



Já decidiu sobre o parto?

Influências e barreiras
na decisão da via de
nascimento entre
gestantes

unicef 

para cada criança

Este estudo é uma iniciativa das áreas de Saúde e de Mudança Social e de Comportamento (SBC, na sigla em inglês) do UNICEF Brasil, tendo sido elaborado pela empresa Plan Eval sob a coordenação de pesquisa de Andreia Skackauskas, gerência de projeto de Laís Bertholino Faleiros e participação das pesquisadoras Luisa Rita Cardoso e Laura Marquesan Eschberger.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). **Já decidiu sobre o parto? Influências e barreiras na decisão da via de nascimento entre gestantes.** Brasília, junho de 2026.

Representante:

Joaquin Gonzalez-Aleman

Representante Adjunta:

Layla Saad

Coordenadora de Comunicação, Advocacy e SBC:

Sonia Yeo

Chefe de Saúde e Nutrição:

Luciana Phebo

Comitê Editorial:

Marco Prates

Stephanie Amaral

Júlia Kacowicz

Willian Wives

Revisão e colaboração:

Luciana Phebo

Regicely Aline Brandão

Revisão de texto e de provas editoriais

Cecília Siqueira

Projeto gráfico e diagramação:

Ana Carolina Caetano

© *Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), junho de 2026*

UNICEF Brasil, SEPN 510 Bl. A, 2º andar, Asa Norte, Brasília (DF) – 70750-521, Brasil

Iniciativa:



Parceria Estratégica:



A pesquisa nesta publicação teve apoio financeiro da MSD, por meio de sua iniciativa MSD for Mothers (MSD para Mães), sendo de exclusiva responsabilidade dos autores. MSD for Mothers é uma iniciativa da Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, EUA.

SUMÁRIO

Prefácio	4
1. INTRODUÇÃO	5
2. METODOLOGIA.....	9
2.1 Fontes secundárias	10
2.2 Entrevistas e grupos focais	10
2.3 Modelo de Determinantes Comportamentais (BDM)	11
2.4 Perfil de participantes	14
3. RESULTADOS	16
3.1 Determinantes psicológicos.....	17
3.2 Determinantes sociais	23
3.3 Determinantes estruturais e ambientais	30
4. CONCLUSÃO	43
5. RECOMENDAÇÕES	46
REFERÊNCIAS.....	53
ANEXO I - MODELO DE PLANO DE PARTO (SMS-SP).....	57
ANEXO II - MATERIAL DO KIT MÃE PAULISTANA.....	58
ANEXO III - DOCUMENTOS ANALISADOS	59

PREFÁCIO

A forma como o parto é vivido produz efeitos que ultrapassam o momento do nascimento. Ela influencia a experiência da mulher, o vínculo com o bebê, a confiança nos serviços de saúde e as condições iniciais de cuidado na primeira infância. Quando há condições clínicas favoráveis, o parto vaginal tende a estar associado à recuperação materna mais rápida e a melhores desfechos para o início da vida do bebê. Já a cesariana, procedimento cirúrgico essencial quando bem indicado, não deve substituir indevidamente a assistência ao parto fisiológico.

Em um contexto de taxas persistentemente elevadas de cesáreas no Brasil, promover escolhas informadas sobre a via de nascimento, com base em necessidade clínica, escuta qualificada e respeito aos direitos, é parte essencial de uma agenda de saúde pública comprometida com a equidade e a dignidade. Pesquisas já realizadas mostram que, no início da gestação, aproximadamente 70% das mulheres desejam o parto vaginal. Ainda assim, a cesariana responde por cerca de 60% dos nascimentos no país, chegando a quase 90% no setor privado.

Esse cenário reforça a urgência de enfrentar os desafios não só no acesso à informação, mas também nas questões culturais, institucionais e organizacionais. Este estudo contribui para o debate ao investigar os fatores que influenciam a tomada de decisão sobre a via de nascimento no Brasil, com atenção especial às barreiras e aos facilitadores enfrentados por gestantes e puérperas em diferentes contextos.

Ao lançar luz sobre dimensões psicológicas, sociais e ambientais que moldam essas escolhas, o relatório oferece subsídios para estratégias que promovam a mudança social e de comportamento, como o aprimoramento de políticas, serviços e ações de comunicação. Defender o direito ao parto respeitoso é, ao mesmo tempo, defender os direitos das mulheres e das crianças, reconhecendo o nascimento como uma experiência humana, social e institucional atravessada pela qualidade do cuidado, pelo acesso à informação e pelo respeito à dignidade, à autonomia e à saúde de mulheres e crianças.

Layla Saad

Representante Adjunta
do UNICEF no Brasil.

1. INTRODUÇÃO



Na maioria dos países, os nascimentos por via vaginal superam as cesáreas. O Brasil foge a esse padrão, sendo um dos três com maior frequência de cesarianas no mundo. Esse cenário torna-se ainda mais relevante quando se observa o descompasso entre a preferência manifestada pelas mulheres no início da gestação e o desfecho final do parto.

No Brasil, cerca de 70% das mulheres¹ afirmam desejar um parto normal no início da gravidez. Ainda assim, 60,5% dos nascimentos ocorrem por cesarianas² (SINASC, 2024), proporção que se aproxima de 90% no setor privado. A cesariana superou o parto normal pela primeira vez no país em 2009³, mantendo a tendência de crescimento desde então.

A diferença entre a preferência inicial e a via de nascimento efetivamente realizada indica que essa decisão não pode ser compreendida como resultado de uma escolha exclusivamente individual. Ao longo da gestação, mulheres são expostas a informações, experiências, recomendações profissionais e pressões sociais que influenciam a forma como percebem riscos, benefícios e possibilidades relacionadas ao parto. Nesse contexto, a decisão sobre a via de nascimento é construída a partir de múltiplos fatores informacionais, culturais, relacionais, institucionais e assistenciais.

É nesse contexto que este estudo investiga os fatores que influenciam a escolha da via de nascimento (vaginal ou cesariana) entre gestantes e puérperas usuárias de serviços públicos e privados em duas capitais brasileiras: Belém (PA) e São Paulo (SP).

A pesquisa teve como objetivos: (i) identificar barreiras e facilitadores associados à escolha do parto vaginal e da cesariana; (ii) compreender como esses fatores influenciam tais escolhas; (iii) analisar de que forma crenças e percepções são moldadas por dimensões individuais, sociais e ambientais; e (iv) compreender como os profissionais e instituições de saúde influenciam a tomada de decisão sobre a via de nascimento.

A definição das cidades baseou-se em três critérios complementares: dados epidemiológicos regionais que indicam altas taxas de cesáreas, diversidade de contextos territoriais e a priorização de localidades com atuação direta do UNICEF, como no âmbito da iniciativa para centros urbanos, Agenda Cidade UNICEF. Assim, as duas capitais selecionadas, uma na região Norte e outra no Sudeste, contemplam realidades distintas e diversidade populacional.

1 LEAL *et al.* *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*. Fiocruz, 2014

2 SINASC. *Nascidos vivos por ocorrência (ano de referência 2024)*. 2024

3 DOMINGUES *et al.* *Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, 2014.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera nascimento normal aquele que ocorre entre 37 e 42 semanas de gestação, com início espontâneo do trabalho de parto, em pacientes com risco habitual ou baixo risco, que tenham fetos em apresentação cefálica fletida e que resulte em mãe e recém-nascido em boas condições. (Brasil, 2022). Ao longo deste estudo, o termo “parto normal” é usado para se referir ao parto vaginal espontâneo ou induzido.

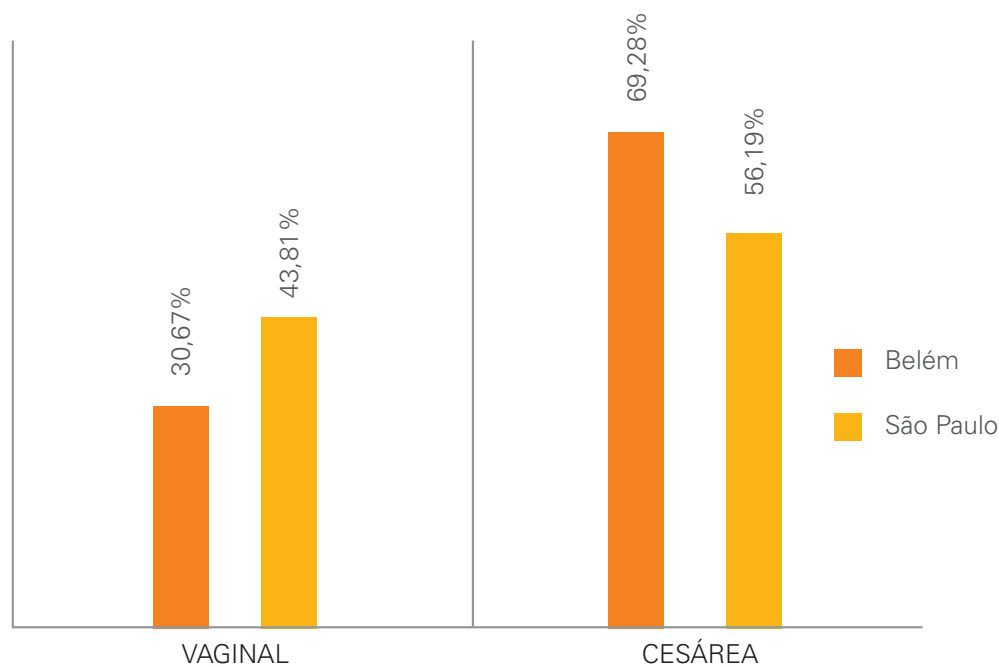


Ainda que essencial e potencialmente salvadora de vidas em situações específicas, como descolamento prematuro da placenta, ruptura uterina e condição fetal não tranquilizadora, a cesariana apresenta, no Brasil, uma frequência que ultrapassa a ocorrência esperada de urgências obstétricas. A literatura mostra que cesáreas eletivas sem indicação clínica podem aumentar o risco de mortalidade materna e neonatal, além de complicações respiratórias no recém-nascido e infecções no pós-parto.

Nas capitais analisadas, os dados do SINASC indicam proporções elevadas de cesarianas: 69,28% dos nascimentos em Belém e 56,19% em São Paulo. Estudos indicam que as cesarianas são mais frequentes no setor privado do que no Sistema Único de Saúde (SUS)⁴. Ainda assim, observa-se crescimento também na rede pública, na maioria dos grupos da Classificação de Robson⁵, sistema internacional que organiza gestantes em dez grupos, permitindo uma análise mais precisa e comparável das taxas de cesárea.

4 Pereira *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2025

5 Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 1 abr. 2026.

Gráfico 1 – Tipo de parto em Belém e São Paulo – 2025

Fonte: SINASC (2026).

Nos dois municípios pesquisados, essa diferença se mantém: em Belém, as cesarianas representam 80,41% dos nascimentos no setor privado e 61,21% no público; em São Paulo, 71,05% e 41,95%, respectivamente. Apesar das diferenças entre os setores, os dados evidenciam níveis elevados em ambos os contextos, com destaque para Belém. Compreender como esses elementos atuam é fundamental para explicar por que tantas mulheres que inicialmente desejam um parto normal vivenciam, ao final, outro desfecho.

2. METODOLOGIA



O estudo é de natureza qualitativa, observacional e transversal, com abordagem regional. Combinou dados secundários (revisão de literatura e documental) e primários (entrevistas semiestruturadas e grupos focais), com instrumentos construídos a partir do Modelo de Determinantes Comportamentais (*Behavioural Drivers Model* — BDM) do UNICEF.

2.1 FONTES SECUNDÁRIAS

Revisão de literatura: mapeou o estado da arte sobre os fatores que influenciam a escolha da via de nascimento no Brasil, com atenção ao parto normal. As buscas, em português e inglês, foram feitas nas bases Scopus e BVS (que reúne SciELO, LILACS, MEDLINE e PAHO/WHO, entre outras), restritas aos últimos dez anos. A triagem por título, resumo e aderência aos objetivos resultou em 249 artigos, dos quais 77 foram incluídos para codificação e análise, organizados segundo os três níveis do BDM.

Revisão documental: mapeou diretrizes, protocolos, leis e iniciativas sobre parto humanizado e assistência ao parto normal nos níveis internacional, federal, estadual e municipal (Belém e São Paulo), situando o contexto institucional do estudo. A relação completa dos documentos analisados consta no Anexo III.

2.2 ENTREVISTAS E GRUPOS FOCAIS

A escuta foi organizada por perfil: gestantes usuárias do SUS participaram de grupos focais, enquanto puérperas do SUS, gestantes e puérperas do serviço privado e adolescentes foram ouvidas por entrevistas individuais. Essa separação evitou expor gestantes a relatos de parto difíceis, preservou o conforto das puérperas ao tratar de vivências sensíveis e acomodou a rotina de cuidados com o recém-nascido. A entrevista semiestruturada permitiu aprofundar significados, experiências, crenças e atitudes; o grupo focal acrescentou a observação da interação e da construção social de sentidos (Minayo, 2010; Oliveira *et al.*, 2020). As atividades ocorreram presencialmente em Belém e São Paulo e, em parte, remotamente.

Ao todo, foram ouvidas 94 gestantes e puérperas (11 grupos focais e 41 entrevistas). Além delas, foram entrevistados 37 profissionais de saúde.

