

Fatores que interferem no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura

Factors that interfere in the delivery and birth process: an integrative literature review

Factores que interfieren en el parto y el proceso de nacimiento: una revisión bibliográfica integradora

Recebido: 13/05/2020 | Revisado: 18/05/2020 | Aceito: 21/05/2020 | Publicado: 29/05/2020

Greice Machado Pieszak

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4980-3253>

Universidade Federal de Santa Maria campus Santa Maria, Brasil.

E-mail: greicepieszak@gmail.com

Giovana Calcagno Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2464-1537>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: giovanacalcagno@furg.br

Andressa Peripolli Rodrigues

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7599-4674>

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha, Brasil

E-mail: andressa.rodrigues@iffarroupilha.edu.br

Resumo

Por considerar o parto e nascimento um processo singular e com especificidades que interferem na vida das pessoas envolvidas, especialmente para a mãe, filho e família; Buscou-se identificar evidências científicas na literatura nacional e internacional os fatores que interferem no processo de parto e nascimento. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Publisher Medline (PubMed), com os descritores “parto” e “gestantes”. Foram encontrados 734 estudos, dos quais 41 foram incluídos no estudo. No pré-natal, tem-se as ações de educação em saúde como um elemento essencial para a preparação para o parto. Destacou-se que a utilização de metodologias inovadoras devem ser aliadas ao contato pessoal, formação de vínculo e a valorização das singularidades e integralidade. Ainda, evidenciou-se que o processo de parto é

considerado um ritual de passagem e que essa vivência ressignifica e dá sentido à vida da mulher e sua família. Por isso, o apoio recebido por parteiras foi identificado como um diferencial. Entretanto, a assistência obstétrica se mostra fragmentada, o binômio mãe e filho não têm seu bem-estar priorizado. Parturientes ainda peregrinam pelas maternidades em busca de atendimento, onde são atendidas com intervenções inadequadas e abuso de poder profissional e institucional. Faz-se necessário a mudança paradigmática, por meio de qualificação profissional, de formações que sensibilizem o cuidar humanizado, integral e seguro, respaldado na cientificidade e no resgate da valorização do parto e nascimento enquanto evento fisiológico e social.

Palavras-chave: Parto; Gestantes; Enfermagem; Revisão.

Abstract

For considering childbirth and birth as a unique process with specificities that interfere in the lives of the people involved, especially for the mother, child and family; We sought to identify scientific evidence in the national and international literature the factors that interfere in the process of childbirth and birth. This is an integrative literature review carried out in the databases of Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Publisher Medline (PubMed), with the descriptors "childbirth" and "pregnant women". 734 studies were found, of which 41 were included in the study. In prenatal care, health education actions are an essential element for preparing for childbirth. It was highlighted that the use of innovative methodologies must be combined with personal contact, bonding and the valuation of singularities and integrality. Still, it became evident that the birth process is considered a ritual of passage and that this experience gives new meaning and gives meaning to the life of the woman and her family. Therefore, the support received by midwives was identified as a differential. However, obstetric care is shown to be fragmented, the binomial mother and child do not have their well-being prioritized. Parturients still wander through the maternity hospitals in search of care, where they are attended with inadequate interventions and abuse of professional and institutional power. It is necessary to change the paradigm, through professional qualification, of training that sensitize humanized, integral and safe care, supported by scientificity and by rescuing the valorization of childbirth and birth as a physiological and social event.

Keywords: Parturition; Pregnant women; Nursing; Review.

