

Relatos de assistência e experiência de parto normal de mulheres da cidade de Guarapuava/PR

Reports of care and childbirth experience for women in the city of Guarapuava/PR

Amanda de Fatima Campos¹, Alana Tâmisa Leonel²

RESUMO

Panorama: O parto deve ser um processo onde os desejos e necessidades da mulher sejam respeitados, mantendo a segurança dela e de seu bebê. **Objetivo:** investigar o cenário atual de assistência ao parto normal na cidade de Guarapuava–PR, as preferências das vias de parto, comparar o atendimento prestado em rede pública e privada e verificar se há predomínio da humanização e diminuição da violência obstétrica. **Método:** Trata-se de um estudo transversal de natureza qualitativa. A pesquisa foi realizada por meio de um questionário online através da plataforma Google forms, alcançou-se uma amostra de 6 participantes que se encaixaram nos critérios da pesquisa, de idade entre 18 a 35 anos que tiveram um filho(a) há menos de 2 anos, as participantes foram convidadas através das mídias sociais. **Resultados:** A maioria das participantes descreveu satisfação com o parto, mas em seus discursos existem contradições sobre o que é de fato humanização e violência mascarada de assistência necessária. **Conclusão:** Evidenciou-se que a falta de informação ainda é presente sobre os dias atuais em Guarapuava–PR, e há muito o que evoluir em assistência obstétrica.

Palavras chaves: Parto; Parto Humanizado; Fisioterapia;

ABSTRACT

Background: Childbirth must be a process where the woman's wishes and needs are respected, keeping her and her baby safe. **Aims:** investigate the current scenario of normal childbirth care in the city of Guarapuava–PR, was investigated, as the preferred means of participation, compare the care provided in public and private networks and verify if there is a predominance of humanization and reduction of obstetric violence. **Method:** This is a cross-sectional study of a qualitative nature. The survey was conducted through an online questionnaire through the Google forms platform, a sample of 6 practitioners who met the search criteria was reached, aged between 18 to 35 years old who had a child less than 2 years ago, participants were invited through social media. **Results:** Most participants were satisfied with childbirth, but in their speeches, there are contradictions about what is in fact humanization and violence masked as necessary assistance. **Conclusion:** It was evident that the lack of information is still present about the current days in Guarapuava-PR, and there is much to evolve in obstetric care.

Keywords: Childbirth; Humanized Childbirth; Physiotherapy;

¹Discente do curso de Fisioterapia da Uniguairacá Centro Universitário, Guarapuava, PR, (42) 98417 2002, E-mail: amandadefatimacampos@icloud.com.

²Docente do curso de Fisioterapia da Uniguairacá Centro Universitário. Guarapuava, PR, (42) 99906 0333, E-mail: alana.leonel@uniguairaca.edu.br.

INTRODUÇÃO

A gestação é um acontecimento transformador, que dá força à mulher, é uma experiência única e um momento de aprendizagem, estabelecida por etapas até o tornar-se mãe¹. Por isso, o atendimento pré-natal deve fornecer assistência primária a gestante, é a inserção da mulher no serviço de atenção básica, para prevenir riscos, monitorar o ciclo de gravidez, informar e orientar, com objetivo de reduzir a mortalidade materno-fetal².

O parto é um processo natural, que envolve diversos fatores, como o aumento dos níveis hormonais que causam alterações emocionais e fisiológicas do organismo feminino, além de fatores sociais e culturais¹. As vias de parto são o parto normal, quando ocorre a saída do bebê pelo canal vaginal, com recuperação rápida e sem intervenção cirúrgica. Já no parto cesárea realiza-se uma incisão no abdômen e útero para ocorrer o nascimento do bebê, considerada uma cirurgia, indicada em casos de complicações na gestação que possam levar a algum risco materno ou fetal³.

O parto normal é constituído por etapas, a primeira é a contração e dilatação uterina, muito importante para a passagem do bebê e evita quadros hemorrágicos, a segunda é a passagem do corpo do bebê e a última etapa é a expulsão da placenta e da bolsa de líquido amniótico, acompanhada de uma contração mais leve. A consciência corporal antes do parto normal é importante para o controle do relaxamento e contração dos músculos do assoalho pélvico, auxiliando durante o trabalho de parto¹.

