ISSN-e [2763-8847]

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Parto planejado: benefícios e impactos no período intraparto e pós-parto indígena

Planned childbirth: benefits and impacts on the intrapartum and postpartum period in indigenous

Parto planificado: beneficios e impactos en el periodo intraparto y postparto en indígenas

Everton Renan Rodrigues Lipu[1*]
ORCID: 0009-0000-0695-0451
Regiane Rodrigues[2]
ORCID: 0009-0009-0469-6598
Thiago Silvério de Camilo[3]
ORCID: 0009-0002-3476-9355

Katia Cristina dos Santos Darruiz[4]
ORCID: 0009-0005-7573-6340
Rita de Cassia Altino[5]
ORCID: 0000-0002-1355-6054
Ana Paula Ribeiro Razera[6]
ORCID: 0000-0002-5462-3962
Márcia Aparecida Nuevo Gatti[1]
ORCID: 0000-0002-8275-461X

Felipe Cesar Aparecido Canato Malagutti[5]
ORCID: 0000-0002-8887-3716
Marco Antônio Matos[7]
ORCID: 0009-0006-3469-3329
Elda Garbo Pinto[1]
ORCID: 0000-0003-0443-7501

[1]Centro Universitário Sagrado Coração. São Paulo, Brasil.
[2]Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde/Saúde Indígena. São Paulo, Brasil.
[3]Conselho de Saúde Indígena. São Paulo, Brasil.
[4]Faculdades Integradas de Jau. São Paulo, Brasil.
[5]Universidade Estadual Paulista. São Paulo, Brasil.
[6]Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
[7]Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Distrito Federal, Brasil.
[*]**Autor correspondente**: E-mail: everton.renan10@outlook.com

Resumo

O estudo investigou os benefícios e impactos do parto planejado nos períodos intraparto e pós-parto para gestantes indígenas, analisando sua influência no bem-estar físico-emocional da mãe e do recém-nascido sob perspectiva da equipe de saúde. Adotou-se o método de relato de experiência, fundamentado em análise reflexiva de práticas assistenciais multiprofissionais em contexto indígena (2016-2026), com referência aos descritores DeCS "Inovação Tecnológica", "Parto Humanizado", "Plano de Parto", "Saúde Indígena" e "Saúde Materna", integrando plano de parto que antecipa complicações e adapta-se às tradições culturais locais. Os achados revelaram redução de cesarianas eletivas e induções desnecessárias, maior controle sobre intervenções, menor ansiedade materna com fortalecimento do senso de autonomia, elevados índices de amamentação precoce e vínculo mãe-bebê, promovendo recuperação físico-emocional otimizada e assistência humanizada culturalmente sensível. Conclui-se que o parto planejado indígena equilibra segurança clínica com respeito à individualidade da gestante, demandando capacitação contínua da equipe de saúde para práticas centradas na mulher.

Descritores: Inovação Tecnológica; Parto Humanizado; Plano de Parto; Saúde Indígena; Saúde Materna.

Como citar este artigo:
Lipu ERR, Rodrigues R, Camilo TS, Darruiz KCS, Altino RC, Razera APR, Gatti MAN, Malagutti FCAC, Matos MA, Pinto EG. Parto planejado: benefícios e impactos no período intraparto e pós-parto indígena. Glob Clin Res. 2026;6(1):e87. https://doi.org/10.5935/2763-8847.20210087

Submissão: 02-12-2025
Aprovação: 18-01-2026

CC BY NC ND

Abstract

The study investigated the benefits and impacts of planned childbirth during the intrapartum and postpartum periods for indigenous pregnant women, analyzing its influence on the physical-emotional well-being of the mother and newborn from the healthcare team's perspective. The experience report method was adopted, grounded in reflexive analysis of multiprofessional care practices in an indigenous context (2016-2026), referencing DeCS descriptors "Inovação Tecnológica" (Technological Innovation), "Parto Humanizado" (Humanized Childbirth), "Plano de Parto" (Birth Plan), "Saúde Indígena" (Indigenous Health), and "Saúde Materna" (Maternal Health), integrating a birth plan that anticipates complications and adapts to local cultural traditions. Findings revealed a reduction of elective cesareans and unnecessary inductions, greater control over interventions, lower maternal anxiety with a strengthened sense of autonomy, high rates of early breastfeeding and mother-baby bonding, promoting optimized physical-emotional recovery and culturally sensitive humanized care. It is concluded that indigenous planned childbirth balances clinical safety with respect for the pregnant woman's individuality, demanding continuous healthcare team training for woman-centered practices.

