humanizadas nos serviços hospitalares, de modo a satisfazer e estimular as mulheres a participar ativamente das decisões, tais como: escolher a posição para parir, o acompanhante, etc. Essas práticas são reconhecidas como boas na assistência ao parto e ao nascimento e são recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1996. (APOLINÁRIO, 2016).

O Pré-natal é um acompanhamento da gestação, desde o momento em que a gravidez é confirmada até o período do parto. E tem o objetivo de monitorar a gestante, visto que ela passará a ter mudanças fisiológicas relacionadas a gestação como, por exemplo, o ganho de peso, a alimentação, o crescimento do bebê intrauterino, sua movimentação, ou seja, tudo que pode acontecer e trazer algum agravo no período gestacional.

O Pré-natal de risco habitual é um acompanhamento à gestante que não apresenta nenhuma comorbidade (duas ou mais doenças) ou doença que possa se agravar no período gestacional.

O acompanhamento pré-natal de risco habitual é caracterizado pelo atendimento à gestante que não apresenta fatores de risco individual, sociodemográfico e relacionados à história obstétrica anterior, doença ou agravo que possam interferir negativamente na evolução da gravidez. Pode ser realizado tanto

por médicos quanto por enfermeiros, na rede de Atenção Primária à Saúde (APS), as quais são consideradas portas de entradas das gestantes aos serviços de pré-natal (SILVA, 2019).

O pré-natal visa auxiliar a evolução da gravidez, intervindo em situações de risco que possam afetar o binômio mãe-bebê, com um acompanhamento que engloba ações de promoção à saúde, prevenção e apoio psicossocial. O atendimento pré-natal precoce com semanas de gestação é um indicador de qualidade do atendimento (DUQUE, 2020).

2.2. Pacto pela redução das taxas de cesáreas

A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram como uma violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais.

Entendendo que o enfrentamento da problemática da morte materna e neonatal implica no envolvimento de diferentes atores sociais, de forma a garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam as reais necessidades locais da população, o Ministério da Saúde propôs a adoção deste Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal.

Para nortear a campanha no SUS, o Ministério tomou como referência a portaria GM nº466/00, que propôs o Pacto Nacional pela Redução da Taxa de Cesárea e sugere que todas as unidades da Federação alcancem a taxa de 25%, no máximo, até 2007, num processo de redução gradual. Já no que diz respeito à Saúde Suplementar, a ANS recomenda às operadoras a redução das cesáreas em 15% em 3 anos, ou seja, 5% a cada ano.

O Brasil está entre os países que possuem as mais elevadas taxas de cesárea, de aproximadamente 40%, ainda muito acima do limite de 15% esperado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A partir da segunda metade da década de 1990, verificamos uma série de iniciativas governamentais que objetivam a redução das altas taxas de cesárea e a

qualificação do conjunto da assistência perinatal. As Portarias nº. 2.816 de 29 de maio de 1998 e nº. 466 de 14 de junho de 2000 instituem um percentual máximo de cesáreas no SUS, por hospital e para cada estado federativo, respectivamente; introduz-se o pagamento de analgesia para parto normal e recomenda-se a inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao pré-natal e ao parto de baixo risco obstétrico (ANGULO-TUESTA, 2003).

Esse modelo obstétrico é considerado um problema de saúde pública, heterogêneo e multifatorial. Entre as causas, citam-se: o protagonismo dos profissionais de saúde no cenário do parto, as armadilhas do sistema de saúde que tornam a cesariana mais conveniente para os profissionais de saúde, a percepção de uma parte da população sobre a superioridade dessa via de parto, e a falsa necessidade do uso rotineiro de procedimentos obstétricos. (SOUZA, 2014)

Evidências científicas comprovam que boas práticas durante o parto favorecem resultados efetivos para redução da morbimortalidade materna, fetal e neonatal. Em contrapartida, intervenções como a posição supina, o uso de ocitocina/cateter intravenoso, a episiotomia, a pressão no fundo do útero, as rupturas das membranas ovulares, entre outras, podem trazer danos à saúde quando utilizadas sem necessidade. Sabe-se que o corpo da mulher está apto para dar à luz, e na maior parte das vezes não requer o uso desses procedimentos. (DINIZ, 2005).

3. METODOLOGIA

Este estudo se enquadra como pesquisa bibliográfica onde, de acordo com Sousa *et al.* (2021), é o levantamento ou revisão de obras publicadas sobre a teoria que irá direcionar o trabalho científico o que necessita uma dedicação, estudo e análise pelo pesquisador que irá executar o trabalho científico e tem como objetivo reunir e analisar textos publicados, para apoiar o trabalho científico.