A cesárea ocorre quando trabalho de parto não tem um progresso fisiológico esperado, ajuda a reduzir a mortalidade, quando devidamente necessária, embora seja segura, também apresenta riscos como infecção, sangramentos, prematuridade, síndrome do desconforto respiratório entre outras possíveis consequências⁴.

A taxa de cesárea tem sido utilizada como indicador para avaliar o modelo de assistência ao parto e, de acordo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a taxa não deve ultrapassar 15%. A alta incidência de cesárea no Brasil parece não estar relacionada aos riscos obstétricos, mas a fatores socioeconômicos e

culturais, a cesárea tornou-se uma falsa esperança de segurança e eficácia e o parto normal remeteu-se depreciativo⁵.

A ansiedade pode surgir e interferir sobre a mulher, até que ocorra a adaptação ao fato de estar gerando e compartilhando seu corpo com outra vida, além disto, existe um segundo ponto muito importante, a saber, a dor que está relacionada a experiências desagradáveis⁶.

O maior obstáculo que compromete a preferência pelo parto normal é a dor, considerada uma das sensações mais fortes experimentadas pelo ser humano, Knobel; Radunz; Carraro⁷, relatam que 50% a 70% das mulheres sentem dores muito intensas, causada pela estimulação sensorial das contrações uterinas e a expansão progressiva do colo do útero. Outras causas são hipóxia dos músculos uterinos, alongamento do colo do útero, vagina e períneo durante o período de expulsão, os níveis de corticosteroides e catecolaminas e baixo limiar de dor⁸.

O Ministério da Saúde adotou medidas para incentivar o parto normal, determinando que as mulheres em trabalho de parto devem ter seus desejos e necessidades respeitados, presando pela sua segurança e de seu bebe, durante o pré-natal as mulheres devem ser informadas sobre todos os riscos e benefícios das práticas e intervenções (ocitocina, jejum, episiotomia, analgesia farmacológica, etc.), direito a um acompanhante de sua escolha, que também deve ser orientado(a) e os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser oferecidos à gestante antes dos métodos farmacológicos⁹.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi instituída em 2003, com base em considerações metodológicas e organizacionais. No entanto, o Ministério da Saúde já havia criado em 2000, um programa de humanização do parto e nascimento, incentivando o parto vaginal, com base em evidências científicas, para mulheres de baixo risco¹⁰.

Wrober; Ribeiro⁶, questionam o significado de humanizado, para cada profissional pode ser algo diferente, o anestesista apontará que parto humanizado é sinônimo de parto sem dor, outros que dependente da posição, da presença do acompanhante, do ambiente, no entanto nada é valido se não respeita a visão da mulher, sendo este um momento exclusivo dela.

O parto humanizado é um modelo de atenção no qual são atendidos os desejos e escolhas da mulher, não se avalia a via de parto em questão, pois a cesárea mesmo sendo uma intervenção cirúrgica pode ser humanizada se respeitar as escolhas da mulher, diferente do parto normal que sofre violência obstétrica e não confere à mulher com o protagonismo que merecem. No Brasil, acredita-se que quase a totalidade das nulíparas tenham sido submetida a uma episiotomia (corte realizado na região da musculatura pélvica) e a manobra de Kristeller (pressão sobre a barriga da gestante) condutas essas consideradas como violência obstétricas¹¹.

Diante do exposto, a presente pesquisa teve como objetivo investigar o cenário atual de assistência ao parto normal, na cidade de Guarapuava-Pr, bem como o conhecer o relato das mulheres em relação a experiência com o parto normal e comparar se há diferenças nas condições e nas assistências prestada na rede pública e privada.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de natureza qualitativa, na pesquisa qualitativa, é realizada a análise do discurso (textos), os dados são intencionalmente utilizados para compreender, responder, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ampliar informações sobre um tema selecionado. A pesquisa quantitativa busca validar e compreender o significado do estudo através da expressividade numérica e lógica¹². Segundo Taquette¹², na pesquisa qualitativa, “quantidade é substituída pela intensidade, pela imersão profunda. O número de pessoas não é o mais importante e sim ver a questão sob várias perspectivas e compreender o fato social que está sendo investigado”.

