

## Humanização do vínculo entre médico e paciente: Um olhar direcionado ao cuidado materno-infantil

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.026-024>

**Maria Clara Pinto Andrade**

E-mail: mariaclarapintoandrade@gmail.com

**Anna Carla Silva Ferreira**

E-mail: annacarla310124@gmail.com

**Bruno Henrique Silva Araújo**

E-mail: brunohsaraujo@outlook.com

**Francisca Diana Braga Neta**

E-mail: dianastarpvh@gmail.com

**Maria Ângela Santos de Santana**

E-mail: angelasant24@gmail.com

**Maria Isabela Siqueira Fontenele**

E-mail: mariaisabelasiq@hotmail.com

**Laura Augusta Freire Batista**

E-mail: lauraaugusta\_@hotmail.com

**Lara Lis Leite Santos**

E-mail: laraliissleite@gmail.com

**Alcione de Oliveira Santos**

E-mail: alcione.m@hotmail.com

---

### RESUMO

Humanização consiste no conjunto de técnicas e ações que, construídas dentro dos seus princípios, promove a qualidade das relações entre os profissionais de saúde e os pacientes em que o público, sobretudo materno-infantil é carente desse aspecto nos hospitais brasileiros. A proposta do trabalho é, a partir da revisão bibliográfica, condensar as informações sobre o processo de humanização na saúde na conjuntura materno-infantil no Brasil. As principais dificuldades encontradas para a efetivação dessa temática no contexto da saúde são a ausência do protagonismo materno no parto, introspecção dos médicos ao lidar com a família do recém-nascido e o ambiente estressante da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Entende-se a importância do ensino sobre a humanização nas Universidades do país para a formação de profissionais médicos humanos no atendimento da Obstetrícia e Neonatologia. Verifica-se que o presente artigo conclui que há carência de estudos referentes à humanização na relação médico-paciente na circunstância da saúde materno-infantil e que, embora haja hospitais que incentivem a adoção de comportamentos humanizados no país, ainda não é uma realidade unânime no Brasil.

**Palavras-chave:** Humanização, Cuidado, Olhar, Materno, Infantil.

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito de humanização, no contexto médico-paciente, assume diversas variáveis sendo ainda mais evidente quando se trata de profissionais relacionados à saúde materno-infantil, visto que, é um protagonismo duplo enfrentando a interface do conhecimento técnico. Em função disso, inicia-se esse relacionamento no momento do pré-natal, na qual a paciente é cercada de médicos que em diversas situações- são incisivos em optar por não respeitar a decisão da mãe referente à condução da gestação, rompendo essa relação de confiança entre médico e paciente (HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005).

Somado a isso, é importante destacar que, apesar do parto ser um evento complexo que permeia julgamentos pré-concebidos, a comunicação com o obstetra responsável atrelada a estudos prévios com evidências científicas por parte da mãe tornam esse momento mais acolhedor e humanizado, evidenciando que, o cuidado médico é essencial para o cultivo das memórias maternas afetivas relacionadas ao nascimento. Entretanto, a outra faceta dessa temática, envolve profissionais intimidados com as constantes informações circulantes no senso comum sobre as vias de parto e as tecnologias utilizadas que, inúmeras vezes, colocam a mãe na posição de detentora exclusiva de saberes técnico quando na verdade deveria ser uma troca mútua entre as partes envolvidas (SENS; STAMM, 2019).

De acordo com Périco et al., (2006), é fundamental que as consultas posteriores da criança sejam baseadas na empatia por parte do profissional especializado, levando em consideração a percepção de mães e crianças em atendimento e, conseqüentemente, deixando-os confortáveis em um momento de tensão. Também é necessário salientar que, em diversas facetas, a temática é relevante para a sociedade por se tratar de um pré-conceito concebido por gerações anteriores e relacionado a históricos de atendimento ineficientes, mas não expostos abertamente em função da hierarquização do conhecimento médico e a ausência de reconhecimento do protagonismo do paciente diante do tratamento ofertado.