Quadro 1 — Amostra de gestantes e puérperas (n = 94)

Perfil	Serviço	Método	Belém	São Paulo	Total
Gestantes adultas	SUS	Grupos focais	5 GF	6 GF	54 ⁶
Gestantes adultas	Privado	Entrevista	5	6	11
Gestantes adolescentes	SUS	Entrevista	2	2	4
Puérperas adultas	SUS	Entrevista	5	8	13
Puérperas adultas	Privado	Entrevista	4	6	10
Puérperas adolescentes	SUS	Entrevista	2	0	2
Total		11 GF + 41 entrevistas			94

Foram entrevistados 37 profissionais (gestores(as) de médio e alto nível, médicos(as) e enfermeiros(as)), classificados por serviço. Nas UBSs, atuam médicos(as) de família/generalistas e enfermeiros(as) da ESF; nos hospitais, ginecologistas-obstetras e enfermeiras obstetras. Do total, 31 eram mulheres (toda a enfermagem e 10 dos 13 profissionais de medicina).

Quadro 2 — Profissionais de saúde entrevistados (n = 37)

Serviço	Gestão	Medicina	Enfermagem	Total
Público – UBS	6	6	6	18
Público – Hospital	3	4	3	10
Privado	3	3	3	9
Total	12	13	12	37

2.3 MODELO DE DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS (BDM)

A análise alinhou-se à abordagem de Mudança Social e de Comportamento do UNICEF. O BDM pressupõe que as decisões não ocorrem de forma isolada, mas emergem da articulação de três níveis interdependentes: psicológico (crenças, medos, vieses cognitivos, experiências prévias), social (família, redes de apoio, normas sociais) e ambiental (protocolos institucionais, condutas médicas, políticas

6 Nas linhas de grupo focal, os valores de Belém/SP indicam grupos, não pessoas: os 11 GF reuniram 53 gestantes; +1 entrevistada individualmente por falta de quórum em Belém, totalizando 54. Em Belém, dos 5 GF, 1 foi com mulheres quilombolas, 1 com ribeirinhas e 3 mistos (equilíbrio entre primíparas e múltiparas); os 6 GF de São Paulo foram mistos.

públicas e barreiras estruturais). As perguntas-guia de cada instrumento foram distribuídas por nível e fator do BDM e sistematizadas no quadro metodológico (Quadro 3), que também orientou a análise dos dados.

Quadro 3 – Quadro metodológico baseado no BDM

NÍVEIS MDC	FATORES MDC	PERGUNTAS-CHAVE	MÉTODOS
Psicológico	Fator 1: Dimensões Psicológicas • Interesse • Atitude • Intenção • Autossuficiência • Viés cognitivo • Racionalidade limitada Fator 2: Atributos Pessoais	• Quais fatores justificam a escolha da via de nascimento? • Como fundamentam esses fatores? • Como nulíparas/primíparas/multíparas fundamentam escolhas? Diferenças? • Como experiências anteriores fundamentam as escolhas? • Há diferenças de fundamento por perfis (social/racial/étnico/regional/idade)? • Há diferenças de percepção sobre orientações de profissionais?	• Entrevistas (gestantes e puérperas) • Grupos Focais • Entrevistas com profissionais
Social	Fator 3: Influência Social • Família e redes de apoio • Comunidades sociais • Percepções sobre adolescentes gestantes Fator 4: Contexto Cultural	• A quem atribuem a escolha da via? • Como a família influencia e apoia? • Como outros pares e redes online influenciam e apoiam? • Como comunidades influenciam e apoiam? • Crenças específicas para adolescentes • Em que medida crenças culturais influenciam a mulher? (indígenas/ribeirinhas)	• Entrevistas (gestantes e puérperas) • Grupos Focais

NÍVEIS MDC	FATORES MDC	PERGUNTAS-CHAVE	MÉTODOS
Ambiental	Fator 5: Ambiente de Comunicação - Fontes de informação - Compreensão - Barreiras culturais/linguísticas - Estratégias pré-natais - Abordagem do corpo médico	- Fontes de informação? - Compreensão das informações? - Quando e como são repassadas? - Barreiras culturais/linguísticas dificultam? - Estratégias pré-natais? - Percepção sobre abordagem médica	- Entrevistas (gestantes e puérperas) - Grupos Focais - Entrevistas com profissionais - Entrevistas com gestores
	Fator 6: Entidades Gestoras - Recomendações oficiais - Normas e protocolos formais - Diretrizes subnacionais - Desafios de implementação - Orientações/incentivos (financeiros) - Impacto financeiro	- Recomendações oficiais? - Normas e protocolos formais? - Diretrizes subnacionais? - Desafios de implementação? - Orientações e incentivos (financeiros)? - Impacto financeiro para instituição	- Revisão documental - Entrevista com profissionais - Entrevista com gestores
	Fator 7: Barreiras Estruturais - Preparação hospitalar - Motivos para cesárea	- Unidades preparadas para partos humanizados? - Como isso influencia a escolha? - Principais motivos para encaminhamento para cesárea	- Entrevistas (gestantes e puérperas) - Grupos Focais - Entrevistas com profissionais - Entrevistas com gestores

Matriz de Pesquisa: Via de Nascimento

Como instrumento de coleta nos grupos focais, foi desenvolvida a dinâmica “A Jornada de Maria”: um banner em formato de tabuleiro que representava de forma lúdica as instituições sociais (família, comunidade, amigas, fé, redes sociais, mídia, ONGs e serviços de saúde), adaptado ao perfil e à jornada de cada grupo. As participantes posicionavam cartões adesivos no local onde mais haviam ouvido comentários sobre parto normal e cesárea, evidenciando as principais influências sociais e ambientais.

2.4 PERFIL DE PARTICIPANTES

Foram ouvidas 94 gestantes e puérperas (adultas e adolescentes) e 37 profissionais de saúde dos serviços público e privado. Pelo desenho do estudo (grupos focais com gestantes adultas do SUS nas UBSs), houve predominância de usuárias do SUS (78%) sobre as do serviço privado (22%).

Idade e cor/raça: predominaram mulheres de 18 a 30 anos (52%), faixa concentrada no SUS; no serviço privado, predominou a faixa de 31 a 40 anos. Quanto à cor/raça (autodeclarada), metade das participantes declarou-se parda e, somadas às pretas, as mulheres negras totalizaram 66% — próximo da composição nacional (~55%, Censo 2022). Mulheres brancas predominaram no serviço privado, o que deve ser lido no contexto das desigualdades sociais estruturais brasileiras.

Quadro 4 — Perfil sociodemográfico de gestantes e puérperas (n = 94)

Categoria	SUS (73)	Privado (21)	Total	%
Faixa etária				
14–17 anos	6	0	6	6%
18–30 anos	46	3	49	52%
31–40 anos	17	14	31	33%
Acima de 40 anos	4	4	8	9%
Cor/raça (autodeclarada)				
Branca	16	13	29	31%
Preta	13	2	15	16%
Parda	42	5	47	50%
Amarela	2	1	3	3%

Tempo de gestação e paridade: a maior parte das gestantes estava no 3º trimestre de gestação (49%) e na 2ª ou 3ª gestação (66%). A paridade distribuiu-se de forma equilibrada entre nulíparas, primíparas e múltiparas.

Quadro 5 — Perfil gestacional

Paridade (n = 94)			Tempo de gestação — gestantes (n = 69)		
Categoria	n	%	Categoria	n	%
Nulíparas	32	34%	1º trimestre	9	13%
Primíparas	31	33%	2º trimestre	24	35%
Múltiparas	31	33%	3º trimestre	34	49%
			Não disponível	2	3%

Limitações analíticas: quatro pontos devem ser destacados: (i) Adolescentes: a baixa presença de gestantes/puérperas de 15–17 anos nas UBSs, coerente com a queda da fecundidade adolescente registrada por DATASUS e IBGE, limitou a amostra a seis adolescentes, todas do SUS, o que não permitiu isolar fatores específicos desse grupo. (ii) Mulheres pretas: a autodeclaração inviabilizou formar grupos exclusivos e o tema foi tratado de modo transversal; as sensibilidades apontadas na literatura não puderam ser confirmadas nem refutadas. (iii) Mulheres quilombolas: das participantes na UBS que atende região quilombola em Belém, apenas duas se autodeclararam moradoras do quilombo, ambas multíparas e de idades próximas, resultando em limite de representatividade e análise. (iv) Risco gestacional: dificuldades de mobilização levaram à inclusão de gestantes de diferentes níveis de risco; a impossibilidade de restringir a amostra ao baixo risco, porém, revelou como os critérios de risco são interpretados por profissionais e gestantes, tornando-se ela própria um achado.

3. RESULTADOS



A apresentação dos achados foi organizada de acordo com os três níveis de determinantes: psicológicos, sociais e estruturais e ambientais. Em cada nível, os resultados foram analisados a partir da identificação de barreiras e facilitadores relacionados à tomada de decisão de gestantes e puérperas quanto à via de nascimento, com foco nas experiências de gestantes e puérperas usuárias do SUS. As usuárias do setor privado foram consideradas ao longo do texto como contraponto analítico, permitindo evidenciar diferenças e assimetrias entre os contextos. Os achados resultam da triangulação de dados primários (entrevistas e grupos focais) e secundários (revisão documental e de literatura).

3.1 DETERMINANTES PSICOLÓGICOS

Os achados observados no nível psicológico revelam que as escolhas relacionadas à via de nascimento são fortemente influenciadas por aspectos subjetivos, como motivação, crenças, percepções e experiências prévias. A decisão entre parto normal e cesariana reflete não apenas o conhecimento e a compreensão das mulheres sobre os benefícios e desafios de cada via de nascimento, mas também o acesso à informação e à rede de apoio disponível. Esses elementos evidenciam que, embora o desejo de protagonismo e de uma experiência positiva esteja presente, outras condições sociais e estruturais também são determinantes na forma como cada gestante vivencia e constrói sua decisão.

FACILITADORES	1. Percepção de recuperação mais rápida como principal motivação para a escolha pelo parto normal 2. Medo do procedimento cirúrgico e do desconforto pós-operatório 3. Experiências anteriores positivas com o parto normal fortalecem a intenção de repeti-lo
BARREIRAS	1. Desejo de laqueadura no momento da cesárea 2. Medo, dor e desinformação durante o trabalho de parto levam à solicitação de cesariana 3. Baixa autonomia decisória pelo parto normal, principalmente por mulheres em vulnerabilidade social, baixa escolaridade e diversidade cultural

FACILITADORES DO PARTO NORMAL

1. Percepção de recuperação mais rápida como principal motivação para a escolha pelo parto normal

Entre as usuárias do SUS consultadas, a crença de que o parto normal proporciona recuperação mais rápida do que a cesariana é o fator mais frequentemente citado como razão para a escolha pelo parto vaginal. A preocupação com o tempo mais longo de recuperação da cesárea é influenciada, sobretudo, pela necessidade de uma rede de apoio que dê conta não apenas do cuidado com o bebê, mas também das atividades domésticas, como o cuidado da casa e de outros filhos.

“Eu acho que o pior pra mulher [na cesárea] é isso, ficar dependente da ajuda do outro. Você já quer agilizar as coisas, aí tem que esperar o parceiro fazer, a sogra fazer, a mãe fazer.”

(Gestante, público, São Paulo)

“Então, às vezes o problema da cesárea é a gente não ter a rede de apoio. Porque se você tem uma rede de apoio boa, você não precisa se preocupar com casa, com nada.”

(Gestante, público, São Paulo)

“Por conta da recuperação também, por ser muito mais rápida [o parto normal] e porque seria muito complicado pra mim ter uma cesariana. Por conta que eu moro só eu e a minha sogra e o pai do neném. E ele trabalha, a minha mãe mora longe, então eu preferia muito o parto normal.”

(Puérpera adolescente, público, Belém)

Serviço Privado: Entre as usuárias do serviço privado, a expectativa de recuperação mais difícil após a cesariana também é reconhecida, mas a questão da necessidade de rede de apoio sequer foi mencionada. Ainda que a escolha pela cesárea seja da maioria deste perfil, em São Paulo, observou-se maior inclinação ao parto normal entre estas usuárias— em contraste com Belém— com investimento ativo em preparação física, doula e fisioterapia pélvica.

2. Medo do procedimento cirúrgico e do desconforto pós-operatório reforçam a preferência pelo parto normal

O medo da cirurgia em si, da dor no pós-parto (operatório) e do incômodo associado aos pontos, incluindo maior probabilidade de complicações, atua como fator de rejeição à cesariana, favorecendo o parto vaginal. Esse padrão foi identificado em todas as faixas etárias consultadas pela pesquisa, inclusive entre adolescentes.

“Apesar de ter medo da dor do parto normal, sinto menos medo do que ao pensar na cesárea, que se os pontos abrirem o bucho vai sair para fora.”

(Gestante, público, Belém)

“Eu sou elétrica, então não conseguiria parar quieta um segundo. Não vou ficar deitada. Tanto que quando a neném nascer, a primeira coisa que eu vou fazer depois é jogar bola.”

(Gestante adolescente, público, São Paulo)

3. Experiências anteriores positivas com o parto normal fortalecem a intenção de repeti-lo

Entre primíparas e multíparas usuárias do SUS, experiências anteriores positivas com o parto normal tendem a ser reproduzidas em gestações subsequentes, formando uma espécie de crença em uma memória corporal que reforça a confiança na via vaginal.

Artigos revisados indicam que esse perfil forma sua decisão com base nas experiências de nascimentos anteriores, sejam positivas ou negativas⁷.

“Como já passei pelo parto normal duas vezes, o meu sentimento, quando o assunto é parto normal, sinto que o meu corpo já está preparado para este momento e ele sabe o que faz.”