A pesquisa foi realizada por meio de questionário online, os dados foram apurados através de um recurso do Google, o Google Forms, que possibilita a formação de questionários e a coleta e análise de dados, pode ser acessado a qualquer horário, através de um link e de qualquer lugar.¹³.

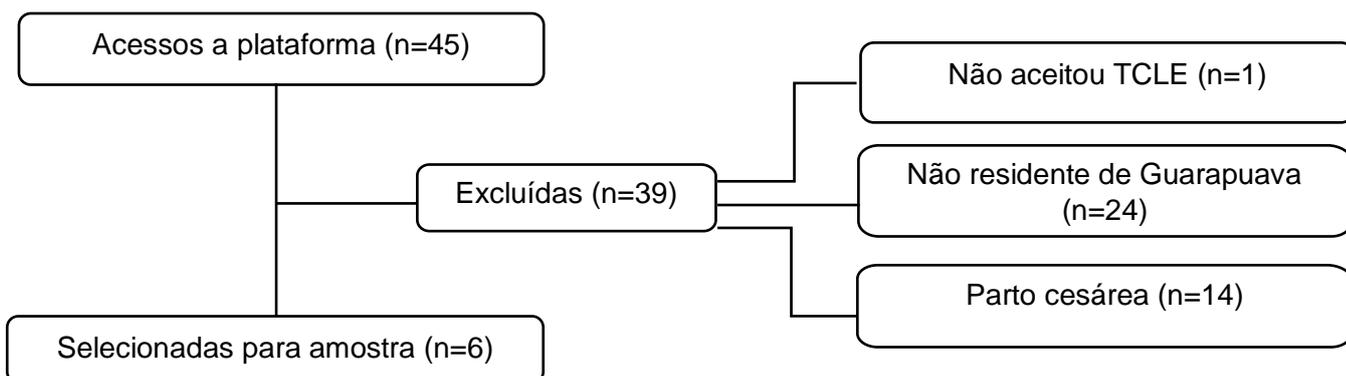
O questionário de caracterização da amostra foi desenvolvido pelas pesquisadoras, com questões referentes a dados antropométricos, história

obstétrica, via e tempo de parto, tipo de assistência pública ou privada e necessidade de intervenção médica, além do relato de experiência sobre o parto e a assistência recebida. As participantes receberam uma carta convite por meio das redes sociais, nela continha o link de acesso ao questionário, cuja primeira etapa seria aceitar o termo livre e esclarecido – TCLE, caso a participante clicasse em “não aceito” ela recebia uma mensagem de agradecimento e o questionário se encerrava. Após a concordância do TCLE, a participante era direcionada ao questionário e ao final, as pesquisadoras deixaram o contato telefônico, caso tivessem interesse em receber informações sobre o tema da pesquisa, em formato de uma live informativa.

A coleta de dados aconteceu no período de 03 de Maio à 03 de Junho de 2021, entre os critérios estabelecidos para a amostra, mulheres com idade entre 18 e 35 anos, que tiveram um filho(a) há menos de dois anos de via de parto normal/natural, foram excluídas mulheres com mais de 35 anos, que tiveram mais de um parto, que não residissem em Guarapuava-Pr e que tiveram parto cesárea. Obteve-se 45 acessos a plataforma, 24 das participantes não são residentes de Guarapuava-Pr, 1 mulher não aceitou o TCLE, 14 delas tiveram parto cesárea, 2 participantes tiveram mais de um filho, apenas 6 participantes foram incluídas ao estudo, ou seja 39 mulheres foram excluídas. O estudo foi aprovado pelo COMEP da Unicentro sob o número de parecer 4663899.