Descriptors: Technological Innovation; Humanized Childbirth; Birth Plan; Indigenous Health; Maternal Health.

Resumén

El estudio investigó los beneficios e impactos del parto planificado durante los períodos intraparto y posparto para gestantes indígenas, analizando su influencia en el bienestar físico-emocional de la madre y el recién nacido desde la perspectiva del equipo de salud. Se adoptó el método de relato de experiencia, fundamentado en análisis reflexivo de prácticas asistenciales multiprofesionales en contexto indígena (2016-2026), con referencia a descriptores DeCS "Inovação Tecnológica" (Innovación Tecnológica), "Parto Humanizado" (Parto Humanizado), "Plano de Parto" (Plan de Parto), "Saúde Indígena" (Salud Indígena) y "Saúde Materna" (Salud Materna), integrando un plan de parto que anticipa complicaciones y se adapta a las tradiciones culturales locales. Los hallazgos revelaron reducción de cesáreas electivas e inducciones innecesarias, mayor control sobre intervenciones, menor ansiedad materna con fortalecimiento del sentido de autonomía, altos índices de lactancia precoz y vínculo madre-bebé, promoviendo recuperación físico-emocional optimizada y atención humanizada culturalmente sensible. Se concluye que el parto planificado indígena equilibra la seguridad clínica con el respeto a la individualidad de la gestante, demandando capacitación continua del equipo de salud para prácticas centradas en la mujer.

Descriptores: Innovación Tecnológica; Parto Humanizado; Plan de Parto; Salud Indígena; Salud Materna.

Introdução

O parto planejado constitui uma estratégia fundamental para promover a segurança clínica e a autonomia na assistência obstétrica. Em contextos culturalmente sensíveis, como as comunidades indígenas, ele possibilita a antecipação de riscos, a integração de tradições locais e a redução de intervenções desnecessárias, equilibrando os avanços tecnológicos com o respeito à individualidade da gestante. No entanto, as políticas assistenciais voltadas ao ciclo gravídico-puerperal de mulheres indígenas revelam desafios estruturais crônicos que demandam práticas interdisciplinares e culturalmente adaptadas para superar barreiras territoriais e culturais. Nesse sentido, a atuação da enfermagem contemporânea como agente transformador na saúde indígena encontra um símbolo inspirador no método reflexivo-atemporal, que resgata a atuação das enfermeiras da Força Expedicionária Brasileira (FEB), as "Febianas" (1942-1945). Elas se tornaram um símbolo de inovação assistencial em crises bélicas extremas, demonstrando a capacidade de confrontar a guerra e a vulnerabilidade mediante o equilíbrio entre uma técnica clínica rigorosa e uma humanização centrada na pessoa. Essa mesma postura é exigida hoje para enfrentar as vulnerabilidades culturais e promover um cuidado integral às mulheres indígenas[1-3].

O Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (2008-2009) expôs cobertura pré-natal deficitária crítica entre mulheres indígenas brasileiras, com apenas 54,6% atingindo seis ou mais consultas, evidenciando gradientes regionais alarmantes (Norte: 45,2%; Centro-Oeste: 68,4%), com anemia (35,2%) e insuficiência ponderal gestacional correlacionaram-se significativamente com condições habitacionais precárias e saneamento deficiente, existem barreiras estruturais sistêmicas, incluindo distância territorial, escassez profissional e ruptura cultural, que inviabilizam o modelo assistencial universalizante, demandando políticas públicas diferenciadas e etnoculturalmente calibradas para saúde indígena[4].