(Gestante, público, São Paulo)

7 SILVA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2017; SUPIMPA *et al.*, 2023

BARREIRAS AO PARTO NORMAL

1. Desejo de laqueadura no momento da cesárea

Entre usuárias do SUS consultadas, a escolha pela cesariana está fortemente associada à possibilidade de realizar laqueadura tubária no mesmo procedimento, fator presente inclusive entre mulheres com menos de 30 anos, como forma de evitar novas gestações.

A realização da ligadura tubária não deve determinar a via de nascimento. Esse resultado reforça a importância do aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal, com a devida apresentação de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, como o DIU e o Implanon, oferecidos pela rede pública de saúde⁸. Além disso, quando aplicável, deve ser informada a possibilidade de laqueadura periumbilical após o parto normal.

Lei da Laqueadura

A Lei 14.443/2022, chamada de “Lei da Laqueadura”, está em vigor desde 2023, e facilitou o acesso à esterilização voluntária no Brasil. As principais mudanças incluem a redução da idade mínima para 21 anos (ou pelo menos dois filhos vivos), a dispensa do consentimento do cônjuge e a permissão para realizar o procedimento durante o parto, desde que a mulher tenha manifestado sua vontade com antecedência mínima de 60 dias. Entretanto, a nova lei não explicita nem recomenda tipos de parto ou de laqueadura.



Serviço Privado: Diferentemente do observado entre usuárias do SUS, a escolha pela cesárea não está associada à realização de laqueadura. A escolha pela cesariana está mais frequentemente associada a motivações como evitar o sofrimento do parto vaginal, a praticidade e previsibilidade do agendamento, a realização do parto com profissionais de confiança e a percepção de que se trata da melhor opção para o bebê, especialmente diante de intercorrências ao longo ou ao final da gestação, mesmo na ausência de indicação médica explícita.

⁸ Em 2025, o Ministério da Saúde distribuiu 500 mil unidades para todos os estados, priorizando municípios com mais de 50 mil habitantes e critérios de vulnerabilidade social. São Paulo já recebeu mais de 132 mil implantes. E, para 2026, está prevista a entrega de mais 1,3 milhão de unidades do Implanon. (Brasil, 2026)

2. Medo, dor e desinformação durante o trabalho de parto levam à solicitação de cesariana

Embora a maioria das usuárias do SUS declare preferência pelo parto normal no início da gestação, os profissionais que as recebem e acompanham durante o parto em hospitais públicos afirmam que fatores como cansaço, dor intensa e desinformação sobre o processo do trabalho de parto levam parte delas a solicitar uma cesariana. A mudança de decisão, na maioria dos casos, não esteve associada a complicações clínicas, sugerindo que fatores comportamentais e de preparo são determinantes.

É importante considerar que Belém e São Paulo possuem leis estaduais que garantem à parturiente a possibilidade de optar pela cesárea como via de nascimento (“Lei da Cesárea”, explicada posteriormente).

“No primeiro momento, quando a gente começava a indução, ela falava que queria cesárea, teoricamente a gente estava seguindo o que está descrito [no Plano de Parto], mas ela pede a cesárea porque está cansada, com dor, porque o processo de indução é muito diferente do parto da novela, que você rompe a bolsa e o menino nasce.”

(Profissional médico, público, São Paulo)

Serviço Privado: Entre as usuárias do setor privado, o despreparo para o trabalho de parto também aparece como fator de barreira, especialmente entre gestantes que, embora desejassem o parto normal, não se informaram ou realizaram preparação ativa (fisioterapia pélvica, doula, grupos de preparo). Adicionalmente, crenças como risco de lacerações, perda de sensibilidade, bebê grande e insegurança diante da imprevisibilidade do parto normal dificultam essa escolha. Profissionais do setor privado relatam que a diferença entre gestantes preparadas e não preparadas é determinante para o desfecho favorável para o parto normal.

3. Baixa autonomia decisória como barreira à escolha informada pelo parto normal, principalmente por mulheres em vulnerabilidade social, baixa escolaridade e diversidade cultural

Entre gestantes e puérperas usuárias do SUS, foi possível identificar tanto aquelas que não sabiam por qual via de nascimento optar, seja por insuficiência de informação, seja por falta de interesse em buscar mais informações, quanto aquelas que

afirmaram, de forma recorrente, que a decisão final caberia aos profissionais do hospital no momento do parto. Em alguns grupos focais realizados em São Paulo, essa percepção levou participantes a elaborarem que seria melhor não expressar preferência quanto à via de nascimento para não haver frustração.

“Legalmente você tem o direito, independente se é SUS, você tem o direito de escolher. Só que aí vai depender da hora que você chegar lá no hospital, se o médico for com a sua cara, eu acho, sei lá.”

(Gestante, público, São Paulo)

“As escolhas não são as nossas escolhas, as escolhas são deles. A gente não tem escolha, a não ser que a gente pague.”

(Gestante, público São Paulo)

Estudos revisados indicam que mulheres de baixa escolaridade e renda, usuárias do SUS, vivenciam o parto normal de forma mais passiva, inclusive expostas a intervenções que não escolheram (Albuquerque *et al.*, 2019).

Profissionais do SUS entrevistados confirmaram que contextos de vulnerabilidade social, incluindo gestantes em situação de uso de substâncias psicoativas, em situação de rua e migrantes sem acompanhamento pré-natal, comprometem a autonomia e a tomada de decisões informadas sobre a via de nascimento.

A revisão de literatura destaca que, para migrantes, a falta de domínio da língua portuguesa é identificada como a principal barreira (Supimpa *et al.*, 2023). Profissionais de São Paulo relataram ter dificuldade para comunicar as práticas e intervenções que às vezes são necessárias durante o trabalho de parto por conta da barreira linguística, sendo o uso de aplicativos de tradução acionado para mitigar o problema.

Serviço Privado: Entre usuárias do serviço privado, embora também haja delegação da decisão ao profissional, a diferença está na possibilidade de escolha pela contratação de equipes particulares, seja para o parto normal, seja para a cesariana. A contratação, por sua vez, justifica-se sobretudo pela insegurança que as gestantes sentem com a possibilidade de serem atendidas por profissionais plantonistas que não estejam familiarizados com seus desejos.

“Aí aqui quando a gente vê as pacientes de altíssimo nível financeiro, elas também já estão indo mais para o parto normal, porque elas têm acesso a toda essa estrutura de contratar uma equipe, de ter todo um suporte de o médico obstetra, o enfermeiro, a doula, o fisioterapeuta, toda aquela equipe ali só pra ela pra dar assistência, então elas também têm ido pra esse lado do parto normal.”

(Profissional, privado, Belém).

“[...] hoje em dia varia muito a renda da paciente, a questão social faz muita diferença, porque o que eu percebo, principalmente aqui, uma paciente que ela é toda bem estruturada, financeiramente, que teve toda uma preparação no pré-natal, ela vai chegar aqui, ela vai ter seu parto normal. [...] É diferente de uma paciente que tem o plano porque era do marido, do trabalho, dela pagar com muito, muito sacrifício mesmo, que ela só teve dinheiro pra pagar o plano, tudo muito regrado, que não fez uma fisioterapia, que não teve uma orientação, ela vai chegar aqui, ela vai te dizer que ela quer o parto normal, mas quando ela começa a sentir a primeira dor, ela já diz assim, não, eu quero cesariana e eu sei que eu posso pedir cesariana, mas quando aquela paciente que vem toda, não, eu quero o parto normal, eu me preparei, aí faz fisioterapia, faz terapia, tudo que você imaginar.”

(Profissional, privado, Belém).

Entre usuárias do serviço privado oriundas de outros países, foi observado o estranhamento quanto ao pedido de cesárea eletiva no Brasil, já que a cesárea é vista como um procedimento a ser realizado em caso de necessidade por intercorrências durante o parto. Para essas usuárias, a cesariana é frequentemente associada, no Brasil, a uma imagem de prestígio ou status, o que se reflete na escolha de hospitais com boa hotelaria e na contratação de profissionais que realizam apenas a cesárea.

3.2 DETERMINANTES SOCIAIS

Nos determinantes sociais, os achados evidenciam que a tomada de decisão sobre a via de nascimento é influenciada por relações sociais mais próximas, que incluem, sobretudo, familiares mulheres e, em menor medida, redes de amizade e parceiros, variando de acordo com o contexto familiar, socioeconômico e o perfil das participantes. Esses elementos interagem de maneira distinta nos serviços públicos e privados, configurando diferentes formas de construção de preferências e expectativas em relação ao parto. Enquanto no setor público a influência familiar tende a ser favorável ao parto normal, no setor privado essa influência opera em

sentido oposto, com mães e sogras defendendo a cesariana com base em experiências positivas do passado. E, se as amigadas pouco influenciam a tomada de decisão de usuárias do SUS, são essas redes que algumas usuárias do serviço privado acionam como principal influência para realizar o desejo pelo parto normal.

Os parceiros se comportam de maneiras diferentes durante a gestação e o parto. Alguns apoiam a decisão das mulheres de forma passiva, sem interferir na escolha delas. Outros, que não acompanham o pré-natal, tendem a interferir durante o trabalho de parto, podendo pedir a cesárea, com risco de interferência no desejo e na autonomia das mulheres.

FACILITADORES	1. Relatos familiares negativos sobre a cesariana valorizam o parto normal 2. Parceiros em sua maioria apoiam a decisão das mulheres de forma passiva, não interferindo na escolha de via de nascimento
BARREIRAS	1. Parceiros ausentes do pré-natal podem reforçar medo e dor durante o trabalho de parto, pressionando pela cesariana 2. Influência social favorável à cesárea entre mães e sogras no setor privado

FACILITADORES DO PARTO NORMAL

1. Relatos familiares negativos sobre a cesariana valorizam o parto normal

Em todos os grupos focais realizados com gestantes usuárias do SUS em São Paulo e em Belém, a família - mães, avós, tias, irmãs, madrastas e sogras - apareceram como principal influência sobre as decisões relativas à via de nascimento. Os relatos de experiências dessas mulheres influenciam as decisões das gestantes, sobretudo no sentido de valorização do parto normal. A fala de uma gestante nublada em um grupo focal realizado em São Paulo – “*meu Google é mainha*” – ilustra a centralidade atribuída à figura materna por parte significativa das participantes.

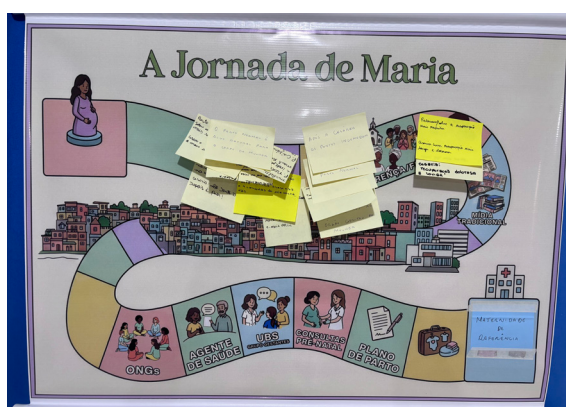
Entre as adolescentes, a transmissão intergeracional de experiências, especialmente maternas, é o principal canal de formação de percepções sobre as vias de nascimento, com predomínio de uma visão positiva do parto normal e negativa da cesárea.

“Eu planejo normal, porque eu vi muito o sofrimento da minha mãe na cesárea. Não poder fazer muita coisa, ter que ficar mais de um mês na cama. Ela conversou comigo. E eu vi a experiência dela também.”

(Gestante adolescente, público, São Paulo)

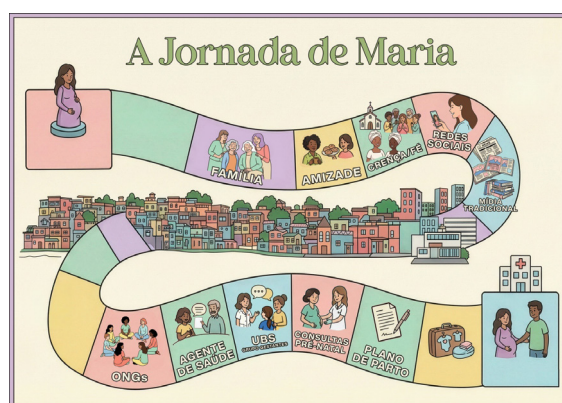
A seguir, apresentam-se fotografias de alguns *banners* dos grupos focais realizados em São Paulo, que ilustram a indicação pelas participantes do ambiente familiar e de amizade influenciando a escolha da forma do parto.

Figura 3 - Banner “A Jornada de Maria” ao fim do GF (SP)



Fonte: Plan Eval (2026).

Figura 4 - Banner “A Jornada de Maria” antes do GF



Fonte: Plan Eval (2026).

Os achados estão alinhados à revisão de literatura, que afirma que as gestantes se valem mais da influência de outras mulheres, sobretudo das mães, para a troca de experiências em momentos de insegurança (Campos *et al.*, 2014; Paiva *et al.*, 2019).

Observa-se que, mesmo quando experiências de mulheres mais velhas da família com o parto vaginal são relatadas de forma negativa – incluindo situações que, à luz dos debates atuais, poderiam ser interpretadas como práticas obstétricas inadequadas –, ainda assim permanece a percepção de vantagem do parto vaginal em relação à recuperação.

“Minha mãe teve, ela quase morreu [na cesariana]. Então a experiência dela não foi boa e eu tenho medo, por conta disso do parto cesáreo.”