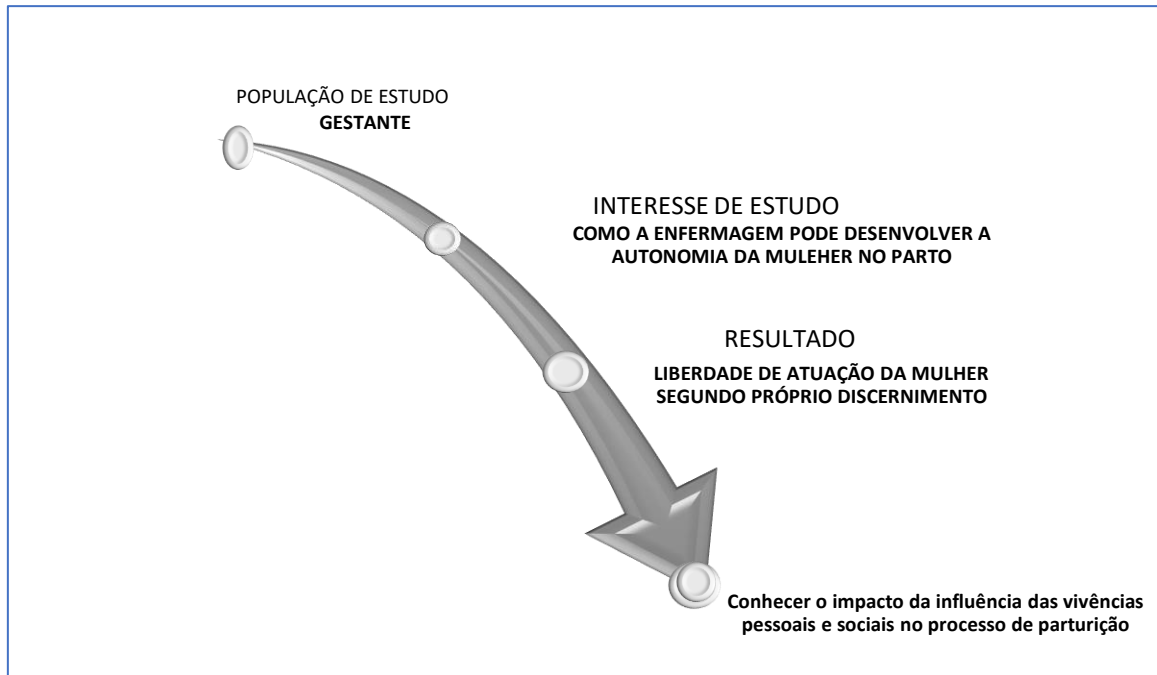
Utilizou-se da revisão integrativa para sintetizar os resultados obtidos sobre o tema do estudo, de maneira sistemática, ordenada e abrangente.

De acordo com Ercole *et al.* (2014), a revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente.

Segundo Botelho *et al.* (2011), existem seis etapas para a construção de uma revisão integrativa, e são elas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; apresentação da revisão/ síntese do conhecimento.

Para elaboração da pergunta norteadora – etapa 1 da revisão integrativa - foi selecionada a população de estudo, o interesse do estudo e o resultado esperado com essa pesquisa.

FIGURA 1: ELABORAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA – ETAPA 1 DA REVISÃO INTEGRATIVA



Fonte: Os autores (2022).