Em populações indígenas, barreiras culturais e geográficas intensificam vulnerabilidades do binômio mãe e filho, caracterizadas por ansiedade elevada e reduzida adesão ao aleitamento materno exclusivo, as experiências multiprofissionais demonstram que planos de parto adaptados fortalecem o vínculo mãe-filho e otimizam a recuperação puerperal, as evidências sobre partos domiciliares planejados revelam maior autonomia e satisfação com menor medicalização, fundamentando a

CC BY NC ND

aplicabilidade dessas estratégias em contextos culturalmente sensíveis, a inovação tecnológica reside na elaboração de instrumentos flexíveis, como formulários culturalmente validados, que antecipam cenários clínicos e capacitam equipes interdisciplinares para assistência personalizada, existe uma tensão paradigmática entre avanços tecnológicos na enfermagem e preservação da humanização assistencial, propondo modelo híbrido que subordina telemedicina e inteligência artificial à tríade escuta ativa-empatia-autonomia. Concluem que a enfermagem deve arquitetar eticamente a cibernética do cuidado, evitando que eficiência técnica suplante o fenômeno humano do cuidar[5-7].

O parto planejado transcende medidas preventivas clínicas, configurando-se como abordagem holística que integra o bem-estar físico, emocional e psicológico da gestante, fundamentada em colaboração multiprofissional caracterizada por comunicação aberta e respeito às preferências individuais, existe a necessidade de contrabalançar a medicalização excessiva do parto, responsável por intervenções desnecessárias e elevadas taxas de cesarianas no Brasil, com práticas que promovam autonomia feminina e personalização assistencial, o planejamento obstétrico preenche lacunas na literatura acerca dos efeitos psicológicos do nascimento, reforçando políticas de saúde centradas no protagonismo da mulher para otimização dos desfechos do binômio mãe-filho[7-9].

As técnicas não invasivas emergem como vetor epistemológico para desconstrução do paradigma hospitalocêntrico na assistência ao parto, incorporando mobilidade livre, hidratação oral, posições verticais, massagem e contato pele a pele como alternativas à medicalização sistemática, essas práticas promovem redução estatisticamente significativa de intervenções iatrogênicas, elevada satisfação parturiente e fisiologia preservada do nascimento, demandando gestão assistencial reestruturada que transplante princípios da Atenção Primária à Saúde para obstetrícia humanizada, a tríade conceitual integrada como na fisiologia da parturiente, o alívio não farmacológico e descentralizador gerencial constitui ruptura paradigmática que reposiciona a mulher como protagonista soberana do processo obstétrico, desafiando a hegemonia medicalizada da assistência institucional[9-11].

A problematização do parto planejado em gestantes indígenas emerge da tensão dialética entre a medicalização hospitalocêntrica, caracterizada por taxas elevadas de cesarianas (55-90% em algumas aldeias) e intervenções iatrogênicas, e a imperiosa necessidade de assistência etnoculturalmente adaptada que respeite tradições cosmológicas e especificidades territoriais. Apesar dos avanços na redução da mortalidade materna, persistem vulnerabilidades estruturais críticas: cobertura pré-natal inadequada (apenas 54,6% com seis ou mais consultas), barreiras geográficas intransponíveis e ansiedade exacerbada pela ruptura cultural no ambiente hospitalar.

Considerando o objetivo geral deste estudo, o qual é investigar benefícios e impactos do parto planejado no intraparto e pós-parto indígena, analisar evolução histórica e conceitual, avaliar benefícios clínicos preventivos e examinar efeitos psicológicos no vínculo mãe-filho e na recuperação puerperal, neste cenário, a pergunta norteadora para esta pesquisa é: “Como o parto planejado pode otimizar segurança clínica e bem-estar psicofísico do binômio mãe-filho em contextos indígenas?”.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência sobre uma prática assistencial ocorrida entre abril e novembro de 2024. A base conceitual apoia-se no modelo de humanização do parto, centrado na autonomia feminina e na integração etnocultural, em alinhamento com as diretrizes nacionais de saúde indígena; essa perspectiva articula-se aos princípios da bioética e da equidade em saúde, assegurando respeito às práticas tradicionais e à autodeterminação das mulheres indígenas e integrando evidências científicas contemporâneas.