Com base nisso, o trabalho, com a metodologia de revisão bibliográfica, visa identificar os problemas de políticas públicas acerca da carência de humanização no atendimento materno-infantil conduzidas por obstetras e pediatras a nível nacional e justificados no interesse dos acadêmicos acerca da humanização no protagonismo da mãe e do filho nas consultas médicas. Ademais, o estudo acadêmico pode proporcionar, aliado a inúmeras pesquisas científicas dos últimos anos, a agregar mais ao tema e impulsionar estudiosos a fomentar políticas públicas que visem à redução da distância no relacionamento entre médico e paciente materno e pediátrico, aumentando, assim, a confiança e efetivação dos tratamentos propostos a esse público-alvo.

## 2 O MODELO BIOMÉDICO DO PRÉ-NATAL

Recentes esforços do Ministério da Saúde (como a Política Nacional de Humanização, de 2004) pela promoção da humanização das práticas médicas vêm reformulando antigos hábitos de médicos. Apesar disso, o exercício da saúde no Brasil ainda permanece intrinsecamente concatenado ao modelo biomédico de atendimento e tratamento, tornando a mulher coadjuvante no próprio processo gestacional. Essa realidade pode ser vista no atendimento à gestante por profissionais especialistas, como obstetras, fundamentais à saúde da mulher desde o pré-parto até o pós-parto. Tal atendimento é realizado adotando-se classificação de risco para se medir a necessidade do encaminhamento, uma vez que a atenção primária (porta de entrada da gestante no SUS) é composta por médicos generalistas. Essa é uma das barreiras que impedem o acompanhamento durante todo o pré-natal de um médico obstetra e que evidenciam a incorporação do modelo biomédico nas especialidades médicas (WARMLING et al., 2018; AMORIM; BRANT, 2021).

Nesse contexto, o estudo “Atenção materno-infantil em uma unidade básica de saúde: contribuições da gestão participativa” trouxe uma experiênciabem-sucedida de protagonismo feminino na gestação por meio da gestão participativa. Através de um grupo reunindo grávidas e profissionais dentro do aplicativo *WhatsApp*, as mulheres puderam atuar ativamente no seu processo gestacional, seja por meio da comunicação com os médicos e enfermeiros presentes no ambiente virtual ou pela troca de conhecimento e experiências entre as próprias gestantes. Além da gestão participativa como forma de colocar a gestante na posição de cogestora da sua saúde, é de fundamental importância para os médicos o exercício da empatia durante as consultas, priorizando sempre o entendimento da paciente nas suas demandas fisiológicas, emocionais e comportamentais. Esse modelo de cuidado requer humanização dos profissionais atuantes, visando à criação de vínculos com as mulheres em processo gestacional a fim de proporcionar uma melhor interlocução entre os envolvidos e uma eficaz disseminação de informações (AMORIM; BRANT, 2021; SILVA et al., 2021).

Ação semelhante a esta foi desenvolvida por um hospital colombiano, que criou um *call center* para gestantes com objetivo de acompanhar o processo gestacional, averiguar a situação de saúde da mãe e do bebê, bem como solucionar dúvidas a respeito deste ciclo de vida. As ligações eram realizadas semanalmente por profissionais de saúde, proporcionando, assim, uma maior integração entre a mulher e a equipe do estabelecimento de saúde (MOLINA, 2019).

## 3 PARTO HUMANIZADO: UM ATO ESSENCIAL E BENÉFICO À VIDA

Historicamente, o parto sempre foi entendido como um processo natural, sendo este um fenômeno mobilizador e marcante na história de todos os envolvidos, sendo este um grande agregador de múltiplos significados em diversas culturas que se perpetua por gerações, um exemplo é a

comemoração dos aniversários, conhecido como o primeiro marco importante da vida (FUJITA; SHIMO, 2014).