Após a coleta dos resultados da pesquisa no dia 20 de Setembro de 2021, foi realizada a tentativa de uma reunião online via meet, as participantes que deixaram o contato foram informadas sobre a realização através de um convite, entretanto apenas uma participante compareceu, a mesma estava com dificuldade em ouvir o que era apresentado e devido a isto foi liberada.

Seleção e caracterização da amostra



Fluxograma de seleção da amostra.

Participaram do estudo 6 mulheres, que tem apenas um filho de no máximo 2 anos de idade, nascido de parto normal, todas residentes na cidade de Guarapuava/PR e que tiveram os partos na mesma cidade.

TABELA 1 - Dados antropométricos da amostra (média \pm desvio padrão)

	Idade	Peso	Estatura	IMC
Amostra (n=6)	24,3 \pm 1,63	57,5 \pm 10,95	1,62 \pm 0,07	21,7 \pm 3,47

Tabela 1 – Os dados estão apresentados em anos (idade), quilogramas (peso), centímetros (estatura) e kg/cm² (IMC).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a triagem das participantes, muitas foram excluídas por não terem seus partos por via vaginal, ao final da seleção foram analisadas as respostas de apenas 6 participantes, das quais a maior parte (67%) teve assistência da rede pública de saúde.

QUADRO 1 – Perfil das participante

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Tipo de assistência de saúde	Pública	Pública	Pública	Privada	Privada	Pública
Já sofreu aborto?	Não	Sim	Não	Não	Não	Não

Tempo de gestação	Menos de 38 semanas	Entre 38 e 40 semanas	Mais de 40 semanas	Entre 38 e 40 semanas	Entre 38 e 40 semanas	Entre 38 e 40 semanas
Já ouviu falar em parto humanizado?	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Durante o parto, você considera que teve o auxílio necessário?	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Você sofreu algum tratamento que considere violento ou desrespeitoso por parte da equipe médica?	Não	Não	Sim	Não	Não	Não
Durante o parto, foi realizada a manobra de Kristeller?	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Durante o parto foi realizado Episiotomia?	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não

FONTE: A autora, 2021

Todas as participantes foram convidadas a escrever um breve relato do seu parto, 2 delas (P1 e P4) descreveram com riqueza de detalhes todos os acontecimentos, a P4 descreveu o parto como maravilhoso e a P5 como um parto tranquilo. O relato mais breve foi o da P3, não apresentou informações sobre o trabalho de parto, porém descreveu o como preocupante.

A P3, teve seu parto na rede pública, foi a única que teve o bebê pós termo, não havia ouvido falar sobre parto humanizado, sofreu episiotomia, e relatou não receber o auxílio necessário durante o parto e que considera ter vivenciado um tratamento violento e desrespeitoso por parte da equipe médica.

P3 - Preocupante, pois a saúde do sus é tudo de qualquer jeito.

Em um estudo sobre a satisfação do parto realizado em 2011/2012, com 23.894 mulheres entrevistadas pela Nascir no Brasil, constatou-se que ocorre maiores insatisfações e chances de violência com mulheres que optam pelo parto normal, a pesquisa mostrou que a maioria das mulheres valorizam a forma

como são atendidas pelo profissional de saúde e que o descaso com a gestante no setor público vem sendo denunciado com mais frequência pela mídia, a ouvidoria do Ministério da Saúde apresentou o percentual de 12,7% de denúncias de mulheres referindo terem sido submetidas a tratamentos desrespeitosos, como o mal atendimento, até mesmo algum tipo de violência verbal ou físicas¹⁴.

Apesar de ser implementado no Brasil, o direito das mulheres de escolher um acompanhante durante o seu trabalho de parto, um estudo de Leal et al¹⁵, apontou que aproximadamente 15% das mulheres que participaram da sua pesquisa (nº 1.601) vivenciaram o trabalho de parto sozinhas, sem receber apoio de alguém de sua confiança.

Gouveia et al¹⁶, citam que o espelho da falta de informação reflete sobre a mulher quando colocada diante do profissional de saúde, sendo impotente ao expressar suas dúvidas e medos, dando lugar a uma posição passiva e confusa sobre seus direitos.