(Gestante, público, São Paulo)

“É um normal traumatizante, pelo que elas falam. Porque sofreram muito, ou sofreram uma violência obstétrica. Mas assim, falam da recuperação que é maravilhosa.”

(Gestante, público, São Paulo)

Entre as usuárias do SUS, gestantes e puérperas mencionaram considerar, em menor medida, os relatos de amigas como forma de acesso e troca de informações sobre as vias de nascimento. Esses relatos são percebidos como os mais variáveis e com menor poder de influência, como ilustram as duas falas a seguir:

“Eu sempre escutei coisas super boas sobre o parto normal e coisas terríveis, terríveis mesmo sobre a cesariana. Então, tipo assim, pra mim, cesárea nunca foi uma opção. Porque todas as pessoas à minha volta falavam muito do parto normal. Até romantizou por demais parto normal, Deus que me livre! Me amedrontaram demais com a cesariana.”

(Gestante, público, São Paulo)

“Então, como eu tenho muitas amigas que tiveram filhos, eu prefiro perguntar pra elas.”

(Gestante, público, Belém).

“E de amizade, eu acho que a maioria fala sobre a cesárea. Fala o quão bom é a cesárea. Ninguém fala do quão bom é o parto normal.”

(Gestante, público, São Paulo)

A amizade, de modo geral, foi mais mencionada entre gestantes e puérperas usuárias do SUS e de serviços privados em São Paulo. Em Belém, após as mulheres da família, as mídias sociais foram mais frequentemente citadas do que as amizades e, em um dos grupos focais, chegaram a ser mencionadas até mesmo com maior centralidade do que a própria família.

Serviço Privado: Entre usuárias do setor privado, observa-se também forte influência das experiências de outras mulheres da família. Contudo, o padrão é distinto: mães e sogras, especialmente aquelas que deram à luz nas décadas de 1980 e 1990, período de expansão da cesariana eletiva, tendem a relatar experiências positivas com o procedimento cirúrgico e a defendê-lo. Esse contexto histórico específico alimenta uma norma social favorável à cesariana,

mais presente no setor privado. No entanto, o estudo mostra gestantes de maior escolaridade e renda expressando maior preferência pelo parto normal e humanizado, em função da percepção de seus benefícios para a mãe e o bebê. Esse aspecto, já identificado na revisão da literatura, foi mencionado tanto por profissionais quanto por algumas gestantes e puérperas entrevistadas, que, inclusive, estariam constituindo novas redes de apoio, como de amizades com maior afinidade com essa perspectiva, o que sinaliza ruptura com essa tradição familiar, porém ainda vista como incipiente mudança de norma social.

“Eu acho que a gente se apegando ali àquilo que te dá um pouco mais de segurança. Você vai tentando buscar um repertório, mesmo você não tendo vivenciado aquilo. E principalmente por ser pessoas da sua família. Pessoas que fazem parte do seu ciclo de vida, que te amam, enfim. Então você sente uma segurança maior ao escutar. É diferente de você ouvir um relato de parto de alguém da internet, por exemplo. É uma segurança diferente. Então acho que isso sim foi um dos fatores que influenciaram na decisão.”

(Gestante, privado, São Paulo)

O setor privado teve maior participação de gestantes e puérperas com mais de 40 anos. Essas relataram ter uma rede de apoio mais frágil, seja porque mães e outras familiares estão mais velhas ou já ausentes, seja porque amigas que poderiam ocupar esse papel encontram-se em momentos distintos da maternidade.

2. Parceiros, em sua maioria, apoiam a decisão das mulheres de forma passiva, não interferindo na escolha de via de nascimento

A maioria das gestantes e puérperas consultadas relatou receber apoio passivo do parceiro à decisão já tomada, o que pode demonstrar aceitação e respeito pela escolha da parceira. Contudo, raros são os parceiros que participam ativamente das consultas de pré-natal, como confirmado por profissionais da enfermagem das UBSs. A falta de preparação do parceiro pode também se tornar uma barreira para o parto normal, como uma reação ou interferência na condução do parto ao vivenciar a dor da mulher durante as contrações, como será discutido adiante.

“Eu falo que a gestante não é só a mulher, o pai também tá gestante junto com ela, porque o casal é, eles estão juntos. [...] Mas falta muito ainda esse comprometimento do pai na consulta de pré-natal.”

(Profissional da enfermagem, público, São Paulo)

Serviço Privado: A grande maioria das gestantes e puérperas do setor privado também mencionaram receber apoio de seus parceiros à decisão já tomada. Nesses casos, o apoio também aparece predominantemente de forma passiva.

BARREIRAS AO PARTO NORMAL

1. Parceiros desinformados pressionam pela cesariana durante o trabalho de parto

Se por um lado parceiros atuam como facilitadores do processo de tomada de decisão da gestante, respeitando suas escolhas, por outro, quando não participam ativamente das consultas de pré-natal, podem ter maior dificuldade em compreender o processo do parto e, conseqüentemente, em apoiar a gestante no momento do trabalho de parto. Alguns profissionais do serviço público de saúde relataram que, diante do sofrimento da mulher durante as contrações, alguns parceiros acabam interferindo na condução do parto e solicitando a realização de cesárea, mesmo sem o pedido da gestante ou a indicação clínica. Com o intuito de interromper o sofrimento, parceiros sem preparo não compreendem que a dor é parte esperada do processo fisiológico do parto.

“Às vezes a paciente está em trabalho de parto, no período expulsivo, está gritando, aí vem o acompanhante brigar comigo porque tem que ser cesárea. Aí cria-se a noção no imaginário que estar sofrendo é indicação de cesariana, e aí a paciente recusa a condução.”

(Profissional de medicina, público, São Paulo)

“A gente vê que muitas vezes também a mãe até quer o parto normal, ela sabe que é uma boa recuperação, mas o acompanhante vê a dor, vê o sangramento, e acha que precisa ser intervencionado ali.”

(Profissional de enfermagem, público, São Paulo)

“A sensação de desamparo contribui para que as pacientes busquem a solução mais rápida e segura, como a cesárea. O parceiro que oferece apoio real na hora do parto tem um impacto positivo na experiência da paciente, pois elas não se sentem desamparadas. O sofrimento percebido

pelo acompanhante pode levar à recusa da condução do parto normal e ao pedido de cesárea, mesmo sem indicação clínica”.

(Profissional de medicina, público, São Paulo)

Serviço Privado: No setor privado, o fenômeno também foi registrado, com inversões: em Belém, foram relatados casos de parceiros que exigiam a continuação do parto normal mesmo quando a gestante, já em trabalho de parto, desistia e pedia a cesariana. Situação inversa, mas igualmente reveladora da interferência do parceiro na autonomia da mulher.

2. Substituição do saber tradicional pelo saber digital-hospitalar como barreira ao parto normal entre jovens de comunidades tradicionais de Belém

Em Belém, as plataformas digitais foram citadas com maior centralidade do que em São Paulo. Em um grupo focal com quilombolas, chegaram a ser referenciadas com mais frequência do que a própria família ou amigas. Notou-se que as crenças culturais, ao menos entre as jovens consultadas neste território específico, não tinham forte influência no processo de decisão sobre a via de nascimento, uma vez que as informações vindas de fora da comunidade faziam mais sentido a elas do que as tradições ou crenças locais.

“Antes de eu ter o bebê, a vovó me dava muito banho de cheiro, muito banho quente. Ela mesma me dava banho. Comigo não funcionou. Aí tem o negócio da lua, da virada de lua... Ela fazia na minha cunhada e deu certo, porque ela teve três. Comigo não funcionou. Mas é bem negócio da cultura dela.”

(Gestante, público, Belém)

Embora ainda existam parteiras nas comunidades visitadas para este estudo, mulheres mais jovens tendem a preferir o parto hospitalar na região central de Belém, devido à maior disponibilidade de orientação médica. Essas participantes também relataram não fazer uso de práticas da medicina tradicional, como chás, com o objetivo de evitar complicações para o bebê ou risco de aborto.

Outros tipos de influência social, como instituições religiosas, organizações sociais ou comunitárias (por exemplo, cooperativas), não foram mencionados por gestan-

tes ou puérperas, mesmo quando estimulados, em nenhum dos grupos focais realizados em Belém ou São Paulo.

3.3 DETERMINANTES ESTRUTURAIS E AMBIENTAIS

Nos determinantes estruturais e ambientais, os achados revelaram assimetrias entre os setores público e privado e entre São Paulo e Belém. No público, avanços como os Centros de Parto Normal ainda são percebidos com desconfiança devido ao acesso restrito à analgesia e ao não oferecimento da laqueadura. No privado, há incentivos institucionais ao parto normal, mas persistem barreiras culturais e financeiras, além de desencorajamento médico. Em ambos os contextos, a falta de informação padronizada e a tensão entre autonomia da gestante, questionamento ético e segurança jurídica dos profissionais perpetuam práticas fragmentadas. O cenário evidencia que a ampliação do parto vaginal esbarra em obstáculos estruturais, informacionais e relacionais que se retroalimentam, gerando trajetórias assistenciais desiguais.

FACILITADORES	1. Apesar do amplo consumo de conteúdo online, as gestantes atribuem maior autoridade à equipe do pré-natal para validação de informações sobre parto normal 2. Incentivos institucionais para adesão ao pré-natal possibilitam a escolha informada pelo parto normal 3. Centros de Parto Normal e iniciativas de humanização ampliam o suporte ao parto vaginal
BARREIRAS	1. Baixa adesão e início tardio ao pré-natal e às atividades da UBS reduzem a preparação das gestantes para o parto normal 2. Responsabilização e invisibilização de adolescentes gestantes pode comprometer a escolha informada pelo parto normal 3. Orientações superficiais e pouco sistemáticas sobre o trabalho de parto nas UBSs não preparam gestantes para o parto normal 4. Desconhecimento sobre o Plano de Parto fragiliza a gestante no momento do trabalho de parto 5. Acesso restrito à analgesia no serviço público pressiona pela cesariana 6. “Lei da Cesárea” como pressão assistencial e barreira ao parto normal 7. Escassez de recursos cirúrgicos para a laqueadura periumbilical como indutores da cesárea

FACILITADORES DO PARTO NORMAL

1. Apesar do amplo consumo de conteúdo online, as gestantes atribuem maior autoridade à equipe do pré-natal para validação de informações sobre parto normal

As mídias sociais, especialmente as redes sociais digitais, aparecem como uma importante fonte de informação para a maior parte das gestantes e puérperas de diferentes faixas etárias, consultadas nos dois municípios, já que consomem conteúdos sobre gestação e, especificamente, sobre parto, em plataformas como *TikTok*, *Instagram*, *Facebook*, *Kwai* e *YouTube*. O acesso a esses conteúdos ocorre tanto por meio de buscas ativas realizadas pelas próprias participantes, quanto pela lógica de recomendação algorítmica, que alimenta os feeds com materiais relacionados ao tema.

O consumo de conteúdo abrange profissionais de saúde que atuam como criadores de conteúdo digital, categorizados pelas pessoas consultadas como “blogueiros da saúde.”

“O pessoal da rede de saúde que a gente vê na internet está tão voltado pra gente ter um parto normal porque a recuperação é melhor em N coisas.”

(Gestante, público, São Paulo)

“[...] No Kwai, às vezes até no Youtube, eu pesquisava também, assistia muitos vídeos, ficava vendo. Da hora do parto mesmo, sabe? Eu seguia uma moça que é enfermeira. E eu acompanhava ela por mês.”

(Gestante, público, Belém)

Embora a internet – por meio de buscadores como Google, aplicativos de inteligência artificial, como ChatGPT, e redes sociais – seja um importante canal de acesso a informações sobre vias de nascimento, não foi observada, em nenhum dos grupos focais ou entrevistas, associação direta entre conteúdos acessados online e a escolha da via de nascimento pelas participantes. Apesar do amplo acesso, as gestantes depositam maior autoridade na equipe do pré-natal para validar as informações.

“Não como via de informação final. Às vezes a gente escuta alguma coisa e aí você vai tirar a dúvida, aquela dúvida que se iniciou ali [nas redes sociais] com a médica, com a enfermeira.”

(Gestante, público, São Paulo)

A relação entre gestantes e puérperas usuárias do SUS e as equipes de pré-natal é, de modo geral, positiva, e a maioria das participantes relatou sentir-se à vontade para esclarecer dúvidas com os profissionais das UBSs. As orientações sobre as vias de nascimento costumam ser discutidas por volta da 30ª semana, sendo realizadas com maior frequência por profissionais de enfermagem.

Serviço Privado: No setor privado, o uso das redes sociais é igualmente disseminado, e gestantes também tendem a ser críticas e seletivas quanto às fontes, buscando conteúdos de profissionais específicos.

2. Incentivos institucionais para adesão ao pré-natal possibilitam a escolha informada pelo parto normal

Em São Paulo, é estimulada a realização de uma consulta dedicada ao preenchimento do Plano de Parto⁹. Alguns profissionais das UBSs destacaram a importância do registro das vontades da gestante como forma de garantia de direitos e de redução de intervenções desnecessárias no momento do parto, bem como de alinhamento entre as expectativas e a realidade clínica.

“E no final a gente faz o Plano de Parto e a gente explica as intervenções possíveis de serem feitas de forma errônea hoje em dia, pra que elas fiquem atentas ao cuidado que elas têm que ter com o corpo delas”

(Profissional enfermagem, público, São Paulo)

“O tema do Plano de Parto é abordado de forma a alinhar as expectativas das gestantes com a realidade clínica, explicando que o parto normal não garante que os próximos serão da mesma forma, e que cesáreas anteriores não determinam futuras cesáreas.”