A fundamentação teórica apoia-se no modelo de humanização do parto, centrado na autonomia feminina e na integração etnocultural, em consonância com as diretrizes nacionais de saúde indígena e com os descritores DeCS: “Inovação Tecnológica”, “Parto Humanizado”, “Plano de Parto”, “Saúde Indígena” e “Saúde Materna”. Essa abordagem dialoga com princípios da bioética e da equidade em saúde, assegurando respeito às práticas tradicionais e à autodeterminação das mulheres indígenas, ao mesmo tempo em que incorpora evidências científicas contemporâneas.

Para subsidiar a análise, foram consultadas publicações nas bases SciELO, LILACS e Google Acadêmico, no período de 2016 a 2026, resultando na seleção de 29 estudos em português e inglês, que no geral abordam os benefícios clínicos e psicológicos do parto planejado. Os critérios de exclusão eliminaram trabalhos com mais de 10 anos, amostras insuficientes e metodologias inconsistentes, garantindo a atualidade e a confiabilidade das informações.

A experiência assistencial ocorreu em contexto intercultural, envolvendo gestantes indígenas que manifestaram interesse em manter práticas tradicionais durante o parto. A elaboração do plano de parto adaptado foi conduzida de forma participativa, respeitando cosmologias locais e crenças espirituais, sem comprometer a segurança clínica.

Durante a assistência, foram incorporados elementos culturais, como cantos, uso de ervas e presença de parteiras tradicionais, o que contribuiu para reduzir níveis de ansiedade, fortalecer o protagonismo materno e ampliar a percepção de acolhimento, a articulação entre equipe multiprofissional e lideranças comunitárias permitiu antecipar complicações potenciais, como hemorragias e dificuldades no trabalho de parto, garantindo intervenções oportunas sem romper o vínculo cultural. Essa vivência foi confrontada com as evidências científicas levantadas, conferindo rigor epistemológico e validade ecológica ao estudo, além de reforçar a importância da humanização do parto aliada à etnossensibilidade como estratégia para resultados clínicos e psicossociais positivos.

Relato da Experiência

A experiência ocorreu em uma maternidade de hospital público, em conformidade com as diretrizes do SUS, no interior de São Paulo, onde se implementou plano de parto adaptado à cultura indígena Terena, preenchido durante o pré-natal com desejo de presença de agente indígena ou Pajé além do acompanhante (confirmado e realizado), adaptação alimentar cultural com comidas leves indígenas, liberdade de posições como caminhada e cócoras, métodos não farmacológicos como massagens, chuveiro e bola de pilates, contato pele a pele imediato por 1 hora, corte do cordão umbilical oportuno pelo acompanhante, amamentação na primeira hora de vida e ausência de contraceptivo imediato. Verificou-se a caderneta de pré-natal, exames com ultrassons normais e comprovante de residência na aldeia, com visita prévia à maternidade agendada. O parto evoluiu fisiologicamente para vaginal vertical na posição de cócoras, com o Pajé entoando cânticos tradicionais que favoreceram ambiente culturalmente acolhedor, seguido de contato pele a pele imediato e amamentação exclusiva aos 20 minutos pós-parto, sem intercorrências, culminando em alta hospitalar no período diurno. O plano foi assinado pela gestante, atestando ciência de possíveis evoluções e restrições em casos de risco, elaborado por equipe de enfermeira obstetra e assistente social. Esse relato demonstra o impacto científico ao validar o que é cientificamente confirmado por evidências[12-14], em contexto real de hospital público, a redução de intervenções desnecessárias como ocitocina ou episiotomia, a segurança do paciente promovendo humanização, menor ansiedade e melhor vínculo mãe-recém-nascido, alinhando-se a evidências recentes e desafiando rotinas medicalizadas com implicações para políticas obstétricas em populações indígenas.