P1 - Eu tive as primeiras contrações por volta da meia noite, cerca de 15 minutos depois o tampão saiu, então eu e minha mãe seguimos para a clínica particular onde eu havia agendado o parto, chegando lá a bolsa rompeu e eu perdi parte do líquido. Por ser duas semanas antes do previsto, me encaminharam para o hospital ..., uma vez que na clínica só havia UTI neonatal e não adulto. Uma e meia eu fui avaliada pela primeira enfermeira e o primeiro médico, estava com 4 cm de dilatação, chamaram o médico que fez meu acompanhamento, Dr ..., quando ele chegou já estava com 6, depois 8, e quando cheguei a 9 fui levada para a sala de parto. uma equipe de 3 enfermeiras, o médico e minha mãe me acompanharam, as enfermeiras me davam instruções, as três horas a corou e as 3 horas e nove minutos ela nasceu. Após seu nascimento a pediatra dra ... fez as primeiras análises, e me entregou ela para mamar, nesse momento o Dr ... fez uma leve pressão na minha barriga para terminar de sair o líquido, e depois deu alguns pontos pq minha musculatura havia se rompido pelo trabalho de parto as quatro já estávamos no quarto.

No relato da P1 a manobra de Kristeller está presente, o que indica a falta de informação sobre as técnicas que foram realizadas, pois quando questionadas sobre a manobra de Kristeller e sobre violência obstétrica, a participante negou ter vivenciado qualquer uma das duas, seu parto foi realizado no sistema público, a participante teve acompanhante durante o trabalho de parto.

Para a mulher durante o parto normal é difícil reconhecer que está passando por uma situação de violência obstétrica, pelo fato de confiar na equipe médica durante um momento que demanda apoio, por isso há uma distância entre indicar a agressão sofrida, reconhecê-la e nomeá-la como violência ou abuso, assim como ocorreu com a participante P1.

Segundo Souza et al¹⁷, a manobra de Kristeller era usada em situações de sofrimento fetal, partos demorados, fadiga materna e em casos de riscos potenciais que requerem atenção. Ainda existe muito empenho em eliminar esse comportamento agressivo, pois há instituições e profissionais que utilizam esse procedimento, precisando reformular suas técnicas e melhorar a assistência obstétrica, sendo visto que não há evidências científicas que comprovem benefícios ao realizar pressões sobre o abdômen da mulher.

P2 - Senti pouca dor no começo a dor foi só piorando meu parto foi bem demorado então o médico precisou fazer o corte mais a experiência foi única.

P4 - Foi maravilhoso, e rápido. Ganhei o bebê na posição sentada . Em uma banqueta própria para isso. Amei, era meu sonho e deu certo. Não precisou episiotomia, mas a médica deu 6 pontos , pois fiz muita força então lacerou. Demorou 10 dias para cair todos eles , e ficou tudo bem.

Os relatos de P2 e P4 mostram que a assistência que receberam foi considerada como positiva, entre tanto, existe diferenças entre as duas, a P2 descrevendo como experiência única, relata que seu parto normal foi doloroso, demorado e foi realizado episiotomia, já P4 não sofreu episiotomia, teve seu

parto em uma posição de sua escolha e sofreu uma laceração que não identificou o grau.

A episiotomia é um procedimento no qual é realizado um corte na região perineal feito quando ocorre o desprendimento da cabeça do bebê, foi criado com intuito de evitar lacerações vaginais extensas e acelerar o parto, porém já se tem evidências que ocasiona lesões profundas e com maior gravidade quando comparada às lacerações espontâneas. Visto como um procedimento duvidoso, coloca em pauta direitos da mulher sobre seu próprio corpo, considerada como violência obstétrica, pois futuramente pode acarretar em algum incômodo a mulher¹⁸.

Leal et al¹⁴, descrevem que episiotomia não deve ser usada em parto vaginal espontâneo, não existe uma recomendação de quando deve ser utilizada já que não há evidências que defendam a realização da episiotomia, embora ainda aconteça com um número razoável de mulheres em todo o Brasil.