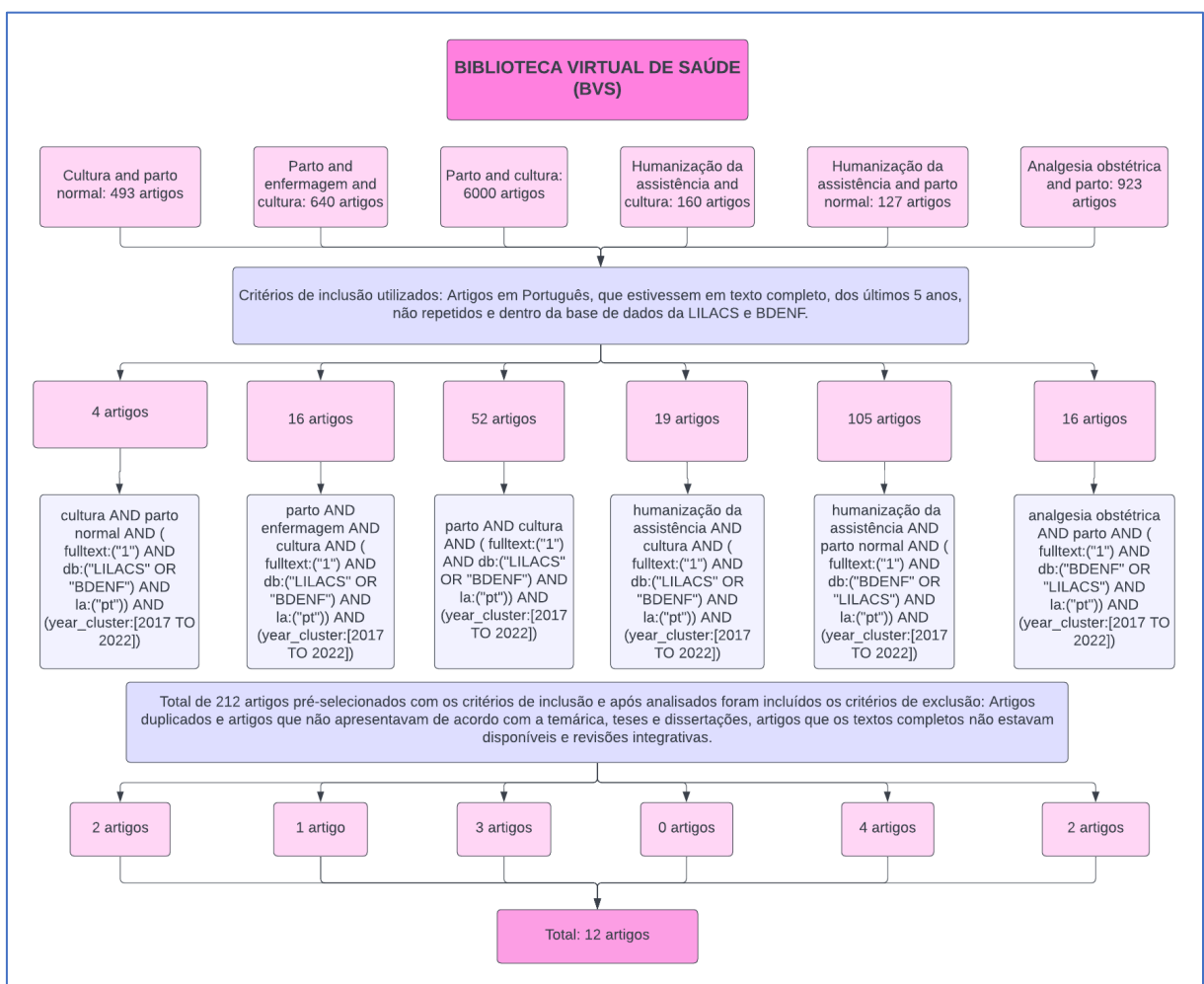
A partir da questão norteadora, destacou-se termos chave para a busca da literatura, avançando para a segunda etapa da nossa metodologia. Por meio da pesquisa no portal de Descritores em Ciências da Saúde – DeCS foram selecionados os seguintes descritores de busca de artigos: a) Cultura *and* parto normal, b) Parto *and* enfermagem *and* cultura, c) Parto *and* cultura, d) Humanização da assistência *and* cultura, e) Humanização da assistência *and* parto normal, f) Analgesia Obstétrica *and* parto.

Após a seleção dos descritores, os mesmos foram inseridos na plataforma Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e sem a adição dos critérios de inclusão, foram colhidos os respectivos resultados: Cultura AND parto normal: 493 artigos; Parto AND enfermagem AND cultura: 640 artigos; Parto AND cultura: 6000 artigos; Humanização da assistência AND cultura: 160 artigos; Humanização da assistência AND parto normal: 127 artigos; f) Analgesia Obstétrica AND parto: 923 artigos.

Após isso foram incluídos os seguintes critérios de inclusão: artigos em Português, que estivessem em texto completo, dos últimos cinco anos, não repetidos e dentro da base de dados BDNF e LILACS. Através desses critérios obtivemos 212 artigos.

Após a análise dos 212 artigos pré-selecionados, foi aplicado os critérios de exclusão: Artigos duplicados e artigos que não se apresentavam de acordo com a temática, teses e dissertações, artigos que os textos completos não estavam disponíveis e revisão integrativa. Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 12 artigos no total. A apuração desses resultados pode ser observada abaixo no fluxograma de busca dos artigos da pesquisa:

FLUXOGRAMA 1 - BUSCA DE ARTIGOS DA PESQUISA.



Fonte: Os autores (2022).

Após desenvolver as três primeiras etapas do processo de revisão integrativa, demos continuidade às etapas: 4) categorização dos estudos selecionados; 5) análise e interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/ síntese do conhecimento.

4. ANÁLISES DE DADOS

A partir dos critérios metodológicos adotado, desenvolveu-se a tabela (Quadro 1) com 12 artigos selecionados, contendo as seguintes informações: a) ordem dos artigos, b) título, c) autor, d) periódico, e) objetivo. A seleção final dos artigos aqui apresentada, determinou a leitura integral dos artigos e o mapeamento teórico, através da ficha documental os seguintes aspectos: primeira coluna- pergunta de pesquisa; segunda coluna- título; terceira coluna- objetivo do estudo; quarta coluna- trechos importantes para responder a pesquisa. Esta tabela está ilustrada no Apêndice 1 desta pesquisa.

QUADRO 1: ARTIGOS SELECIONADOS PARA ANÁLISE FINAL DO ESTUDO DE ACORDO COM TÍTULO, AUTOR, PERIÓDICO E OBJETIVOS.