(Profissional enfermagem, público, São Paulo)

9 A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) disponibiliza em seu website um modelo de Plano de Parto, não obstante, as gestantes podem adotar o modelo que desejar. Este modelo da SMS de São Paulo encontra-se no ANEXO I deste documento.

O comparecimento nas consultas de pré-natal e o acompanhamento adequado são imprescindíveis para oportunizar a discussão sobre o parto e elaboração do Plano de Parto. Por isso, programas que estimulam a adesão às consultas de pré-natal e às atividades dos grupos de gestantes – como o Programa Mãe Paulistana – são bem recebidos pelas gestantes e podem ser vistos como facilitadores do parto normal, ao promover informação adequada e o cuidado humanizado às gestantes e seus bebês.

Plano de Parto

A Lei Estadual nº 17.431/2021, que institui o Código Paulista de Defesa da Mulher, assegura à gestante atendida na rede pública de saúde do Estado de São Paulo o direito de elaborar, durante o pré-natal e em conjunto com a equipe médica, um Plano Individual de Parto (PIP), no qual poderá manifestar por escrito suas preferências quanto aos procedimentos do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, incluindo a presença de acompanhante, a liberdade de movimento e escolha da posição, o uso de métodos farmacológicos ou não farmacológicos para alívio da dor, o contato pele a pele precoce com o recém-nascido e a recusa a intervenções rotineiras como episiotomia, amniotomia ou uso de ocitocina, sendo que qualquer decisão médica em sentido contrário deve ser justificada por escrito e anexada ao prontuário, com cópia entregue à parturiente, prevalecendo sempre a segurança materna e fetal.



Programa Mãe Paulistana

O Programa Mãe Paulistana é a principal estratégia de atenção materno-infantil da SMS de São Paulo com objetivo de reduzir a mortalidade materno-infantil, oferecendo atendimento integral e humanizado à gestante desde a confirmação da gravidez até o segundo ano de vida do bebê. Para participar, a gestante deve procurar a UBS, realizar o teste de gravidez gratuito e iniciar o pré-natal preferencialmente até a 12ª semana. O programa prevê:

- realização de pré-natal qualificado (mínimo de 7 consultas, 3 exames laboratoriais, 3 testes para sífilis e HIV e ultrassom);
- transporte gratuito para realização de consultas e exames com o Bilhete Único Mãe Paulistana;



- entrega de kit enxoval com 24 itens para gestantes que cumprirem os critérios;
- garantia de vaga em creche municipal para gestantes que dão início ao pré-natal até o 4º mês de gestação;
- teste do Pezinho ampliado para 50 doenças;
- consulta para a puérpera e o recém-nascido, na UBS de origem, em até sete dias após o parto;
- apoio psicossocial com equipe multiprofissional¹⁰.

3. Centros de Parto Normal e iniciativas de humanização ampliam o suporte ao parto vaginal

No âmbito da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016, atualizada em 2022) e da Rede Alyne (Portaria GM/MS 5.250/2024), a implementação de Centros de Parto Normal ou Centros de Parto Humanizado (CPN/CPH) em hospitais públicos, com salas de parto equipadas com aparelhos e banheiro individual, e equipe de obstetras (médicos e enfermeiras) para acompanhar as pacientes, é apontada como estratégia para qualificação da assistência ao parto vaginal e potencial incentivo à sua adoção. Embora não seja possível estabelecer relação causal direta entre a existência dessas estruturas e a redução das taxas de cesárea, chama atenção a diferença observada entre dois hospitais públicos de São Paulo: um hospital com CPN estruturado, mas sem funcionamento por ausência de equipe, apresenta proporção de cesáreas cerca de 10% maior do que outro hospital em que o serviço está ativo.

Serviço Privado: A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) instituiu, em 2015, o Projeto Parto Adequado (PPA), voltado à qualificação da atenção ao parto e à redução de cesáreas desnecessárias. Não é possível determinar a direção dessa relação entre políticas institucionais e demanda das gestantes por parto vaginal, mas profissionais dos dois municípios relataram expansão gradual de salas de parto em hospitais privados, acompanhada do aumento de equipes de obstetrícia e anestesia para plantão. Em Belém, alguns hospitais privados vêm implementando estratégias que incluem bonificações ou melhores remunerações para profissionais associados a maiores taxas de parto normal, além de incentivos institucionais quando a proporção de partos vaginais supera a de cesarianas. Situação semelhante foi observada em hospitais de São Paulo, onde profissionais relatam remuneração diferenciada para

¹⁰Secretaria Municipal de Saúde (SMS) disponibiliza em seu website um modelo de Plano de Parto, não obstante, as gestantes podem adotar o modelo que desejar.A

o parto vaginal e redução de custos hospitalares associados à internação em comparação à cesariana. A justificativa dessas instituições está relacionada à percepção de menores custos e menor complexidade assistencial no parto normal. Ainda assim, trata-se de uma mudança gradual, que parece ocorrer de forma mais lenta especialmente em Belém.

BARREIRAS AO PARTO NORMAL

1. Baixa adesão e início tardio ao pré-natal e às atividades da UBS reduzem a preparação das gestantes para o parto normal

Alguns profissionais da saúde entrevistados relataram baixa adesão de parte das gestantes ao acompanhamento completo do pré-natal, associada a fatores como demandas de trabalho, desconhecimento sobre a importância do acompanhamento, desafios no acesso, entre outros. Esse padrão é mais frequentemente observado entre adolescentes e jovens adultas - entre 15 e 25 anos -, conforme relatado por gestores e profissionais das UBSs. Além disso, não é incomum o início tardio do pré-natal, muitas vezes apenas no terceiro trimestre, como observado em diferentes grupos focais em Belém e São Paulo.

Diante do baixo número de encontros entre a gestante e o acompanhante com os profissionais de saúde, o tema do parto é raramente abordado, reduzindo a oportunidade de discussão sobre vias de nascimento, direitos e expectativas sobre o nascimento da criança.

A adesão de gestantes adultas e adolescentes a outras atividades ofertadas pelas UBSs, como os grupos de gestantes, também é baixa, sendo diversas as justificativas apresentadas para a não participação:

“Eu não consegui frequentar o grupo de gestantes oferecido pela UBS. Elas [as enfermeiras] me enviaram convites pelo WhatsApp¹¹ todo mês, mas o horário não era compatível com meu horário de trabalho”. (Puérpera, público, São Paulo)

“É a primeira vez que venho, só fiquei sabendo ontem. Se soubesse tinha vindo antes! Adorei trocar informações com as outras colegas, devia ter sempre!”

(Gestante, público, Belém)

11 Toda gestante que abre o pré-natal nas UBSs em São Paulo é inserida em um grupo de WhatsApp do Programa Mãe Paulistana para receber informações

Em Belém, as UBSs que atendem populações mais afastadas, especialmente comunidades ribeirinhas, contam com a atuação próxima dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que realizam a busca ativa e o transporte de gestantes em suas próprias embarcações para consultas e atividades nas unidades. Essa estratégia busca favorecer a adesão ao pré-natal, embora ainda represente um desafio, sobretudo entre múltiparas que, segundo relato de uma gerente de unidade, consideram que já estão informadas após experiências anteriores.

2. Responsabilização e invisibilização de adolescentes gestantes pode comprometer a escolha informada pelo parto normal

Identificaram-se algumas contradições na abordagem profissional a adolescentes gestantes que, apesar do acolhimento, podem dificultar uma escolha consciente e autônoma pela via de nascimento, especificamente quando ocorre a responsabilização da adolescente pela própria gestação, como evidenciado na fala de um profissional da medicina de uma UBS em São Paulo:

“E aí eu costumo falar assim, olha, você teve a escolha de ultrapassar a barreira da inocência, de perder a sua infância e entrar na vida adulta precocemente [...] Você sabe quanto tempo dura um pré-natal? Você conhece os riscos que tem uma gestação mal acompanhada?”

(Profissional de medicina, público, São Paulo)

Ressalta-se que, segundo dados do MS de 2010, 66% das gestações em adolescentes são indesejadas e ocorrem em contextos de desinformação e falta de apoio de redes familiares e comunitárias (Brasil, 2019). Dias e Teixeira (2010) afirmam que a gravidez na adolescência é resultado de dois comportamentos: a atividade sexual da adolescente e a falta de medidas contraceptivas adequadas. Nesse sentido, abordagens com julgamento moral e cobrança por decisões pretéritas podem afastar a adolescente dos serviços de saúde e comprometer o vínculo necessário para que ela receba informações claras e sem coerção sobre as vias de nascimento.

Por outro lado, a atenção diferenciada que os profissionais afirmam dedicar a gestantes adolescentes parece não se estender a todas com idade até 18 anos, havendo naturalização de comportamentos adultos em adolescentes mais velhas, especialmente quando casadas. Conforme relato de um profissional:

“Tem uma boa vontade maior, assim, mas nessas muito, muito novinhas, 16, 17 anos, é tipo... ‘ai gente, suave, ela é casada!’ Eu tava hoje de manhã ouvindo uma discussão falando de casamento infantil e foi tipo... casamento infantil é abaixo de 18 anos, mas as de 17 anos que falam que é casada, a gente nem se importa!”

(Profissional de medicina, público, São Paulo)

Essa invisibilização da condição de adolescente reduz o acesso ao cuidado diferenciado e às orientações específicas sobre parto normal, tratando-as precocemente como adultas e negligenciando a oportunidade de uma escuta qualificada e de uma escolha informada e livre de pressões.

3. Orientações superficiais e pouco sistemáticas sobre o trabalho de parto nas UBSs não preparam gestantes para o parto normal

Profissionais entrevistados que atuam em hospitais públicos enfatizaram a percepção de que o pré-natal atual é de baixa qualidade quando não há explicações adequadas às gestantes sobre as dores e o processo do parto normal. Segundo esses profissionais, quanto mais informações forem oferecidas sobre o que esperar no momento do parto, mais preparadas e seguras as gestantes tendem a estar para o trabalho de parto. Nesse sentido, destacam o pré-natal como um importante fator de influência na decisão sobre a via de nascimento.

“O despreparo no pré-natal e a falha na transmissão de informações adequadas no sistema público comprometem a capacidade da paciente de lidar com a dor e tornam o Plano de Parto como ineficaz, já que ela desconhece riscos e possíveis intercorrências.”

(Profissional de medicina, público, São Paulo)

Segundo relatos, o uso de termos técnicos em grupos de gestantes nem sempre era acompanhado de explicações em linguagem acessível. O tema da via de nascimento era tratado de forma mais superficial, com ênfase em benefícios do parto normal para o bebê e na descrição da cesariana como procedimento cirúrgico. Durante as entrevistas, as equipes de enfermagem corroboraram o mesmo tipo de informação. Em nenhuma UBS visitada foram mencionados encontros reservados para se falar apenas sobre o trabalho de parto.

Serviço Privado: De acordo com profissionais, as usuárias do setor privado tendem a chegar mais preparadas e informadas. Profissionais observam que aquelas que optam pelo parto normal buscam ativamente informação, participam de grupos de preparação e contratam profissionais especializados. Essa disparidade de preparo entre os setores é identificada pelos profissionais como um dos principais fatores de diferenciação nos desfechos.

4. Desconhecimento sobre o Plano de Parto fragiliza a gestante no momento do trabalho de parto

Os profissionais dos hospitais públicos, especialmente em São Paulo, relataram que poucas gestantes chegam ao serviço com o Plano de Parto previamente elaborado e que nem todos os hospitais dispõem de condições para auxiliar seu preenchimento na admissão, em razão de equipes de enfermagem reduzidas.

O baixo comparecimento de gestantes às consultas e aos grupos pode contribuir para que muitas não tenham contato prévio com o Plano de Parto, como relatado por algumas puérperas em São Paulo. Ainda assim, parte das participantes afirmou não ter sido informada sobre o Plano mesmo tendo comparecido a todas as consultas. Uma das puérperas entrevistadas relatou ter tomado conhecimento do instrumento apenas no momento da admissão hospitalar, sendo auxiliada pela equipe de triagem no seu preenchimento.



“Eu fiz o Plano antes do parto. E foi bom fazer porque aí a enfermeira me disse que eu podia pedir analgesia. Eu já não ia pedir porque no meu primeiro filho não precisei, mas ela disse: ‘pede porque vai que você quer na hora e se não tiver no Plano não vão te dar’. E na hora acabou que eu pedi.”

(Puérpera, público, São Paulo)

Em Belém, a atual caderneta da gestante distribuída nas UBSs contém um pequeno espaço destinado ao registro de desejos e preferências da gestante em relação ao parto. Poucas participantes relataram ter buscado apoio da equipe de enfermagem ou médica para o preenchimento desse campo ou ter recorrido a modelos disponíveis na internet. A maioria das gestantes e puérperas desconhecia a existência do Plano de Parto ou da sua inclusão na caderneta.

5. Acesso restrito à analgesia no serviço público pressiona pela cesariana

No setor público, há consenso entre profissionais de que limitações de equipe, especialmente de anestesistas e obstetras, restringem o acesso oportuno à analgesia, o que pode impactar a experiência do parto. Ao mesmo tempo, observa-se que esse tema é pouco conhecido entre gestantes e puérperas, que raramente mencionam informação prévia sobre esse recurso e seu direito a acessá-lo. De modo geral, observa-se que gestantes com menor preparo tendem a ter menos clareza sobre essas possibilidades, o que interfere na forma como lidam com dor e condução do parto.