Queiroz et al¹⁸, apontaram que quanto mais jovem a mulher ou sendo primeiro parto, maior a chance de ser submetida à episiotomia. Sendo verificados partos com e sem a episiotomia, notou-se que a episiotomia não previne a laceração e sim agrava, sendo necessária realização de sutura em consequência da lesão gerada sobre a musculatura de períneo, enquanto partos não submetidos a episiotomia tiveram lacerações leves.

A laceração é descrita por Queiroz et al¹⁸, como acontecimento comum durante parto normal, existem diversos fatores que influenciam, podendo ser espontânea, ou devido as condições da gestação, as intervenções obstétricas e principalmente a episiotomia.

P5 - O meu parto foi muito rápido. O bebê nasceu 39+4, desde o início da gestação já fui me preparando para o parto normal. Sentia algumas dores na região da lombar com 38s eu estava 1cm dilatado, passado 1 semana, no dia da consulta senti dores como cólicas menstruais, e já estava com 5cm, logo depois as cólicas foram sendo mais frequentes, de 5/5 minutos, e já estava com 7/8 cm, comecei a sentir vontade de fazer força e já estava com dilatação total. O bebê nasceu com 3 forças

de expulsão. Foram 4 horas de trabalho de parto. Tive uma rede de apoio ótima, com enfermeira obstetra, gineco e pediatra.

P6 - Meu parto foi um parto tranquilo. Eu busquei MUITA informação durante a gestação e me preparei o máximo que eu pude para o momento. Acredito que informação é a coisa mais importante para uma mulher buscar durante a gestação

P5 e P6 foram as mulheres que relataram ter se preparado para o parto normal, elas tiraram todas as dúvidas e curiosidades, buscaram por informações e tiveram o apoio necessário para seu parto. O aperfeiçoamento do parto vem sendo trabalhado desde a década de 30 e 50, onde foi implementado programas materno-infantis no qual os obstetras buscavam alternativas de preparação, em meados do século XX, o Brasil passou a adotar as mesmas teorias dos países europeus e dos Estados Unidos por meio de cursos preparatórios e conferências, sendo pautada a importância da educação e preparação da mulher e dos familiares, influenciando as parturientes a lerem mais sobre o assunto¹⁹.

Atualmente no Brasil, existem várias formas de buscar suporte, como livros, revistas, manuais, relatórios, reportagens e principalmente a internet, que possui todo tipo de informação sobre a gestação e ao parto, auxiliando no esclarecimento de dúvidas e curiosidades das gestantes, companheiros e familiares. Ainda assim o maior suporte da gestante deve ser os profissionais capacitados da área da saúde¹⁹.

CONCLUSÃO

A maioria dos relatos das participantes sobre a experiência do parto normal foi positiva, apenas uma participante disse não saber sobre a humanização e manifestou insatisfação com o atendimento recebido durante o parto. Algumas mulheres que referiram nas questões do formulário não ter sofrido violência obstétrica são as mesmas que se contradizem em seus relatos, pois acabam referindo o acontecimento da episiotomia e da manobra de Kristeller, isso mostra a dificuldade na identificação sobre a violência e o abuso, as mulheres que tiveram seus partos respeitados e sem essas intervenções,