ORDEM	TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICOS	OBJETIVO(S)
A1	Percepções de mulheres sobre a assistência de enfermagem durante o parto normal.	Aiara Nascimento Amaral Bomfim, Telmara Menezes Couto, Keury Thaisana Rodrigues dos Santos Lima, Lais Teixeira da Silva Almeida, Gleice de Oliveira Santos, Ariane Teixeira de Santana	Rev baiana enferm (2021); 35:e39087	Conhecer a percepção de mulheres sobre a assistência de Enfermagem recebida durante o processo de parto normal.
A2	Analgesia e anestesia farmacológica em obstetrícia.	Alfredo de Almeida Cunha, Gisele Passos da Costa Gribel, Alvio Palmiro	FEMINA 2020;48(9):555-60	
A3	Violência Obstétrica na visão de profissionais de	Amanda Reis Trajano, Edna Abreu Barreto	Interface (Botucatu). 2021; 25: e200689	Analisar a violência obstétrica pelo viés

	saúde: a questão de gênero como definidora da assistência do parto.			de gênero com base na narrativa de profissionais de saúde que realizam assistência ao parto.
A4	Sentidos do Nascer: exposição interativa para mudança de cultura sobre o parto e o nascimento no Brasil.	Bernardo Jefferson de Oliveira, Sônia Lansky, Kleyde Ventura dos Santos, Erica Dumont Pena.	Interface (Botucatu). 2020; 24: e190395	Visa contribuir para mudança de cultura sobre o parto e nascimento no Brasil, incentivar o parto normal e apoiar a redução das elevadas taxas de cesarianas desnecessárias.
A5	Nascimentos da cegonha: experiência de puérperas assistidas pela enfermagem obstétrica em Centro de Parto Normal.	Bruna Cristina de Araujo Lima, Hevelyn Kelly Samara Leite de Almeida, Mônica Cecília Pimentel de Melo, Ramon José Leal de Moraes.	Rev. Enferm. UFSM, Santa Maria, v11, p. 1-22, 2021	Analisar as percepções e sentimentos de puérperas acerca das experiências do parto assistido pela enfermagem obstétrica em Centro de Parto Normal (CPN), no contexto da Rede Cegonha.
A6	Percepções atribuídas por parturientes sobre o cuidado de enfermeiras obstétricas em centro de parto normal	Clemilda Alves da Silva, Diego Pereira Rodrigues, Valdecyr Herdy Alves, Elisângela da Silva Ferreira, Márcia Simão	Rev. Enferm. UFSM, v.12, e22, p.1-19, 2022	Compreender as percepções das parturientes quanto aos cuidados da enfermagem obstétrica no processo do

		Carneiro, Thalita Rocha Oliveira.		parto e nascimento em Centro de Parto Normal.
A7	Humanização do cuidado em um programa de residência enfermagem obstétrica: possibilidades e desafios	Fernanda Nogueira Giantágia, Munyra Rocha Silva Assunção, Andréia Cristina Barbosa Costa, Isabelle Cristinne Pinto Costa, Patrícia Scotini Freitas, Christianne Alves Pereira Calheiros.	Enfermeria: Cuidados Humanizados, 9(2): 114-128	Descrever as potencialidades e os desafios das residentes sobre a experiência vivenciada em um Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica, no que se refere à humanização do parto e do puerpério.
A8	Prevalência de parto vaginal após cesárea em uma Maternidade de alto risco	Juliana Sousa de Almeida, Emily Marques Alves, Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto, Thelma Malagutti	R. pesq.: cuid. fundam. online 2021 jan/dez 13: 1506-1511	Estimar a prevalência de parto vaginal após cesárea em uma maternidade de alto risco e identificar as complicações maternas e neonatais.
A9	O imaginário materno sobre os partos cesáreo e vaginal.	Nara Siqueira Damaceno, Rafaela Paula Marciano	Psicologia: Ciência e Profissão 2021 v. 41, e224530, 1-15	Compreender o imaginário materno sobre os partos cesáreo e vaginal.
A10	Cartas para mim ou sobre mim? Notas autoetnográficas de um puerpério não silenciado	Rosamaria Carneiro	Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana / n. 37 / 2021 - e21306	Discutir como e quanto funcionaram como um diário pessoal e diário de campo; como

				um espaço de desague e de autorreflexão, tudo a um só tempo; mas também como lugar de produção intelectual e de olhares sócio-antropológicos para com a maternidade contemporânea.
A11	A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal	Tatianni de Nazaré Oliveira Jacob, Diego Pereira Rodrigues, Valdecyr Herdy Alves, Elisângela da Silva Ferreira, Márcia Simão Carneiro, Lucia Helena Garcia Penna, Vera Cristina Augusta Marques Bonazzi	Esc Anna Nery 2022;26:e20210105	Compreender a percepção da atuação das enfermeiras obstétricas em relação à assistência às mulheres atendidas em um Centro de Parto Normal.
A12	Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para o alívio da dor do parto	Victor Hugo Alves Mascarenhas, Thays Rezende Lima, Fernanda Mendes Dantas e Silva, Fabyanna dos Santos Negreiros, José Diego Marques	Acta Paul Enferm. 2019; 32(3):350-7.	Identificar na literatura nacional e internacional, estudos sobre a eficácia de métodos não farmacológicos na redução da dor do parto.