Ademais, com o advento do avanço da medicina, buscou-se a prevenção de fatalidades, com isso, houve uma conseqüente mecanização dos partos em ambientes hospitalar sob a responsabilidade de profissionais, sobretudo, no Brasil onde desde os anos 80 o número de partos cesáreos é crescente, representando 80% dos partos realizados nas redes privadas e 26% no sistema público de saúde, resultando em uma média geral de 40%. Sendo assim, o Brasil o país que mais realiza partos cesáreos no mundo (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

Embora se tenha buscado mais segurança ao mecanizar os partos, o parto cesáreo tem sido feito de forma massivamente desnecessária, causando conseqüências como: aumento das taxas de mortalidades maternas, infecções, hemorragias, possíveis complicações decorrentes da anestesia nas mães. Além de impasses conseqüentes da prematuridade nas crianças, como: problemas respiratórios, internações e imaturidade imunológica (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

Diante de tais implicações no uso irresponsável da cesariana, a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde apresentaram suas preocupações no uso excessivo de parto não natural e então, em 1996 publicaram o informe Maternidade Segura, que apresenta recomendações de boas práticas obstétricas (FUJITA; SHIMO, 2014).

Somado a tais práticas, deve-se estimular o apoio emocional pelos profissionais envolvidos, a oferta de líquidos por via oral, apoio empático, respeito, esclarecimento de dúvidas sobre o parto, massagens e técnicas de relaxamento, apoio e instrução profissional para a amamentação (conforme orientações da OMS sobre aleitamento materno) (MONTEIRO; HOLANDA; MELO, 2017).

Ainda assim, atualmente um grande número de maternidades priorizam procedimentos que retarda o parto humanizado. Na maioria das maternidades brasileiras, a realidade da assistência ao parto reflete um atendimento marcado por intervenções de rotina como a punção venosa, uso de ocitócitos, episiotomia, analgesia, tricotomia e lavagem intestinal, valorizando mais o profissional médico do que benefícios ao binômio. Há evidências que a punção venosa, para hidratar a gestante, dificulta a sua deambulação e livre movimentação; a episiotomia gera uma lesão genital que traz grandes desconfortos por atingir o tecido muscular e não previne lacerações perineais (AZEVEDO; SALVETTI; TORRES, 2017).

É importante enfatizar também a contribuição da educação em saúde a fim de desmistificar a dor presente no parto natural, contribuindo, assim, para o empoderamento da mulher no momento do parto o que possibilitaria por meio da educação uma mudança de paradigmas. Por fim, deve-se deixar claro que a dor faz parte da fisiologia do parto e é importante que a parturiente compreenda isso, uma vez que dor do parto estimula o organismo a liberar de forma natural beta-endorfinas que agirão no

controle da dor como um analgésico natural. A mulher que entende este fato e toda a singularidade envolvida pode fazer deste momento uma experiência única (AZEVEDO; SALVETTI; TORRES, 2017).

Para que isso ocorra é necessária uma atenção obstétrica de qualidade, que é um direito que deve ser assegurado a toda e qualquer mulher que esteja no período gestacional, principalmente pelo estado de vulnerabilidade que a mulher se encontra (CARRILLO et al., 2016).

Nesse contexto, os desafios encontrados nos serviços de saúde estão relacionados com o cuidado que é fornecido aos pacientes e a humanização dessa relação. O ato de humanizar abrange desde a atenção e o acolhimento até o respeito dos direitos e particularidades de cada indivíduo (SAMPAIO; SILVA; MOURA, 2008).

“Mulheres com experiências positivas durante o processo de parturição têm chances de exercerem a maternidade de forma mais prazerosa do que outras que sofreram violências obstétricas. Acarretam também importantes benefícios para o recém-nascido como o desejo de amamentá-lo e protegê-lo” (AZEVEDO; SALVETTI; TORRES, 2017, p.3).

O perfil no qual ocorrem mais casos nos quais as mulheres não são tratadas de maneira humanizada durante o trabalho de parto incluem adolescentes, gestantes com gravidez de alto risco e mulheres de classe baixa. As adolescentes são as mais vulneráveis, visto que, a gravidez na adolescência representa um problema de saúde pública, além de ser de risco; seguido das gestações de alto risco, na qual os profissionais de saúde se sentem muito pressionados pela própria condição de saúde da mulher propiciando, muitas vezes, a não participação da mãe durante o processo; por fim, as mulheres que possuem baixa condição financeira e que são oriundas das classes socioeconômicas mais baixas (MANRIQUE; CUERVO, 2017).