deixaram a recomendação em seus relatos da necessidade da informação sobre o parto. Com isso podemos perceber que o parto ainda é um assunto a ser trabalhado com as mulheres, com os profissionais de saúde e com a sociedade como um todo, devemos buscar os direitos e a informação para eliminar as intervenções desnecessárias, que ainda são utilizadas. Evidenciou-se também, que há um maior número de partos cesáreos (14 relatos), em relação ao parto normal neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Velho MB, Santos EKA dos, Brüggemann OM, Camargo BV. Vivência Do Parto Normal Ou Cesáreo : Revisão Integrativa Experience With Vaginal Birth Versus Cesarean Childbirth : Integrative Review of Women ' S Perceptions La Experiencia Del Parto Vaginal O La Cesárea : Una. texto Context Enferm. 2012;21(2):458–66.
2. da Silva RM, Costa MS, Matsue RY, de Sousa GS, Catrib AMF, de Souza Vieira LJE. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. Cienc e Saude Coletiva. 2012;17(3):635–42.
3. Oliveira AM De. a Importância Da Atuação Da Fisioterapia No Parto Humanizado : Uma Revisão Sistemática. Rev Bras Saúde Func. 2019;7:75–84.
4. Soares KB, Klein VCG, Lima JARF De, Gadenz L, Paulo LE, Konopka CK. Gestational Risk as a Determining Factor for Cesarean Section according to the Robson Classification Groups. Rev Bras Ginecol e Obstet. 2021;43(2):84–90.
5. Da A, Freitas S, Da V, Lima S, Nogueira De Sousa J, Tami L, et al. Fisioterapia E Humanização Do Parto : Uma Análise Partir. Alumni- Rev Discente do UNIABEU- ISSN 2318-3985. 2017;3(1):11–23.
6. Wrobel L de L, Ribeiro STM. A prática p rática do p arto h umanizado no SUS : e studo comparativo. Acta Sci Heal Sci. 2006;28(1):17–22.
7. Knobel R, Radunz V, Carraro TE. Utilização de estimulação elétrica transcutânea para alívio da dor no trabalho de parto: um modo possível para o cuidado à parturiente TT - Use of transcutaneous electric nerve stimulation for pain relief in labour: a possible way to care the child-bearer. Texto & Context enferm [Internet]. 2005;14(2):229–36. Available from:<http://www.textocontexto.ufsc.br/include/getdoc.php?id=187&article=86&mode=pdf>
8. Canesin KF, Amaral WN do. Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura. Femina. 2010;
9. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. 2017. 53 p.

10. Sousa CB de, Silva IMA da, Costa RS, Pereira VS de S. Atuação da fisioterapia para a redução do tempo no trabalho de parto vaginal. *Scire Salut.* 2018;8(2):123–8.
11. Niy DY. Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública Discurso sobre episiotomia nos livros populares sobre gravidez e parto comercializados no Brasil. 2012;
12. Taquette SR. Análise e Interpretação de dados de pesquisa qualitativa. *Congr Ibero-Americano em Investig Qual.* 2016;2(2010):524–33.
13. Da Silva Mota J. Utilização do Google Forms na pesquisa acadêmica. *Rev Humanidades e Inovação [Internet].* 2019;6(12):371–80. Available from:<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/1106>
14. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres Brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica.* 2014;30(SUPPL1):17–32.
15. Leal M do C, Bittencourt S de A, Esteves-Pereira AP, Ayres BV da S, Silva LBRA de A, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saude Publica.* 2019;35(7):e00223018.
16. Gouveia AO de, Silva LAT, Santos VRC dos, Paes CL de A, Medeiros T de SP, Cordovil ABC, et al. Oficina Saúde Da Mulher, Um Olhar Sobre Os Direitos E Recursos Ofertados Pelo Sistema Único De Saúde (Sus) Na Perspectiva Do Empoderamento Feminino: Um Relato De Experiência / Women’S Health Workshop, a Look At the Rights and Resources Offered by the Uniq. *Brazilian J Dev.* 2020;6(10):76747–59.
17. Souza M, Farias L, Ribeiro G, Costa C, Damasceno A. Fatores relacionados ao desfecho perineal após parto vaginal Em Primíparas: Estudo Transversal. *Rev ESC Enferm USP.* 2020;1–9.
18. Queiroz JHM de, Carvalho MS de, Cerdeira D de Q, Barreto KL. Perfil Clínico E Sociodemográfico De Laceração Perineal Durante Os Partos Normais Em Um Hospital E Maternidade Do Interior Do Ceará. *Rev Expressão Católica Saúde.* 2020;5(1):57.
19. Ayres LFA, Teixeira LA, Henriques BD, Dias AKG, de Amorim WM. Methods of childbirth preparation: A study of printed matter published in Brazil in the mid-twentieth century. *Hist Ciencias, Saude - Manguinhos.* 2019;26(1):53–70.