		Santos, Mayara Águida Porfírio Moura, Márcia Teles de Oliveira Gouveia, Herla Maria Furtado Jorge		
--	--	---	--	--

Fonte: Os autores (2022).

Após a exploração dos textos foi desenvolvido a codificação temática dos achados fichados. Desenvolveu-se as seguintes categorias de análise: 1) O impacto das vivências pessoais e da sociedade no processo de parturição; 2) A (des) apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais: A enfermagem e a livre decisão das mulheres sobre seus corpos.

4.1. O impacto das vivências pessoais e da sociedade no processo de parturição

O trabalho de parto costuma ser motivo de medo e ansiedade para as mulheres. Essas preocupações se formam sob influência histórica, social, econômica, cultural e física permeadas pela individualidade de cada sujeito.

Há maneiras distintas de pensar, agir e sentir sobre a gestação e o parto. As concepções formadas pelas mulheres, a partir de tais influências, podem interferir diretamente no enfrentamento da gestação e do parto contribuindo de maneira benéfica ou não sobre suas condutas (DAMACENO, 2021).

Segundo Fleischer *apud* Carneiro (2021) pouco se fala sobre o processo de parturição a partir das emoções e das sensações corpóreas de quem o vive e muito se fala a partir de uma série de rotinas e de interdições que lhe são impostas em diferentes tempos, espaços e grupamentos sociais.

A dor é uma das principais preocupações da paciente com relação ao parto. Em dados de uma coorte de base hospitalar nacional, com 23.940 puérperas, realizada em 2011-2012, observou-se que a preferência inicial pela cesariana foi de 27,6%, variando de 15,4% (primíparas no setor público) a 73,2% (múltiparas com cesariana anterior no setor privado). O principal motivo para a escolha do parto vaginal

foi a melhor recuperação desse tipo de parto (68,5%), já para a cesariana, o medo da dor do parto (46,6%) (CUNHA *et al*, 2020).

Apesar da fisiologia possuir influência sobre o TP, a experiência da parturiente com relação a dor resulta de vários aspectos que vão além da dilatação cervical, a exemplo do ambiente de parto e suas experiências anteriores, bem como aspectos psicossociais e as condições na qual a gestante está inserida. (MASCARENHAS *et al*, 2019).

4.2. A (des) apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais: a enfermagem e a livre decisão das mulheres sobre seus corpos.

Inserida em um novo contexto, a sociedade começou a criar uma imagem estereotipada do processo parturitivo, associando-o, quase sempre, à dor e ao sofrimento.

O parto se transformou em um processo patológico, potencializando a introdução de intervenções que buscam o alívio da dor e do sofrimento e, de certo modo, contribuem para a consolidação de um modelo biomédico e hospitalocêntrico na assistência à parturiente (LIMA *et al*, 2021).

O alto índice de cesáreas eletivas sem necessidade no país é resultado de fatores como a comodidade, adequação de agendas entre obstetras e gestantes, a relativa praticidade do procedimento cirúrgico, além da hesitação e receio existente entre as mulheres em relação à dor do parto normal (ALMEIDA *et al*, 2021).

Ainda sob a ótica de Almeida *et al* (2021) quando a mulher expressa o desejo de ter parto vaginal após cesárea anterior, a equipe responsável pela assistência ao parto institui justificativas que torne a cesárea aceitável pela mulher. Assim a cultura da cesárea contribui para as altas taxas dessa via de parto no país

Na maioria das instituições brasileiras, o modelo de atenção obstétrica ainda se encontra voltado para a tecnocracia da parturição, trazendo um sentido de intervenção sobre o corpo da mulher sob a perspectiva metafórica do “corpo como máquina” (JACOB *et al*, 2022).

O cotidiano da assistência à mulher no ambiente do parto e do nascimento ainda é marcado, predominantemente, por uma atenção voltada à intervenção. Jacob *et al*, (2022) destaca o excesso de práticas como episiotomia, amniotomia,

medicalização do corpo feminino e manobra de Kristeller; pelo uso de práticas ineficazes, como a tricotomia, a lavagem intestinal; e pela epidemia de cesariana, em especial no Brasil.

A apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, que se expressa em um trato desumanizador, no abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (TRAJANO, 2021).

Por isso, o Brasil tem como meta reduzir, até o ano de 2030, a taxa para 30 mortes maternas para cada 100 mil Nascidos Vivos (NV), em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), como esforço global para eliminação da mortalidade materna por causas evitáveis (SILVA *et al*, 2022).

É de suma importância a qualificação e o comprometimento dos enfermeiros na oferta do apoio e informações necessárias à mãe e à família, de modo a fortalecer a confiança e possibilitar, assim, uma melhora na qualidade da assistência prestada e do vínculo mãe-filho e família (GIANTÁGLIA *et al*, 2020).

Destaca-se a assistência à luz do acolhimento e da formação de vínculo, práticas avaliadas pelas mulheres como importantes para o momento, funcionando como terapia para alívio da dor, orientados pelo, afeto, carinho e incentivos. (LIMA *et al*, 2021).