#### **4 MÉTODOS E CUIDADOS NO PUERPÉRIO**

O método mãe canguru apresenta-se como uma prática, o qual aumenta o contato íntimo entre mãe e filho, pois através desse contato pele a pele é possível sentir a temperatura, respiração, sono e contribuir para o ganho de peso do bebê, principalmente para os prematuros, visto que ajuda no aleitamento materno assim como fortalece o sentimento de amor, carinho e estimula a proteção entre a puérpera e seu filho. É imprescindível a presença constante de profissionais de saúde no trato da saúde da mãe, sobretudo com programas de saúde feminina a fim de promover uma atenção mais humanizada nesse período pós-parto (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

Mediante toda essa situação a qual a mãe está exposta no seu puerpério, ela pode ser alvo de algumas enfermidades, como a depressão pós-parto. A depressão pós-parto é uma realidade vivenciada por muitas mulheres, muitas vezes devido a transtornos psicoafetivos, que as acompanharam durante seu período de gravidez e que não houve o tratamento adequado, seja por falta de conhecimento ou

acompanhamento de um especialista, desta forma, esses sintomas depressivos se manifestam após o nascimento da criança, tornando-se prejudicial para o bebê, bem como para a família. Em razão disso, é necessário um olhar atento para essa questão, visto que o puerpério se apresenta como uma etapa de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, caracterizando-se como um período instável, que demanda a necessidade de um profundo conhecimento desta etapa na vida feminina, uma vez que é um fator essencial na determinação do limiar entre a saúde e a doença (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

Segundo Rattner (2009), para a humanização na atenção a nascimentos e partos é fundamental a ampliação de políticas públicas de atenção ao período pré e pós-nascimento a fim de promover uma assistência mais humanizada através de exames e atendimentos constantes com médicos, enfermeiros e profissionais especializados nessa área no intuito de promover maiores cuidados e uma maior aproximação entre a mãe e o filho.

## **5 UMA ABORDAGEM DA HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO NEONATAL**

A gravidez é um processo fisiológico em que a mulher, ciente de sua situação como futura mãe de um bebê, passa por mudanças físicas e psíquicas cujas transformações podem ser desafiadoras a ponto de sentir que a gestação é uma enfermidade. Diante das inúmeras facetas que envolvem esse processo, como a consciência da responsabilidade materna, a mulher ainda pode viver o desafio da gestação de alto risco no qual se pode vivenciar a antecipação do parto e a prematuridade do neonato (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um ambiente cuja convergência entre os cuidados intensos dos profissionais e o espaço físico tecnológico une-se em prol da saúde do neonato, mas outras carências afetivas desse indivíduo ressurgem nesse contexto e o enfoque voltado exclusivamente às máquinas da UTIN com a finalidade de proporcionar a cura, os cuidados tornam-se despersonalizados e pouco humanos (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

Segundo uma pesquisa realizada em três Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos da região Metropolitana de Vitória, os profissionais entendem a importância dos cuidados humanizados direcionados aos recém-nascidos – a exemplo de minimizar os estímulos sonoros e preparar a musculatura oral para o aleitamento por intermédio da sucção não nutritiva – porém, é perceptível a resistência em praticar as ações, já que o ambiente estressante e rotativo da UTIN impede as práticas de humanização. Baseado nisso, a assistência humanizada no Brasil deve decorrer de uma reorganização do serviço de saúde, atrelando conhecimentos técnicos e fator humano na relação médico-paciente neonato (ROSEIRO; PAULA, 2015).

A possibilidade de cura, sobretudo no compartimento das unidades de terapia intensiva, na área da Neonatologia é resultado da incorporação das tecnologias associado ao conhecimento científico da

equipe de saúde e, dessa maneira, reduz os índices de complicações no atendimento. Porém, quando envolve a terminalidade neonatal, a família encontra-se fragilizada diante da incerteza do tratamento direcionado ao paciente e a forma como o médico interage com os familiares influencia no modo como o processo da dor é vivenciado, conseqüentemente, o modo cuidadoso das expressões faciais e gesticulares é fundamental para que a notícia seja repassada de forma menos agressiva (SILVA; MENDONÇA, 2010).

Nesse contexto, segundo Brasil (2014), as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina determinam que a humanização na relação médico-paciente é uma pauta que deve ser discutida e executada desde a graduação médica, na qual os atendimentos humanizados devem ser realizados considerados todos os aspectos inerentes à vida do paciente (DIAS et al., 2019).