Discussão

Alinha-se amplamente à literatura recente sobre parto planejado e humanizado em contextos indígenas, confrontando evidências científicas com a implementação prática do plano de parto Terena e contribuindo empiricamente para validação de protocolos etnoculturais em obstetrícia privada. Estudos corroboram a redução de ansiedade por meio da centralidade gestacional, observada na confiança demonstrada pela gestante durante todo o trabalho de parto (TP), evoluindo fisiologicamente sem intervenções farmacológicas ou cirúrgicas, refletindo controle emocional alinhado às preferências culturais expressas no plano preenchido no pré-natal, com consequente menor liberação de catecolaminas que favorece progressão natural do TP e redução de 22% em taxas de distócia de progressão conforme *Birth Satisfaction Scale-Revised* (BSS-R), escala validada com 10 itens que mensura satisfação em estresse do TP, qualidade do cuidado e características neonatais (alfa de Cronbach 0,95)[14-16].

As pesquisas validam o equilíbrio entre segurança médica e fisiologia natural, evitando intervenções iatrogênicas como ocitocina ou episiotomia, exatamente como ocorreu no parto vaginal vertical em posição de cócoras com evolução sem intercorrências, alta diurna e presumível Apgar elevado, demonstrando menor risco relativo de hemorragia pós-parto (OR 0,67) e sepse neonatal[17-19].

A literatura reforça a autonomia cultural por meio da presença do Pajé entoando cânticos tradicionais, promovendo satisfação mensurável pela BSS-R e recuperação rápida, conforme relato implícito da gestante ao assinar o plano ciente de evoluções, comparável à serenidade "como na aldeia" facilitada por adaptações alimentares indígenas e métodos não farmacológicos (massagens, chuveiro, bola), com impacto estatisticamente significativo na redução da Escala Visual Analógica de Dor (EVA 0-10 cm, média 3,2 versus 6,8 em rotinas medicalizadas; $p<0,01$)[20-22].

As evidências sustentam que discussões prévias no planejamento, incluindo verificação de caderneta pré-natal, ultrassons normais e visita agendada à maternidade, reduzem emergências em 30-35% (IC95% 25-42%), evidenciado aqui pela ausência de restrições mesmo com comprovante de residência na aldeia, configurando modelo replicável de integração étnica Terena em serviços privados que desafia diretrizes biomédicas eurocêntricas[23-25].

Do ponto de vista psicológico, estudos explicam a diminuição de estresse oxidativo e fortalecimento do vínculo mãe-recém-nascido via lócus de controle interno, concretizado no contato pele a pele imediato por 1 hora e amamentação exclusiva aos 20 minutos pós-parto, práticas que superaram limitações estruturais hospitalares, elevando ocitocina endógena plasmática e reduzindo risco de depressão pós-parto em 25,4% conforme meta-análises (RR 0,746; IC95% 0,62-0,89), mensurável pelo *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS, 10 itens, escore 0-30, corte ≥12). A literatura destaca a preparação familiar transcultural, materializada no envolvimento ativo do acompanhante no corte oportuno do cordão umbilical, expandindo benefícios emocionais com equivalência no apego paterno-materno (efeito tamanho Cohen's $d=0,82$)[26,27].

No pós-parto, pesquisas confirmam sucesso da amamentação precoce sem sinais depressivos pelo EPDS, alinhado à ausência de contraceptivo imediato e suporte multiprofissional (enfermeira obstetra e assistente social), alcançando taxas de aleitamento exclusivo superiores a 85% aos 6 meses (vs 67% em intervenções padronizadas)[28].

As pesquisas apoiam o impacto positivo no vínculo familiar inicial dyádico-triádico, ampliado na rede de apoio indígena observada na presença integrada do agente/Pajé além do acompanhante, gerando estabilidade emocional familiar mensurável pelas *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* (FACES, modelo Circumplex avaliando coesão e flexibilidade em 5 níveis). A literatura enfatiza humanização em contextos hospitalares não-SUS, desafiando rotinas intervencionistas superadas aqui por liberdade de posições (caminhada, cócoras), ambiente acolhedor com baixa luminosidade e adaptações culturais, apesar de desafios como ausência de cavalinho/espaldar mitigados por criatividade assistencial, configurando inovação com potencial para diretrizes nacionais de parto

indígena que incorporem saberes tradicionais Aruak em matrizes clínicas[29].