A presença da enfermeira obstetra é tida como ponto importante no processo de humanização do parto, associando-se diretamente ao aumento dos índices de partos normais, à maior utilização de boas práticas na assistência ao parto e à redução das intervenções obstétricas desnecessárias (GIANTÁGLIA *et al*, 2020).

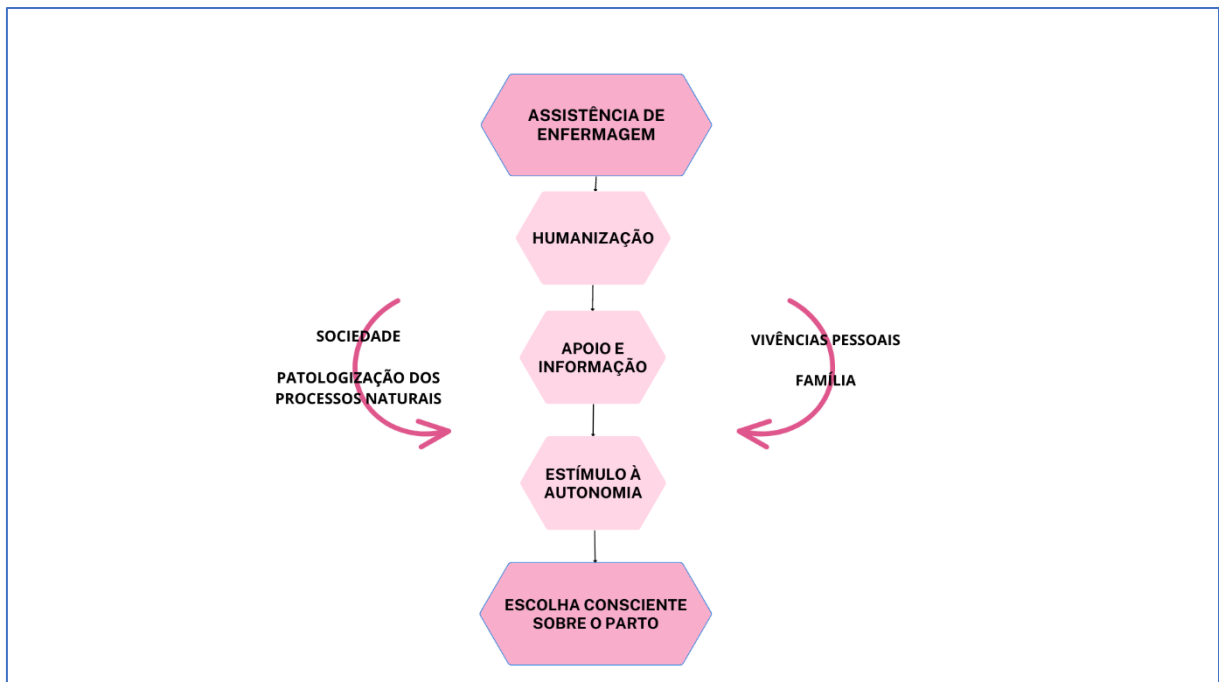
5. DISCUSSÃO

O processo de parturição vem sofrendo interferências do meio que o envolve e o fator cultural pode ser um estímulo ou um grande inibidor para a escolha das mulheres. O papel da mulher em seu parto está completamente relacionado ao que ela vem obtendo durante o período gestacional, todo tipo de elucidação, cultura e costume.

Após a análise dos estudos coletados, foi identificado que o trabalho de parto sob influência de diversas questões como sociedade, cultura e econômica direcionam a mulher ao medo e a ansiedade. As concepções formadas pelas mulheres, a partir de tais influências, podem interferir diretamente no enfrentamento da gestação e do parto contribuindo de maneira benéfica ou não sobre suas condutas (DAMACENO, 2021).

O parto humanizado é uma ferramenta que a enfermagem vem utilizando para trazer de volta a autonomia e autoconfiança da mulher nesse período. Ofertando liberdade e voz ativa para as mulheres, fazendo com que o parto seja um processo leve, onde a mulher e sua família assumem um papel principal.

FIGURA 2: FATORES CONTRIBUINTES PARA ESCOLHA CONSCIENTE SOBRE O PARTO.



Fonte: Os autores (2022).

Para levar a mulher a escolha consciente do parto é fundamental que a mesma esteja coberta por uma equipe qualificada que a atenda do pré-natal até o ato de parir. Os pilares para contemplar essa escolha são realizados através da assistência de enfermagem, utilizando apoio e informação, humanização e chegando assim ao estímulo da autonomia.

A produção do cuidado de enfermagem deve se pautar no acolhimento, vínculo, autonomização dessas mulheres, estimulando precocemente o entendimento da escolha da forma de parir. A tarefa é árdua, visto que o contexto social ainda tem como modelo hegemônico o parto mediatizado e predominantemente hospitalar.

Ainda assim, a escolha pode fugir à lógica hegemônica de parturição e a enfermagem pode ser ter um papel fundamental na decisão, o que implica em um importante posicionamento subjetivo por parte da mulher.