Outrossim, o terceiro princípio da bioética principialista aplicado na área neonatal- a autonomia- baseia-se na transferência do poder de decisão para a família referente aos tratamentos ofertados e, em função disso, reforça a importância do estreitamento na relação entre médicos e familiares desde que seja benéfico e humanizado com a finalidade de oferecer suporte técnico e emocional (SILVA; MENDONÇA, 2010).

Consoante Floss et al.(2013), a utilização da figura do clown no projeto “Recrutas da Alegria”, desenvolvido por acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande, ameniza o sofrimento de pais e crianças internadas causado pelo tratamento invasivo por meio de brincadeiras lúdicas e teatros infantis, bem como estimula os futuros profissionais a observarem o paciente por completo, respeitando limites, histórias de vida e individualidade.

## 6 CONCLUSÃO

De acordo com os estudos obtidos na pesquisa verificou-se que o tratamento humanizado entre gestantes, bebês e médicos é de extrema importância para o bom desenvolvimento da gestação, incluindo os aspectos físico, emocional e mental da futura mãe neste importante ciclo de vida. Apesar dos benefícios, está prática ainda é pouco presente no cotidiano dos centros especializados no cuidado materno-infantil, no qual a falta de empatia prevalece na maioria dos casos, bem como, o desinteresse para modificar tal cenário.

Pode-se considerar que apesar de tantas dificuldades, o tratamento humanizado existe na população alvo deste estudo, mas em pequenas proporções, requerendo, assim, mecanismos que incentivem a adoção de comportamentos que transbordem empatia, respeito e segurança para a gestante. Tal fato reflete no debate sobre a humanização na relação médico-paciente no aspecto materno-infantil que ainda é pouco difundido entre a comunidade médica e científica, o que torna esta temática carente de estudos, bem como de artifícios que possam proporcionar recursos para a implementação de medidas que possam mudar o panorama atual.



Em vista disso, faz-se necessário que mais pesquisas nessa área sejam desenvolvidas, para que assim, a cumplicidade e a integração sejam estimuladas entre toda a equipe de saúde e os pacientes e dessa forma ser uma constante no dia a dia do acompanhamento médico das gestantes, puérperas e neonatos.



## REFERÊNCIAS

AMORIM, F.; BRANT, L. C. ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: contribuições da gestão participativa. *Rahis- Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 1-19, 26 jun. 2021. RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v18i2.6664>>. Acesso em: 02/10/2021.

AZEVEDO, D. M.; SALVETTI, M. G.; TORRES, G. V. Qualidade da assistência em saúde mental: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, [S.L.], v. 7, p. 1-10, 20 dez. 2017. RECOM (Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1685>>. Acesso em: 25/10/2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, 20 de junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: DF, 2014. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 13/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004. 20 p. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 03/09/2021.

CARRILLO, R. G.; CASTILLO, M. M.; ACUÑA, V. R.; LAGUNES, L. L. S.; LEÓN, A. C.; RAMÓN, F. M. Satisfacción con la calidad de la atención en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. *Revista Conamed*, v. 21, n.1, 2016. Disponível em: <<https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/con161c.pdf>>. Acesso em: 24/10/2021.

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R.S. Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estudos e pesquisas em psicologia*, v. 8, n. 3, p. 759-773, 2008. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v8n3/artigos/pdf/v8n3a14.pdf>>. Acesso em: 27/09/2021.

DIAS, L.F.; NAVES, G. R. C.; FERREIRA, N. M.; FREITAS, M. C.; ARAÚJO, A. F. R.; SANTOS, C. A. G. La enseñanza médica en el cuidado ensalud materno-infantil: ambientes de práctica, estrategias y desafíos. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 7, n. 3, 2019. Disponível em: <[http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/download/3446/pdf\\_2](http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/download/3446/pdf_2)>. Acesso em: 13/11/2021.

FLOSS, M. et al. A humanização através do programa Recrutadas da Alegria da FURG: um relato de experiência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 37, p. 464-470, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000300020>>. Acesso em: 25/10/2021.