“A falta de clareza nas orientações sobre as fases do trabalho de parto, como a fase latente e a fase ativa, e as diferenças na progressão para diferentes gestações, faz com que as pacientes cheguem ao hospital sem saber o que esperar ou pedindo por analgesia no momento impróprio”.

(Profissional de medicina, público, São Paulo)

A analgesia farmacológica é frequentemente inacessível na prática e essa impossibilidade de acesso pode levar à solicitação direta da cesariana, principalmente com a “Lei da Cesárea” (a ser explicada na seção seguinte), com efeito de contágio entre pacientes no mesmo ambiente.

“Antes a mulher falava: ‘eu quero anestesia’. E eu dizia: ‘Olha, infelizmente não tem, a gente não tem profissional para fazer.’ A gente ia conversando, usando os métodos não farmacológicos, isso a gente usa bastante, bola, banho, massagem. Mas a anestesia farmacológica às vezes fica devendo. O problema da nova lei é que ela deu esse direito, a mulher fala: ‘não, eu quero cesárea’. E aí gera também aquela contaminação e isso é muito frequente no plantão. Uma pede, você pode ter certeza que todas as outras do quarto vão pedir. Isso é muito comum e é difícil porque você vai falar o quê?”

(Profissional de medicina, público, São Paulo)

Serviço Privado: No setor privado, a analgesia é amplamente disponível, mas profissionais apontam lacunas de informação quanto ao uso no parto normal ou sobre o momento adequado de solicitação, gestantes com menor preparo chegam pedindo analgesia em momentos clinicamente inapropriados, o que pode complicar a condução do trabalho de parto.

6. “Lei da Cesárea” como pressão assistencial e barreira ao parto normal

Em São Paulo, para alguns profissionais, especialmente aqueles que atuam em hospitais públicos, a legislação que garante a autonomia de escolha pela cesariana – frequentemente referida como “Lei da Cesárea” – impactou o processo de orientação sobre o parto vaginal, contribuindo para o aumento de solicitações de cesariana durante o trabalho de parto. Nesse contexto, a ausência ou limitação de acesso à analgesia é mencionada como um fator que pode levar algumas gestantes a solicitar diretamente a cesárea.

Alguns profissionais alegam que a lei impacta a autonomia na conduta médica, especialmente no momento do trabalho de parto, ao estabelecer a necessidade de respeito à decisão da gestante, mesmo na ausência de indicação clínica para cesariana. Nesse contexto, há equipes que procuram evitar cesáreas sem indicação, por considerá-las eticamente questionáveis devido à maior exposição a riscos maternos e neonatais. Ainda assim, há profissionais que relatam atuar em um campo de tensão, inclusive do ponto de vista jurídico.



Lei da Cesárea

Lei Estadual nº 17.137/2019 de São Paulo, que garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesárea como via de nascimento, a partir de 39 semanas de gestação, uma vez que tenha sido conscientizada e informada dos benefícios do parto normal e dos riscos envolvidos na realização de sucessivas cesáreas. A lei afirma ainda que é direito da parturiente ter sua escolha por parto normal respeitada, desde que haja condições clínicas para tanto, e garante à parturiente o direito à analgesia, não farmacológica e farmacológica. Em Belém, também há uma lei estadual, a Lei nº 9.016/2020, que apresenta os mesmos preceitos.

“Tá todo mundo com medo. Eu falo, a gente tem esse medo hoje da judicialização. E isso também acaba culminando às vezes na cesárea desnecessária. O familiar diz: ‘Ai, doutor, não dá para fazer uma cesárea?’. O paciente nem pediu, o familiar já tá pedindo. Ele vê a mulher sofrendo mais de 8 horas. Estou te falando que às vezes a gente até para e pensa, ‘será que eu faço uma cesárea? 30 minutos está resolvido. Ela com o bebê no colo e acabou. Ou a gente fica aqui mais 8 horas insistindo?’ Não vou dizer que é o que norteia a minha conduta no dia a dia, mas que isso passa na nossa cabeça e que tem dia que a gente faz, que tem colega que faz, porque é uma pressão, é uma pressão social, uma pressão judicial e a gente acaba sendo induzido a fazer.”

(Profissional de Medicina, público, São Paulo)

Nos hospitais públicos visitados em São Paulo, observou-se um aumento nas taxas de cesárea nos últimos anos, passando de aproximadamente 19-20% antes da lei para valores entre 35% e 45% após sua publicação. Em Belém, ao contrário do observado nos hospitais públicos paulistanos, não foi identificado aumento recente nas taxas de cesárea, uma vez que esses índices já eram elevados, segundo relatos de profissionais. Em um dos hospitais públicos visitados, onde são realizados partos de baixo risco, as taxas de parto normal e cesárea apresentam distribuição bastante próxima, com 49% e 51%, respectivamente. Esse hospital também atende usuários de planos de saúde, e, segundo a gestora, cesáreas eletivas são agendadas tanto para pacientes de convênios quanto para usuárias do SUS.

7. Escassez de recursos cirúrgicos para a laqueadura periumbilical como indutores da cesárea

Atualmente, em São Paulo, o principal obstáculo para a realização da laqueadura pós-parto vaginal, como explicado por médicos e enfermeiras, é a indisponibilidade de sala cirúrgica e anestesista, o que faz com que, em alguns casos, a paciente precise aguardar de dois a três dias para a realização da laqueadura. Nesse intervalo, muitas puérperas recebem alta juntamente com o bebê antes da realização do procedimento, o que reduz significativamente sua efetivação. Segundo os relatos, são raras as que retornam posteriormente para realizá-lo.

Realidade semelhante foi observada em Belém, onde a realização da laqueadura também está condicionada a tempos de espera mais longos e a uma oferta mais restrita do procedimento no município. Isso se relaciona ao fato de a laqueadura periumbilical, como explicado, ser classificada pelo SUS como um procedimento

de maior complexidade, sendo, nesses casos, financiada apenas em instituições habilitadas para atendimento de alta complexidade.

Em Belém, ainda foi identificado que gestantes e puérperas têm dificuldade para entender ou acessar informações sobre os procedimentos para solicitar a laqueadura intraparto. Como resultado, algumas acabam recorrendo ao setor privado para realizar o procedimento e perdem a oportunidade de receber maiores informações sobre implicações e riscos relacionados a esse procedimento com a cesárea¹².

Serviço Privado: No setor privado, a mudança de prática entre obstetras permanece como um desafio estrutural para a promoção do parto normal, conforme evidenciado em Belém, onde gestantes relataram ter trocado de profissional diversas vezes diante da recusa em realizar o parto vaginal, agravada por abordagens percebidas como desestimulantes. Essa resistência individual, que persiste mesmo na presença de iniciativas institucionais favoráveis ao parto normal, é ainda reforçada por barreiras financeiras, pois o custo de contratação de equipe para parto normal pode superar o da cesariana. Os dados revelam que, embora hospitais privados sejam tipicamente mais promotores de cesáreas, o cerne do obstáculo reside na autonomia médica e na lógica de mercado que ainda desestimulam o parto normal.

12 Segundo parecer do CRM-PA, a gestante deve manifestar sua vontade com antecedência, 60 dias antes do parto, passar por aconselhamento multiprofissional, ter o registro em prontuário feito pela equipe da ESF e levar um termo de encaminhamento ao hospital. No momento do parto, o médico que realizará a laqueadura deve explicar novamente sobre riscos e reversibilidade e assinar, junto com a paciente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

4. CONCLUSÃO



Os achados deste estudo, analisados a partir dos determinantes psicológico, social e ambiental do BDM, evidenciam que a tomada de decisão sobre a via de nascimento entre gestantes e puérperas usuárias do serviço público de São Paulo e Belém é condicionada por um conjunto articulado de fatores subjetivos, relacionais e estruturais, que tanto facilita quanto torna-se um obstáculo à escolha pelo parto normal.

No plano psicológico, o desejo pelo parto vaginal está presente e se apoia em motivações concretas: a percepção de recuperação mais rápida, o medo das complicações cirúrgicas, a falta de rede de apoio e a experiência positiva de partos anteriores. No entanto, esse desejo se fragiliza na ausência de preparo informacional adequado. O despreparo para o trabalho de parto, agravado pelo início tardio ou pela baixa qualidade do pré-natal, transforma a dor e a insegurança em gatilhos para a solicitação de cesariana. A baixa agência, a delegação sistemática da decisão da equipe médica e a desinformação sobre laqueadura periumbilical e analgesia compõem um quadro em que a intenção inicial pelo parto normal frequentemente não se converte em escolha efetiva.

No plano social, relatos familiares negativos sobre a cesariana, transmitidos sobretudo por mães e avós, atuam como facilitadores do parto vaginal no serviço público dos dois municípios. Parceiros, em geral, apoiam passivamente a decisão das mulheres; mas, quando ausentes do pré-natal, podem tornar-se vetores de pressão durante o trabalho de parto, solicitando a cesariana diante de uma dor que não compreendem como parte esperada do processo fisiológico.

No plano ambiental, concentram-se as barreiras mais estruturais. A baixa adesão ao pré-natal, as orientações superficiais sobre o trabalho de parto, o desconhecimento sobre o Plano de Parto e o acesso restrito à analgesia formam um conjunto de fragilidades que se retroalimentam. A “Lei da Cesárea” amplificou esse quadro ao introduzir tensão jurídica e ética nas equipes hospitalares, favorecendo o aumento das taxas de cesariana, especialmente em São Paulo.

A escassez de condições para a laqueadura periumbilical pós-parto vaginal — seja por demora nos procedimentos, seja por desinformação das gestantes — induz adicionalmente à cesariana sem indicação clínica. Como contraponto, iniciativas como o Programa Mãe Paulistana, a atenção diferenciada a adolescentes gestantes e a existência de Centros de Parto Normal ativos demonstram que intervenções coordenadas no ambiente assistencial têm potencial real de ampliar o preparo e a autonomia das gestantes.

Entre as usuárias dos serviços privados de São Paulo, apesar da cesariana ainda ser a principal preferência, os achados indicam maior preparo, acesso à informação e busca ativa por apoio especializado para o parto normal.

Nas duas cidades, a falta de informação padronizada sobre direitos, analgesia, fases do trabalho de parto e laqueadura periumbilical, somada à tensão entre autonomia da gestante, questionamento ético e insegurança jurídica dos profissionais, perpetua práticas assistenciais fragmentadas. O cenário geral evidencia que a ampliação do parto normal seguro e respeitoso esbarra em obstáculos estruturais, informacionais e relacionais que se retroalimentam, gerando trajetórias assistenciais profundamente desiguais entre regiões, setores e perfis de gestantes, uma constatação que aponta diretamente para a necessidade de intervenções coordenadas em todos os níveis de determinantes do BDM. Afinal, não basta informar a mulher sobre os benefícios do parto normal; é necessário garantir condições concretas para que ele aconteça com segurança, dignidade, apoio, analgesia, equipe capacitada, vinculação e respeito.

5. RECOMENDAÇÕES



Com base nos achados, as recomendações estão organizadas segundo o modelo socioecológico, adotado pelo UNICEF para o desenho de respostas em Mudança Social e de Comportamento. Enquanto o BDM, aplicado na Seção 3, diagnostica os fatores que influenciam a decisão sobre a via de nascimento, o modelo socioecológico organiza a resposta nos níveis em que as intervenções atuam. Cada nível abre com um parágrafo que retoma os achados que o justificam; em cada recomendação, indicam-se o público-alvo prioritário e o determinante do BDM a que ela responde. O foco recai sobre o serviço público, considerando as especificidades de São Paulo e Belém.

Cinco níveis estruturam as recomendações: (1) individual; (2) interpessoal, a rede de apoio imediata; (3) comunitário, as normas e influências sociais coletivas; (4) institucional/serviços; e (5) estrutural. As recomendações marcadas com ➤ (Plano de Parto, analgesia e laqueadura) atravessam mais de um nível e devem ser lidas como um fio de continuidade do cuidado entre a Atenção Primária à Saúde e a maternidade.

5.1 NÍVEL 1 - INDIVIDUAL

Foco: determinante psicológico

No determinante psicológico, o desejo pelo parto normal está presente e se apoia em motivações concretas: a percepção de recuperação mais rápida, o medo da cirurgia e experiências anteriores positivas. Esse desejo, porém, se fragiliza quando falta preparo informacional: a dor e a insegurança no trabalho de parto convertem-se em gatilho para a solicitação de cesárea e a desinformação sobre a laqueadura periumbilical e a analgesia direciona a demanda para a cirurgia. A baixa agência e a delegação da decisão à equipe, mais frequentes entre mulheres de menor escolaridade e em situação de vulnerabilidade, completam o quadro. As recomendações deste nível atuam sobre o preparo e a autonomia da gestante.

Público-alvo prioritário	Recomendação
Equipes da Atenção Primária à Saúde	Pré-natal informativo Qualificar o pré-natal com informações claras sobre as fases do trabalho de parto, o manejo da dor (métodos farmacológicos e não farmacológicos) e expectativas realistas, tanto para o parto vaginal quanto para a cesárea.
	Plano de Parto ↗ Abordar e apoiar a elaboração do Plano de Parto como ferramenta de autonomia, assegurando informação sobre opções, preferências e direitos.
	Planejamento reprodutivo ↗ Incluir orientações sobre planejamento reprodutivo (contraceptivos reversíveis de longa duração e laqueadura pós-parto vaginal por minilaparotomia/periumbilical), ressaltando que a via de parto não deve ser definida pelo desejo de laqueadura.
Ministério da Saúde; Secretaria Municipal de Saúde; Equipes da Atenção Primária à Saúde	Comunicação adaptada Adaptar materiais e abordagens comunicativas aos diferentes contextos de vulnerabilidade, com atenção a cor, raça e etnia e a populações migrantes.