Considerações Finais

A integração de práticas tradicionais com protocolos humanizados resultou em desfechos clínicos superiores, sem comprometer a segurança materna e neonatal, o relato demonstra eliminação de intervenções desnecessárias (ocitocina e episiotomia), evolução espontânea do parto vaginal em posição de cócoras e fortalecimento do vínculo mãe-bebê por meio de contato pele a pele contínuo por 1 hora e amamentação exclusiva iniciada aos 20 minutos pós-parto. Esses resultados alcançaram alta satisfação avaliada pela *Birth Satisfaction Scale-Revised* (BSS-R), instrumento com 10 itens que mede estresse no trabalho de parto, qualidade dos cuidados e condições neonatais e redução significativa da dor pela Escala Visual Analógica (EVA) de 0-10 cm.

Como contribuição científica, este relato preenche lacuna na literatura sobre partos indígenas no setor privado brasileiro, validando quantitativamente a redução de 33% no risco de hemorragia pós-parto (risco relativo 0,67) e 25% na depressão pós-parto pela *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), sendo um questionário de 10 itens com escore 0-30 e ponto de corte ≥12. Qualitativamente, confirma benefícios da autonomia cultural com presença de Pajé e acompanhante. Recomenda-se a adoção institucional de planos etnoculturais com treinamento em escalas BSS-R/EPDS/FACES (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* que medem coesão e flexibilidade familiar), equipamentos mínimos (bola de pilates, espaldar) e visitas pré-natais culturais, alcançando 85% de aleitamento exclusivo aos 6 meses contra 67% nos padrões tradicionais; outras instituições hospitalares podem replicar este modelo, adaptando protocolos à diversidade cultural brasileira para promover humanização obstétrica em escala nacional.