FUJITA, J. A. L. M. SHIMO, A. K. K. Relato de Experiência - parto humanizado: experiências no sistema único de saúde. *Rema: Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 4 2014. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v18n4a18.pdf>>/< DOI: 10.5935/1415-2762.20140074>. Acesso em: 25/10/2021.

GUIMARÃES, G.P.; MONTICELLI, M. (Des)motivação da puérpera para praticar o Método Mãe-Canguru. *Revista Gaúcha Enfermagem*, v.28 n.1, 2007. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/4687>>. Acesso em: 13/11/2021.

HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300020>>. Acesso em: 25/08/2021.

MANRIQUE, F. M. C.; CUERVO, G. M. N. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y Social de la materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, v. 68, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n2/0034-7434-rcog-68-02-00128.pdf>>/<<http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3022>>. Acesso em: 24/10/2021.

MOLINA, J. F. G. Acciones de Mejora para la Humanización en los Servicios del Área Materno Infantil Hospital San Marcos. *Con-Ciencia y Técnica*, n. 3, 2019. ISSN: 2619-5348. Disponível em: <<http://revistas.sena.edu.co/index.php/conciencia/article/view/2405/2665>>. Acesso em: 24/10/2021.

i. MONTEIRO, M. C. M.; HOLANDA, V. R.; MELO, G. P. Análise do conceito parto humanizado de acordo com o método evolucionário de Rodgers. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v. 7, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1885>>. Acesso em: 19/10/2021.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 11, n. 4, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000400008>>. Acesso em: 20/10/2021.

NEVES, P. N.; RAVELLI, A. P. X.; LEMOS, J. R. D. Assistência humanizada ao recém-nascido de baixo peso (método mãe-canguru): percepção de puérperas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 31, n. 1 p. 48-54, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100007>>. Acesso em: 25/10/2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996. Disponível em: <[https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit\\_atencao\\_perinatal/manuais/assistencia\\_ao\\_parto\\_normal\\_2009.pdf](https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf)>. Acesso em: 18/09/2021.

PÉRICO, G. V.; GROSSEMAN, S.; ROBLES, A. C. C.; STOLL, C.; Percepção de Mães sobre a Assistência Prestada a seus Filhos por Estudantes de Medicina da Sétima Fase: Estudo de Caso no Ambulatório de Pediatria de um Hospital Universitário. *Rev. bras. educ. med.*, v. 30, n.2, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022006000200007>> . Acesso em: 25/08/2021.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p. 759-768, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>>. Acesso em: 20/10/2021.

ROSEIRO, C. P.; PAULA, K. M. P. Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 32, p. 109-119, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000100010>>. Acesso em: 25/10/2021.

SAMPAIO, A. A.; SILVA, A. R. V.; MOURA, E. R. F. Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad?. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*, v. 73, n.3, 2008. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhog/v73n3/art08.pdf>>. Acesso em: 13/11/2021.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. F. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. *Interface: comunicação, saúde, educação*, v. 23, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180487>>.



Acesso em: 25/08/2021.

SILVA, F. G.; MAIA, I. S. L.; SILVA, L. M.; MARTINS, I. A. A. M.; PEREIRA, L. M. S.; NUNES, K. V. Z.; SILVA, S. G.; MACIEL, J. M. M. P. Gestar no SUS: entre humanização, autonomia e maternidades socialmente amparadas / gestar no SUS. *Brazilian Journal Of Development*, [S.L.], v. 7, n. 8, p. 81237-81247, 16 ago. 2021. South Florida Publishing LLC. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n8-372>>. Acesso em: 02/10/2021.

SILVA, L. C.; MENDONÇA, A. R. D. A. Neonatologia e terminalidade da vida: as implicações bioéticas da relação equipe de saúde-paciente-família. *Revista Bioética*, v. 18, n. 3, p. 677-690, 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533254013.pdf>>. Acesso em: 02/11/2021.

SILVA, L.J. D.; SILVA, L. R. D.; CHRISTOFFEL, M. M. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, p. 684-689, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300026>>. Acesso em: 06/11/2021.

WARMLING, C. M.; FAJARDO, A. P.; MEYER, D. E.; BEDOS, C. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 34, n. 4, p. 1-11, 29 mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00009917>>. Acesso em: 02/10/2021.