5.2 NÍVEL 2 - INTERPESSOAL

Foco: determinante social

Os achados mostram que a decisão é fortemente influenciada pelas relações mais próximas. Os parceiros, em geral, apoiam passivamente a escolha da mulher; mas, quando ausentes do pré-natal, têm dificuldade de compreender o processo fisiológico e podem pressionar pela cesárea diante da dor no trabalho de parto, sem que ela seja pedida ou clinicamente indicada. As recomendações deste nível buscam transformar a rede de apoio imediata em aliada do parto normal, qualificando parceiros, acompanhantes e doulas.

Público-alvo prioritário	Recomendação
Equipes da Atenção Primária à Saúde	Parceiros e acompanhantes Envolver ativamente parceiros e acompanhantes no pré-natal, com conteúdo específico sobre o trabalho de parto e o papel de apoio nesse momento.

Público-alvo prioritário	Recomendação
Gestão hospitalar; Secretaria Municipal de Saúde	Apoio de doulas Reconhecer, valorizar e ampliar a atuação das doulas como apoio contínuo físico, emocional e informacional à gestante antes, durante e após o trabalho de parto, em consonância com a Lei 15.381/2026.

5.3 NÍVEL 3 - COMUNITÁRIO

Foco: determinante social

Para além das relações individuais, normas e influências coletivas moldam as percepções sobre a via de nascimento. No serviço público, a rede feminina de parentesco — mães, avós e sogras — é a principal referência e tende a valorizar o parto normal (*"meu Google é mainha"*). Em territórios tradicionais de Belém, porém, o saber das parteiras vem sendo substituído pelo saber digital-hospitalar entre as jovens e as plataformas digitais chegam a superar a própria família como fonte de informação. Como instituições religiosas e associações comunitárias não foram citadas como influência, as recomendações deste nível trabalham as normas sociais nos canais coletivos que de fato operam: o parentesco, as parteiras e o ambiente digital.

Público-alvo prioritário	Recomendação
Agentes Comunitários de Saúde e equipes de Saúde da Família; lideranças comunitárias	Redes femininas de apoio Mobilizar as redes femininas de parentesco (mães, avós, sogras) como portadoras coletivas da norma favorável ao parto normal, por meio de rodas intergeracionais nos territórios das unidades de saúde.
Parteiras e lideranças tradicionais; Equipes da Atenção Primária à Saúde; Secretaria Municipal de Saúde	Parteiras como referência Reconhecer o saber tradicional como ativo comunitário nos territórios quilombolas e ribeirinhos, integrando-os ao cuidado, com rodas de conversa entre parteiras, jovens gestantes e equipes de saúde.
Comunidade (multiplicadoras locais); Equipes da Atenção Primária à Saúde; comunicação da Secretaria Municipal de Saúde	Ambiente digital qualificado Qualificar o ambiente digital comunitário, onde as redes digitais superam a família como referência entre as jovens investindo em criadoras de conteúdo locais confiáveis (enfermeiras obstetras, parteiras e multiplicadoras juvenis) para moldar as normas que circulam nesses espaços.

5.4 NÍVEL 4 - INSTITUCIONAL/SERVIÇOS

Foco: determinantes estruturais e ambientais

Nos determinantes estruturais e ambientais concentram-se as barreiras mais estruturais do cuidado: baixa adesão e início tardio do pré-natal, orientações superficiais sobre o trabalho de parto, desconhecimento do Plano de Parto e acesso restrito à analgesia e à laqueadura periumbilical. Como contraponto, iniciativas como os Centros de Parto Normal, a atenção diferenciada a adolescentes e os incentivos à adesão demonstram potencial real quando bem organizadas. As recomendações deste nível qualificam as práticas e a organização da Atenção Primária à Saúde e das maternidades, assegurando a continuidade do cuidado entre esses dois pontos.

Público-alvo prioritário	Recomendação
Secretaria Municipal de Saúde; Equipes da Atenção Primária à Saúde	Busca ativa e adesão Ampliar a busca ativa e os incentivos à adesão e ao início precoce do pré-natal (Agentes Comunitários de Saúde, equipes de Saúde da Família, visitas domiciliares, programas locais como o modelo Mãe Paulistana), com ênfase em adolescentes e jovens.
Gestão hospitalar	Recepção do Plano de Parto ↗ Instituir protocolo hospitalar de recepção e registro do Plano de Parto na admissão, com inclusão no prontuário e consideração efetiva nas decisões assistenciais.
Secretarias municipais e estaduais de Saúde; Gestão hospitalar	Vinculação e referência Fortalecer o fluxo de referência e contrarreferência e a vinculação prévia da gestante à maternidade, com compartilhamento de informações clínicas e do Plano de Parto.
Gestão hospitalar; Ministério da Saúde	Enfermagem obstétrica Fortalecer o papel de enfermeiras obstetras/obstetrizes na condução do trabalho de parto de baixo risco (modelo <i>midwifery</i>), em alinhamento com modelos de cuidado baseados em evidências que associam esses(as) profissionais ao menor uso de intervenções desnecessárias e maior satisfação das mulheres com a experiência de parto.
Gestão hospitalar; Instituições de ensino	Alívio não farmacológico da dor Capacitar as equipes de enfermagem para o uso sistemático de métodos não farmacológicos de alívio da dor.
Gestão hospitalar; Secretaria Municipal de Saúde; Ministério da Saúde	Acesso à analgesia ↗ Ampliar o acesso à analgesia de parto na rede pública (insumos, recursos e anestesistas capacitados), conforme a necessidade e o desejo da mulher.

Público-alvo prioritário	Recomendação
Gestão hospitalar; Secretarias municipais e estaduais de Saúde	Laqueadura no parto vaginal ↗ Ampliar o acesso à laqueadura no parto vaginal (minilaparotomia/periumbilical no pós-parto imediato), com organização de fluxos e capacitação das equipes.
Gestão hospitalar; Instituições de ensino	Educação permanente Promover capacitação contínua e educação permanente em parto vaginal, manejo de intercorrências e tomada de decisão clínica baseada em evidências.

5.5 NÍVEL 5 - ESTRUTURAL/AMBIENTE HABILITADOR

Foco: determinantes ambientais

As barreiras ao parto normal também têm raízes que extrapolam o atendimento direto. A “Lei da Cesárea” introduziu tensão jurídica e ética nas equipes, favorecendo a cirurgia, sobretudo em São Paulo; a lógica de remuneração e a autonomia médica ainda desestimulam o parto vaginal, em especial no setor privado; e a formação profissional nem sempre prepara para um cuidado baseado em evidências, equitativo e livre de discriminação. As recomendações deste nível incidem sobre políticas, financiamento, formação e governança, buscando mudanças estruturais sustentáveis.

Público-alvo prioritário	Recomendação
Instituições de ensino; Ministério da Educação; Ministério da Saúde; conselhos profissionais	Formação em saúde Incluir, de forma estruturada e obrigatória nos currículos de formação em saúde, conteúdos de saúde sexual e reprodutiva, direitos reprodutivos, racismo estrutural e desigualdades de gênero, contemplando o impacto dessas dimensões nas experiências de gestação, parto e puerpério.
Ministério da Saúde; gestores estaduais e municipais	Modelos multiprofissionais Fortalecer modelos de atenção ao parto de risco habitual baseados em equipes multiprofissionais (enfermeiras obstetras, obstetrites e doulas), com cuidado menos medicalizado.

Público-alvo prioritário	Recomendação
Legisladores; Ministério da Saúde; conselhos profissionais	Revisão da legislação Avaliar criticamente os impactos das legislações que promovem a cesárea por solicitação, sem indicação clínica, com possível revisão e não ampliação desse tipo de normativa.
Ministério da Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar; gestores	Financiamento e incentivos Revisar os modelos de financiamento, remuneração e organização do trabalho médico, mitigando incentivos à cesárea sem indicação clínica e favorecendo práticas centradas no tempo fisiológico do parto, na qualidade do cuidado e na segurança materno-infantil.
Ministério da Saúde; conselhos profissionais (Medicina e Enfermagem); Gestão hospitalar	Segurança jurídica e clínica Promover ambientes institucionais seguros para a decisão clínica, reduzindo o medo da judicialização por meio de protocolos baseados em evidências e respaldo institucional às equipes.
Ministério da Saúde; Secretarias municipais e estaduais de Saúde	Governança e indicadores Fortalecer a governança, o monitoramento e a transparência dos indicadores de saúde materna e neonatal (acompanhamento sistemático de indicadores como taxas de cesárea ajustadas por risco, uso de intervenções no parto, desfechos maternos e neonatais, e experiência das mulheres), acompanhados de auditorias clínicas e devolutivas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, N. L. A. *et al.* Representações sociais de enfermeiras da atenção básica sobre o parto normal. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 1, p. 34-51, jul. 2019.

ARAGÃO, T. E. B.; SANTOS, A. N. S. Percepção de puérperas negras sobre os cuidados recebidos no parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 37, 2023.

BRAGA, A. *et al.* Aumento de cesáreas no Brasil: um apelo à reflexão. **Femina**, [S. l.], v. 51, n. 3, p. 134-138, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://dadosabertos.saude.gov.br/dataset/sistema-de-informacao-sobre-nascidos-vivos-sinasc>. Acesso em: 11 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal: versão preliminar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/saude-sexual-e-reprodutiva/ferramentas/saude_adolescentes.pdf/view. Acesso em: 16 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do adolescente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente>. Acesso em: 16 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 22 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 set. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 22 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Gravidez na adolescência: impacto na vida das famílias e das adolescentes e jovens mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Cidadania, 2019. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/informe/Informativo%20Gravidez%20adolescência%20final.pdf. Acesso em: 29 abr. 2026.

BRASIL. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 5, 5 set. 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.443-de-2-de-setembro-de-2022-426936016>. Acesso em: 22 maio 2026.

BRASIL. Lei nº 15.381, de 8 de abril de 2026. Dispõe sobre o exercício da profissão de doula. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, 9 abr. 2026. Disponível em: <https://www2.camara>.

leg.br/legin/fed/lei/2026/lei-15381-8-abril-2026-798933-publicacaooriginal-178806-pl.html. Acesso em: 15 abr. 2026.

CAMPOS, A. S.; ALMEIDA, A. C. C. H.; SANTOS, R. P. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 4, n. 2, p. 332-341, jun. 2014.

CEDRA – Centro de Estudos em Desigualdades e Discriminação. **Distribuição dos responsáveis por domicílios por sexo, cor-raça e faixa de renda domiciliar por morador, 2012-2023**. Fonte: IBGE, PNAD e PNAD Contínua. Atualizado em: 21 mar. 2025a. Disponível em: <https://cedra.org.br/conjuntos-de-dados/distribuicao-dos-responsaveis-por-domicilios-por-sexo-cor-raca-e-faixa-de-renda-domiciliar-por-morador/>. Acesso em: 31 mar. 2026.

CEDRA – Centro de Estudos em Desigualdades e Discriminação. **Número de pessoas atendidas no SUS nas duas semanas anteriores à realização da Pesquisa Nacional de Saúde**. Fonte: Ministério da Saúde e IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde. Atualizado em: 21 mar. 2025b. Disponível em: <https://cedra.org.br/conjuntos-de-dados/numero-de-pessoas-que-foram-atendidas-nas-duas-ultimas-semana-no-sus/>. Acesso em: 31 mar. 2026.

CEDRA – Centro de Estudos em Desigualdades e Discriminação. **Rendimento médio mensal (R\$) do trabalho principal segundo posição da ocupação com contribuição para previdência social por sexo e raça/cor, 2012-2022**. Fonte: IBGE, PNAD e PNAD Contínua. Atualizado em: 21 mar. 2025c. Disponível em: <https://cedra.org.br/conjuntos-de-dados/rendimento-medio-mensal-r-do-trabalho-principal-segundo-posicao-da-ocupacao-com-contribuicao-para-previdencia-social-por-sexo-e-raca-cor/>. Acesso em: 31 mar. 2026.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 123-131, jan./abr. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000100015. Acesso em: 29 abr. 2026.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S101-S116/pt>. Acesso em: 20 maio 2026.

HUGUES, G. M.; HEILBORN, M. L. “C-section? Thanks, but no thanks!”: activism in an online community in quest for normal childbirth in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, 2021.

MASCARELLO, K. C.; HORTA, B. L.; SILVEIRA, M. F. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 105, 2017. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rsp/en/article/view/140980/136043>. Acesso em: 20 maio 2026.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* O estado da enfermagem no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3404, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3404>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nwPZbvkYp6GNLsZhFK7mGwd/>. Acesso em: 20 abr. 2026.

OLIVEIRA, G. S. *et al.* Grupo focal: uma técnica de coleta de dados numa investigação qualitativa? **Cadernos da Fucamp**, v. 19, n. 41, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Geneva: OMS, 2015. (WHO/RHR/15.02). Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 20 maio 2026.

PAIVA, A. C. P. C. *et al.* Da decisão à vivência da cesariana: a perspectiva da mulher. **Revista Enfermagem Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, 2019.

PARÁ. Lei nº 9.016, de 30 de janeiro de 2020. Dispõe sobre a garantia à gestante da possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. **Diário Oficial do Estado do Pará**, Belém, 30 jan. 2020. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=389430>. Acesso em: 22 maio 2026.