6. CONCLUSÃO

A influência do fator cultural no processo de parturição vem trazendo conceitos negativos a vivência da mulher quanto gestante e puérpera, tornando o processo algo idealizado por todos e deixando de lado a figura principal, que é a mulher.

A cultura é um forte influenciador nesse aspecto, pois a vivência pessoal de cada indivíduo é diferente da outra, mas mesmo assim ela é passada como verdade absoluta, o que faz com que as mulheres vivam em constante questionamento sobre o que é o ideal.

Foi constatado nos artigos que o aumento das taxas de cesáreas é de corrente da falta de informação e da facilidade predisposta devido ao procedimento cirúrgico ser rápido. Nesse período gestacional a mulher é constantemente censurada e subjugada pelas as pessoas ao seu redor, devido a isso se faz necessário um atendimento assistencial de qualidade.

A humanização veio trazendo essa mudança no cenário pois vem colocando a mulher como figura principal, idealizando seus desejos e respeitando suas crenças quanto pessoa. Respeitando e dando instruções necessárias para que a mulher chegue a sua própria conclusão, criando assim uma gestante autônoma e participativa.

A equipe de enfermagem é a chave principal dessa mudança, pois a assistência de enfermagem acompanha a mulher desde o início da gestação, no pré-natal e até o desenvolvimento da criança. A enfermagem é uma categoria que possui em sua essência a sensibilidade e o aspecto humanizado, que enxerga a pessoa como um todo.

O Enfermeiro tem a responsabilidade de transmitir as informações quanto as possibilidades da gestante, quanto aos direitos que a mesma possui. Quanto educação em saúde tem a possibilidade de instruir e orientar a mulher quanto aos aspectos de parto e pós-parto, proporcionando consciência sobre a autocracia.

Observando as questões discutidas podemos identificar as particularidades que devem ser analisadas para optar pela melhor conduta, enquanto assiste a gestante, e ofertando acesso a capacidade de ser auto governar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N.A.M.; MEDEIROS, M.; DE SOUZA, M.R. Sentidos da dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do sistema único de saúde. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 241-250, abr./jun. 2012.

ALMEIDA, J.Z, *et al.* Prevalência de parto vaginal após cesárea em uma maternidade de alto risco. **R. pesq.: cuid. fundam. online** 2021 jan/dez 13: 1506-1511.

ANGULO-TUESTA A, *et al.* Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflitos na assistência ao parto. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, set./out. 2003.

APOLINÁRIO D, *et al.* Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Rev. Rene**. Curitiba, v. 17, n. 1, p. 20-8, jan./fev. 2016. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/2187/pdf>

BEZERRA M.G.A.; CARDOSO M.V.L.M.L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 414-21, mai./jun. 2006.

BOMFIM, A.N.A, *et al.* Percepções de mulheres sobre a assistência de enfermagem durante o parto normal. **Rev baiana enferm**, (2021); 35:e39087.

BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C. de A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, Belo Horizonte · v. 5, n. 11, p.121-136, mai./ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/**

Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, 2 (1): 69-71, jan./abr. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.htm#ar8

CARNEIRO, R. Cartas para mim ou sobre mim? Notas autoetnográficas de um puerpério não silenciado. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana** / n. 37 / 2021 - e21306.

COSTA A.M. **Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil**, In: Giffin K, Costa SH, organizadores. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 319-35.

CUNHA, A.A; Gisele Passos da Costa GRIBEL, G.P.C; PALMIRO, A. Analgesia e anestesia farmacológica em obstetrícia. **FEMINA** 2020;48(9):555-60.

DAMACENO, N.S; MARCIANO, R.P. O imaginário materno sobre os partos cesáreo e vaginal. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2021 v. 41, e224530, 1-15.

DAVIS-FLOYD R. **The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth**. Int J Gynaecol Obstet 2001; 48 Suppl:S33-S52.

DINIZ C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciên. Saúde Colet.**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 627-637, maio. 2005.

DODOU H.D, *et al*. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. **Esc. Anna Nery Rev. de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 262-9, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0262.pdf>

DOMINGUES, R.M.S.M. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal**: a experiência da maternidade Leila Diniz. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2002. 212p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de endemias, ambiente e sociedade, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

DUQUE D. A.A.; FERNANDES B. M. Construção e validação de uma forma clínica de acompanhamento pré-natal de risco habitual. **REUFMS - Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria v. 10, n. 48, p. 1-16, junho. 2020.

ERCOLE, F.F.; DE MELO, L.S.; ALCOFARADO, C.L.G.C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 1-260, jan./mar. 2014.

FREITAS, F., MARTINS-COSTA, S.H. (Coord). **Rotinas em Obstetrícia**. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GIANTÁGLIA, F.N, *et al.* Humanização do cuidado em um programa de residência enfermagem obstétrica: possibilidades e desafios. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, v.9, e.2, p. 114-128, 2020.

Hospital Regional do Oeste de Santa Catarina. **Protocolo de atenção e assistência ao trabalho de pré parto, parto e pós parto**. Chapecó-SC, 2018.