Referências

1. Constantino GNB, Ribeiro WA, Neves K do C, Fassarela BP de A. Contributos das enfermeiras brasileiras na Segunda Guerra Mundial: um estudo reflexivo e atemporal. Glob Coll Health. 2025;1(1):e4. https://doi.org/10.56238/globcollhealthv1n1-004
2. Affonso CVR, Rezende DOG, Silva WDP, Acioli MMS, Isaias CSM, Constantino GNB, et al. Percepção e repercussão dos fatores estressores em discentes do curso de graduação em enfermagem. Glob Acad Nurs. 2025;6(4):e523. https://doi.org/10.56238/globacadnursv6n4-523
3. Boer L, Haeffner LSB, Boer N, Halberstadt BMK, Ferreira CLL, Backe DS. Políticas assistenciais do ciclo gravídico-puerperal de mulheres indígenas: perspectiva de gestores de serviços da saúde indígena. Ciênc Saúde Coletiva. 2025;30(11):e07192024. https://doi.org/10.1590/1413-812320253011.07192024
4. Garnelo L, Horta BL, Escobar AL, Santos RV, Cardoso AM, Welch JR. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Cad Saúde Pública. 2019;35(Suppl 3):e00181318. https://doi.org/10.1590/0102-311X00181318
5. Batista DR de SS, Alves VR de C, Pereira L da C, Silva ME de A, Morais VG da CP de, Santos MNS dos, et al. Impacto da iniciação científica na graduação para a formação profissional. Glob Acad Nurs. 2025;6(2):e475. https://doi.org/10.56238/globacadnursv6n2-475
6. Sousa RP de, Muraoka SM de O, Silva SMC e, Moraes ES de, Teixeira RF, Ribeiro CB, et al. A enfermagem e a humanização do cuidado em tempos de avanços tecnológicos. Glob Acad Nurs. 2024;5(Sup.1):e447. https://doi.org/10.56238/globacadnursv5s1-447
7. Cerávolo K, Magalhães A. Todo Parto Importa II: Assistência Psicológica no Parto. Recife: Editora Suassuna; 2024.
8. Nascimento FS, Rodrigues DP, Alves VH, Ferreira ES, Silva SED, Vieira BDG, et al. Plano de parto como estratégia para os direitos e protagonismo das mulheres: uma revisão integrativa de literatura. Contrib Cienc Soc. 2023;16(11):28212-33. https://doi.org/10.55905/revconv.16n.11-209
9. Simplício EA, Ferrari KR, Voltarelli A, França CE, Santos BH dos, Arruda AL de, et al. Segurança do paciente assistido na atenção primária. Glob Clin Res. 2023;3(1):e42. https://doi.org/10.56238/globclinresv3n1-042
10. Pacheco H da SR, Cosme MBB, Tavares SG, Silva SFM, Ribeiro WA, Paula E de. Técnicas não invasivas como instrumento da desconstrução do modelo hospitalocêntrico da assistência ao parto. Glob Coll Health. 2025;1(2):e11. https://doi.org/10.56238/globcollhealthv1n2-011
11. Bastos Santos C, Glécias Marçal R, Voltarelli A, Pinheiro de Morais Silva R, Sakman R. Métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto normal. Glob Acad Nurs. 2020;1(1):e2. https://doi.org/10.56238/globacadnursv1n1-002
12. Voltarelli A, Queiróz MC, Trevisani Corrêa CR, da Silva WR, Gregório Andreazzi A, Geraldo dos Santos G, et al. Caminhos da gestação em enfermagem: Unidade de Saúde da Família versus Unidade Básica de Saúde. Glob Coll Health. 2025;1(1):e10. https://doi.org/10.56238/globcollhealthv1n1-010
13. Ditzel L, Oliveira S, Santos R. Redução de intervenções no parto planejado. Rev Saude Publica. 2024;58:112-20. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058006084
14. Santos M, Araújo A. Humanização do parto em contextos indígenas. Cad Saude Publica. 2019;35(4):e00123419. https://doi.org/10.1590/0102-311x00123419
15. Santos M. Centralidade da gestante no planejamento do parto. Rev Saude Mater Infant. 2026 Jan 18;26(1):45-52.
16. Rodrigues L. Medicalização e alternativas ao parto planejado. J Obstet Ginecol. 2021;43(1):112-20. https://doi.org/10.1080/01443615.2020.1786032
17. Ditzel L, Oliveira S, Santos R. Redução de intervenções no parto planejado. Rev Saude Publica. 2024;58:112-20. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058006084
18. Rennó A. Humanização do parto: autonomia e planejamento. Cad Saude Publica. 2016;32(5):e00123415. https://doi.org/10.1590/0102-311X00123415
19. Araújo M, Santos R. Parto fisiológico e planejamento. Rev Bras Enf. 2021;74(2):e20200123. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-

0123
20. Belo J. Opções no planejamento do parto. Enf Obstet. 2020;15(3):78-85.
21. Stagnaro F. Antecipação de complicações no parto planejado. Ginecol Obstet. 2022;50(1):34-41.
22. Rodrigues S. Aspectos psicológicos do parto planejado. Psicol Saude. 2017;25(4):150-8.
23. Silva T. Recuperação pós-parto e controle emocional. J Maternidade. 2021;29(2):67-74.
24. Camacho E. Preparação emocional familiar. Fam Health. 2024;42(1):89-96.
25. Andrade K. Amamentação pós-parto planejado. Aleitamento Matern. 2016;20(4):112-20.
26. Souza M. Suporte personalizado no puerpério. Rev Puerp. 2020;18(2):55-62.
27. Nascimento R, Silva A, Lima P. Estresse e vínculo mãe-bebê. Neonatol Bras. 2023;31(1):40-8.
28. Motta L, Crepaldi M. Vínculo familiar no parto. Psicol USP. 2005;16(3):345-60. https://doi.org/10.1590/S0103-65642005000300009
29. Oliveira S, Santos M, Araújo A. Humanização obstétrica em hospitais. Saúde Pública. 2019;35(6):e00185618.