PEREIRA, V. B. *et al.* Tendências nas taxas de cesáreas no Brasil pelo grupo de classificação de Robson, 2014-2020. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 77, n. 3, e20230099, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0099pt>.

PETIT, V. **The Behavioural Drivers Model: a conceptual framework for social and behaviour change programming**. Nova York: UNICEF, 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/mena/reports/behavioural-drivers-model>. Acesso em: 22 maio 2026.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019. Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17137-23.08.2019.html>. Acesso em: 27 mar. 2026.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 17.431, de 14 de outubro de 2021. Consolida a legislação paulista relativa à proteção e defesa da mulher. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, Executivo, caderno 1, p. 1, 15 out. 2021. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2021/lei-17431-14.10.2021.html>. Acesso em: 22 maio 2026.

SÃO PAULO (Município). Lei nº 16.602, de 23 de dezembro de 2016. Dispõe sobre a permissão da presença de doula durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como nas consultas e exames de pré-natal, sempre que solicitado pela parturiente, nas maternidades, hospitais e demais equipamentos da rede municipal de saúde. **Diário Oficial da Cidade de São Paulo**, São Paulo, 23 dez. 2016. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-16602-de-23-de-dezembro-de-2016>. Acesso em: 22 maio 2026.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Portaria SMS nº 120, de 11 de março de 2020. Institui nova designação ao Programa de Saúde da Gestante e do Recém-Nascido do Município de São Paulo e insere ações complementares ao Decreto nº 46.966/2006. São Paulo: SMS, 2020. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-120-de-11-de-marco-de-2020>. Acesso em: 27 mar. 2026.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP; AMB, 2023. 344 p. ISBN 978-65-00-60986-8. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf. Acesso em: 20 abr. 2026.

SILVA, G. P. S. *et al.* Experiência de mulheres com a cesariana sob a ótica da fenomenologia social. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 13, n. 1, p. 5-14, 2014.

SILVA, A. C. L. *et al.* Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, p. 1-11, set. 2017.

SILVA, K. K. *et al.* Panorama das cesarianas no Brasil na última década: análise ecológica das regiões. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 7, n. 9, p. 444-462, 2025. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n9p444-462. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/6284>. Acesso em: 21 maio 2026.

SUPIMPA, L. S. *et al.* Experiência de mulheres imigrantes no processo de parto e nascimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 57, spe, e20220444, 2023. DOI: <https://>

doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0444en. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/bhqBv7Z8ZDyzTqDGKkkP3VF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2026.

UNICEF. **Gravidez na adolescência no Brasil: vozes de meninas e de especialistas**. Brasília, DF: UNICEF, 2017. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/1896/file/Gravidez_na_Adolescencia_no_Brasil.pdf. Acesso em: 22 maio 2026.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP). Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher. **Protocolo de assistência ao parto cesárea – CAISM/UNICAMP**. Doc. n. 01. Campinas: CAISM/UNICAMP, 2008. Atualizado em: set. 2020. Disponível em: <https://www.caism.unicamp.br/download/protocolos/obstetricia/Assistencia%20ao%20Parto%20Cesarea.pdf>. Acesso em: 20 maio 2026.

ANEXO I - MODELO DE PLANO DE PARTO (SMS-SP)

Figura 5 - Plano de Parto do Programa Mãe Paulistana, capa e contracapa

16. Gostaria que todos os cuidados com meu bebê sejam realizados após a primeira hora de vida, conforme diretrizes da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde, como por exemplo evitar uso de bicos artificiais e chupetas.

() SIM () NÃO

17. Desejo, se possível, a inserção do DIU ou Implanon (conforme critérios médicos e protocolo da Secretaria Municipal de Saúde) no pós-parto imediato para aproveitar a minha internação e garantir a contracepção:

() SIM () NÃO

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
Coordenadoria de Atenção Básica
Área Técnica de Saúde da Mulher

MEU PLANO DE PARTO

Nome da Pessoa Gestante: _____

Nome do Recém Nascido (RN): _____

Nome do acompanhante: _____

Serviço de referência para o parto: _____

IMPORTANTE SABER

Para a maioria das pessoas com útero, o trabalho de parto acontece de forma natural e espontânea e o colo uterino dilata até 10 centímetros para saída do bebê. No entanto, existem algumas situações especiais em que podem ser necessárias intervenções medicamentosas ou procedimentos para ajudar na indução e/ou condução do parto. Isso pode ser feito por meio de comprimidos na vagina, administração de soro com ocitocina, inserção de sonda no colo uterino ou necessidade de realização de suturas (costuras) a vagina ou períneo devido lacerações (cortes). Nesses casos, a equipe de plantão irá conversar com você e explicar a necessidade desses procedimentos.

Deve-se evitar dar banho no bebê nas primeiras horas para que ele não esfrie.

O curativo do coto umbilical é feito somente com álcool.

Se a pessoa puérpera estiver bem, pode tomar banho (acompanhada) e alimentar-se logo após o parto normal.

Os profissionais de saúde do local onde ocorrerá o parto irão avaliar periodicamente o sangramento após o parto e apoiarão a amamentação.

ITENS QUE VOCÊ DEVE LEVAR PARA A MATERNIDADE

Roupas para você e o bebê

Chinelo para banho

Material de higiene íntima (escova de dente, escova/pente de cabelo, roupas íntimas)

Exames, ultrassonografias e Cartão do Pré Natal

Documentos pessoais com foto (seu e de seu acompanhante)

PARABÊNS PELA GRAVIDEZ!

O nascimento se aproxima e é importante que você se prepare muito bem sobre tudo o que envolve esse momento tão especial. Este plano é um recurso importante que pode te auxiliar e proporcionar mais autonomia durante o parto, além de garantir que a equipe de atendimento esteja ciente de todas as suas preferências e dos procedimentos que devem ou não ser realizados para apoiar você e seu bebê.

Vale destacar que, na maioria dos casos, o parto normal é a via mais segura, enquanto a cesariana é uma exceção, sendo realizada preferencialmente sob indicação médica, pois é uma cirurgia de grande porte e apresenta maiores chances de causar complicações, como infecções e hemorragias, por exemplo.

Esperamos que a sua gestação seja tranquila e que tudo ocorra bem com você e com o seu bebê.

SUS+ mãe paulistana CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE

Figura 6 - Plano de Parto do Programa Mãe Paulistana, interior

MEU PLANO DE PARTO

1. Desejo conhecer a maternidade?

() SIM () NÃO

Se sim, visita agendada para o dia ____/____/____

2. Desejo que acompanhe durante internação na maternidade:

() Parceria () Mãe () Filho maior de 18 anos

() Amigo(a) () Outro familiar () Não quero acompanhante

3. Terei uma doula me acompanhando? () SIM () NÃO

4. Desejo que eu e a pessoa que for me acompanhar sejamos informados sobre todos os procedimentos a serem realizados comigo e com meu bebê:

() SIM () NÃO () Outros _____

5. Desejo ter como opção os seguintes métodos para alívio da dor (assinale quantos itens desejar)

() Massagens (podem ser realizadas pelo meu acompanhante e/ou doula)

() Orientações sobre técnicas de respiração

() Movimentar-se e/ou andar caso eu queira

() Exercícios de relaxamento com bola

() Banho de chuveiro

() Analgesia medicamentosa por anestesia (quando disponível)

6. No trabalho de parto é recomendado que a pessoa gestante movimente-se livremente e a posição deitada de costas deve ser evitada. Gostaria de ter liberdade de escolher diversas posições durante meu trabalho de parto?

() SIM () NÃO

7. Sei da importância de me manter hidratada e me alimentar durante o trabalho de parto. Portanto, desejo ingerir alimentos leves, tais como: (assinale quantos itens desejar)

() Água () Gelatina () Suco de frutas () Chás () Outros _____

8. Cuidar do ambiente ajuda a tranquilizar e favorece a evolução do trabalho de parto. Desejo que sejam feitos os seguintes cuidados, se possível: (assinale quantos itens desejar)

() Ambiente com pouca luminosidade () Pouco barulho e conversas

() Privacidade () Ouvir música de minha escolha (levar fone de ouvido)

9. Desejo que comuniquem a mim e a pessoa que estiver me acompanhando sobre qualquer intervenção necessária durante o trabalho de parto (soro, oxigênio, rompimento de bolsa, ocitocina, cesariana)

() SIM () NÃO

10. Desejo que o toque vaginal seja feito a cada 4 horas, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde e caso seja necessário realizar toques vaginais com maior frequência, solicito que informem a mim e a pessoa que estiver me acompanhando

() SIM () NÃO

11. Desejo que na hora do nascimento sejam evitadas manipulação da minha região genital e episiotomia ("corte na vagina"):

() SIM () NÃO

12. Caso seja necessária cesariana desejo a presença do meu acompanhante conforme Lei 11.108/2005:

() SIM () NÃO

13. A posição na hora do nascimento deve ser escolhida pela pessoa gestante. Gostaria de ter as seguintes opções: (assinale quantos itens desejar)

() Sentada/ Cócoras na banqueta

() Semi-sentada com cabeceira elevada

() De quatro apoios (Gaskin)

() Outras _____

14. Assim que o bebê nascer, gostaria de: (assinale quantos itens desejar)

() Pegar meu bebê no colo imediatamente

() Receber meu bebê quando me sentir pronta para tal

() Iniciar a amamentação o mais rápido possível e dentro da 1ª hora de vida

15. Quanto ao corte do cordão umbilical, desejo que seja feito em tempo oportuno:

() Pelo profissional que estiver fazendo meu parto

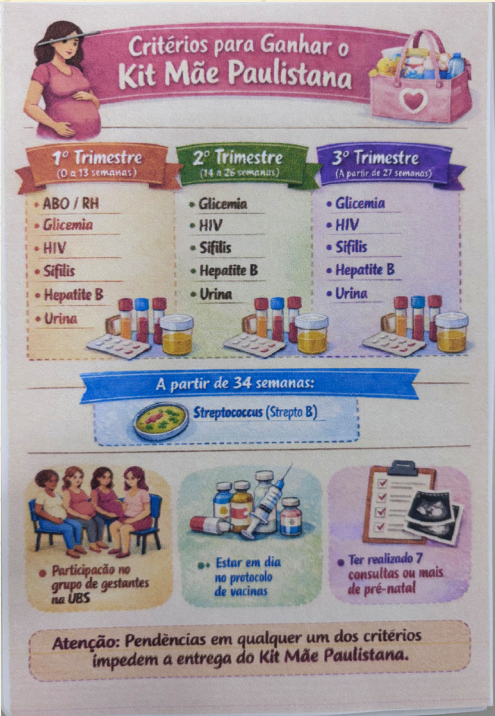
() Por mim mesma

() Pelo meu acompanhante

Fonte: SMS-SP (2024).

ANEXO II - MATERIAL DO KIT MÃE PAULISTANA

Figura 7 - Critérios para ganhar o kit Mãe Paulistana (Frente)



Fonte: UBS 1 (2026).

Figura 8 - Critérios para ganhar o kit Mãe Paulistana (Verso)



Fonte: UBS 1 (2026).

ANEXO III - DOCUMENTOS ANALISADOS

A seguir, encontram-se listados os documentos de âmbito internacional e federal analisados e considerados pelo estudo:

- Recomendação da Organização Mundial da Saúde na assistência ao parto normal (2016)
- Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (Ministério da Saúde, 2016, atualizada em 2022)
- Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005: Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007: Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- Resolução Normativa nº 368/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): Estabelece regras para estimular o parto normal e reduzir cirurgias cesáreas sem necessidade.
- Resolução Normativa nº 398/2016 da ANS: Obriga operadoras de planos de saúde e hospitais a contratar obstetrizes e enfermeiros obstétricos.
- Manual de Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal (CBP Parto Adequado) da Agência Nacional de Saúde (ANS)
- Relatório Parto Adequado: Estratégias de Qualificação da Jornada da Gestante: a trajetória de 2015 a 2023.
- Rede Alyne: Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024, em substituição à Rede Cegonha, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna no Brasil, com foco especial sobre a mortalidade materna entre mulheres negras.

A seguir, a lista dos principais documentos referentes ao nível estadual e, principalmente, municipal dos territórios selecionados para este estudo:

Belém

- Lei nº 9.274, de 11 de maio de 2017: Dispõe sobre a presença de doulas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres do Município de Belém.
- Lei nº 9.016, de 30 de janeiro de 2020: Dispõe sobre a garantia à gestante da possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal (estadual).

São Paulo

- Lei Municipal nº 15.894/2013: Institui o Plano Municipal de São Paulo para a Humanização do Parto, dispõe sobre a administração de analgesia em partos naturais e dá outras providências.
- Lei Municipal nº 16.602/2016: Dispõe sobre a permissão da presença de doula, sem prejuízo da presença de acompanhante, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como nas consultas e exames de pré-natal, sempre que solicitado pela parturiente, nas maternidades, hospitais e demais equipamentos da rede de saúde da cidade de São Paulo.
- Lei Estadual nº 17.137/2019: Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesárea como via de nascimento, a partir de 39 semanas de gestação, uma vez que tenha sido conscientizada e informada dos benefícios do parto normal e dos riscos envolvidos na realização de sucessivas cesáreas.
- Portaria SMS nº 120, de 11 de março de 2020: Institui a Rede Municipal de Atenção Materno-Infantil Mãe Paulistana, em substituição ao Programa de Saúde da Gestante e do Recém-Nascido, de 2001.
- Lei Estadual nº 17.431/2021: Consolida a legislação paulista relativa à proteção e defesa da mulher, inclusive no que diz respeito à promoção do parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado (Seção XXII).