JACOB, T.N.O, *et al.* A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. **Esc Anna Nery**. v.26, e20210105, 2022.

Jornal Medicina (CFM), edição 158. Fontes primárias: Brasil - MS e ANS. Argentina - **Pesquisa Encuesta de Condiciones de Vida** 2001 - Dalud. Demais países - Health at Glance OECD indicators 2005. In OECD Publishing.

KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H.G.; GONÇALVES, A.C. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Esc. Anna Nery Rev. de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, set. 2018.

LARGURA, M. **Assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais. Uma análise crítica. Por um parto mais humano e solidário**. 2ª ed. São Paulo (SP): Sarvier; 2000.

LEAL, M.C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 30, S17-S47, ago. 2014.

LEISTER, N.; RIESCO, M.L.G. Assistência a parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 166-74, jan./mar. 2013.

LIMA, B.C.A., *et al.* Nascimentos da cegonha: experiência de puérperas assistidas pela enfermagem obstétrica em Centro de Parto Normal. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v11, p. 1-22, 2021.

MALDONADO M.T. **Psicologia da gravidez**. São Paulo (SP): Saraiva; 2000.

MASCARENHAS, V.H.A., *et al.* Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para o alívio da dor do parto. **Acta Paul Enferm.** 2019; 32(3):350-7.

MOURA F.M. de J.S.P., *et al.* A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Brasília: REBEn – Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-5, jul./ago. 2007.

MOTT, M.L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1930-1960). **Projeto História**, São Paulo, v. 25, dez. 2002.

NASCIMENTO, S. **O papel do enfermeiro no parto humanizado**. SweetJourney. A hora do parto, 2012.

OLIVEIRA, B.J, *et al.* Sentidos do Nascer: exposição interativa para mudança de cultura sobre o parto e o nascimento no Brasil. **Interface** (Botucatu). 2020; 24: e190395.

OSIS, M.J.D. PAISM: **um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. **Cad Saúde Pública** 1998; 14 Suppl:25-32.

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

PEREIRA, A.L.F., *et al.* Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 831-840, dez. 2012. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/13665/13347>

PEREIRA, R.R.; FRANCO, S.C.; BALDIN, N. **Representações Sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres**. Saúde Soc., São Paulo, v. 20, n. 3, p. 579-589, abr. 2011.

PICCINI, C.A.; GOMES, A.G.; DE NARDI, T.; LOPES, R.S. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 103-108, jun. 2014.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; DO LAGO, T. DI G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./out. 2004.

SILVA, A.A. *et al.* Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. **REUFSM - Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 9, n. 15, p. 1-20, ago. 2019.

SILVA, C.A, *et al.* Percepções atribuídas por parturientes sobre o cuidado de enfermeiras obstétricas em centro de parto normal. **Rev. Enferm. UFSM**, v.12, e22, p.1-19, 2022.

SOUSA A.I., SILVER L.D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 706-16, dez. 2008.

SOUSA, A.S.; OLIVEIRA, S.O.; ALVES, L.H. A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. **Cadernos da Fucamp**, v.20, n.43, p.64-83, 2021.

SOUZA J.P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 30, S11-S13, ago. 2014.

TRAJANO, A.R; BARRETO, E.A. Violência Obstétrica na visão de profissionais de saúde: **a questão de gênero como definidora da assistência do parto.** Interface (Botucatu). 2021; 25: e200689.

VENDRÚSCOLO, C.T.; KRUEL, C.S. A história do parto: **do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto.** Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2016.

APÊNDICE 1: FICHA DOCUMENTAL UTILIZADO PARA ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS DOS 12 ARTIGOS SELECIONADOS NA METODOLOGIA DESTE ESTUDO.

QUADRO 2 - FICHA DOCUMENTAL PARA ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS

PERGUNTA DE PESQUISA	TÍTULO	OBJETIVO DO ESTUDO	TRECHOS IMPORTANTES PARA RESPONDER A MINHA PESQUISA	O QUE FOI IMPORTANTE E EU AINDA NÃO HAVIA PERCEBIDO
Como a cultura influencia no processo de parturição da mulher?	Percepções atribuídas por parturientes sobre o cuidado de enfermeiras obstétricas em centro de parto normal	compreender as percepções das parturientes quanto aos cuidados da enfermagem obstétrica no processo do parto e nascimento em Centro de Parto Normal.	Há lógica preconizada na atenção obstétrica, com o modelo intervencionista sobre o corpo feminino, o que favorece as inúmeras intervenções neste cuidado, desrespeitando uma assistência que garanta respeito às escolhas das mulheres. Nesse contexto, a cesariana e as intervenções obstétricas constituem maior risco para saúde materna e neonatal.	Por isso, o Brasil tem como meta reduzir, até o ano de 2030, a taxa para 30 mortes maternas para cada 100 mil Nascidos Vivos (NV), em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), como esforço global para eliminação da mortalidade materna por causas evitáveis.

Fonte: Os autores (2022)