Resumen

Por considerar el parto y el parto como un proceso único con especificidades que interfieren en la vida de las personas involucradas, especialmente para la madre, el niño y la familia; Buscamos identificar evidencia científica en la literatura nacional e internacional sobre los factores que interfieren en el proceso del parto y el parto. Esta es una revisión bibliográfica integradora realizada en las bases de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y Publisher Medline (PubMed), con las palabras clave "parto" y "mujeres embarazadas". Se encontraron 734 estudios, de los cuales 41 fueron incluidos en el estudio. En la atención prenatal, las acciones de educación sanitaria son un elemento esencial para prepararse para el parto. Se destacó que el uso de metodologías innovadoras debe combinarse con el contacto personal, la vinculación y la valoración de singularidades e integralidad. Aún así, se hizo evidente que el proceso de nacimiento se considera un ritual de pasaje y que esta experiencia le da un nuevo significado y da sentido a la vida de la mujer y su familia. Por lo tanto, el apoyo recibido por parteras se identificó como un diferencial. Sin embargo, se demuestra que la atención obstétrica está fragmentada, la madre y el niño binomiales no tienen prioridad en su bienestar. Las parturientas todavía deambulan por los hospitales de maternidad en busca de atención, donde son atendidas con intervenciones inadecuadas y abuso del poder profesional e institucional. Es necesario cambiar el paradigma, a través de la calificación profesional, de una capacitación que sensibilice la atención humanizada, integral y segura, respaldada por la ciencia y rescatando la valorización del parto y el parto como un evento fisiológico y social.

Palabras chave: Parto; Mujeres embarazadas; Enfermería; Revisión.

1. Introdução

A gestação é um período de intensas transformações para a mulher e sua família, pelo novo papel familiar e social que a cerca. O parto, é uma experiência única, que apresenta (re)significado pessoal e de fortalecimento materno, pois contribui para a formação de vínculo e segurança familiar e de convívio (Souza & Gualda, 2016). Nesse sentido, a vivência singular e significativa do processo de parto e nascimento deve ser valorizada.

No panorama mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a taxa de parto cesáreo seja de 15%, porém, o continente europeu possui uma taxa média de 21,1% (Ezeome et al., 2018). Sabe-se que a América Latina apresenta a maior taxa de cesáreas (44,3%

dos nascimentos) do mundo, sendo o Brasil o segundo país que mais realiza esta cirurgia (Boerma et al., 2018).

Além dos índices elevados de cesariana, a pesquisa brasileira realizada em 2012 revelou que o momento do nascimento também é permeado por uma gestão agressiva e com excessiva intervenção. Apontou ainda altas taxas de episiotomia (53,5%), pressão uterina (36,1%) e posição litotômica da mulher no momento do parto (91,7%) (Diniz et al., 2015).

Com a hospitalização e medicalização do parto, durante a década de 90, o uso de métodos rotineiros, intervencionistas e a realização de práticas invasivas autoritárias tanto no parto quanto no nascimento, constituem-se violência obstétrica, que se apresenta como um grave problema social. Isso porquê a patologização dos processos naturais resulta negativamente na qualidade de vida das pessoas, com a perda de autonomia e capacidade de tomada de decisão em relação ao corpo feminino e sua sexualidade (Souza et al., 2016).

Diante disso, em 2018, a OMS propagou recomendações a respeito do cuidado intraparto para uma experiência positiva, com intuito de consolidar a assistência obstétrica por meio de embasamento científico. Além disso, o Ministério da Saúde (MS) reconhece em suas Políticas e Programas o quanto a humanização é importante na assistência à mulher frente a um evento tão singular na vida humana como é o parto e nascimento (WHO, 2018).

Assim, diante de garantias de atenção humanizada ao parto e nascimento, por meio da legislação e de evidências científicas comprovadas, espera-se que os profissionais de saúde que atuam neste cuidado oportunizem um evento único à existência da mulher e de sua família. Momento este permeado e conduzido por atenção respeitosa, comunicação eficaz, acompanhamento sem intervenções desnecessárias, além do estímulo ao empoderamento da mulher em seu trabalho de parto e parto (Brasil, 2017).

No entanto, sabe-se que muitos fatores têm interferido nesse processo, afetando a assistência recebida pelas mulheres durante o parto e nascimento. Nesse contexto questiona-se: Quais as evidências científicas disponíveis a respeito dos fatores que interferem no processo de parto e nascimento? Para atender a esse questionamento, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, que objetivou identificar e sistematizar as evidências científicas na literatura nacional e internacional os fatores que interferem no processo de parto e nascimento.

2. Metodologia

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, buscando-se analisar a literatura existente, fornecendo uma compreensão abrangente de determinado objeto de estudo, reunindo

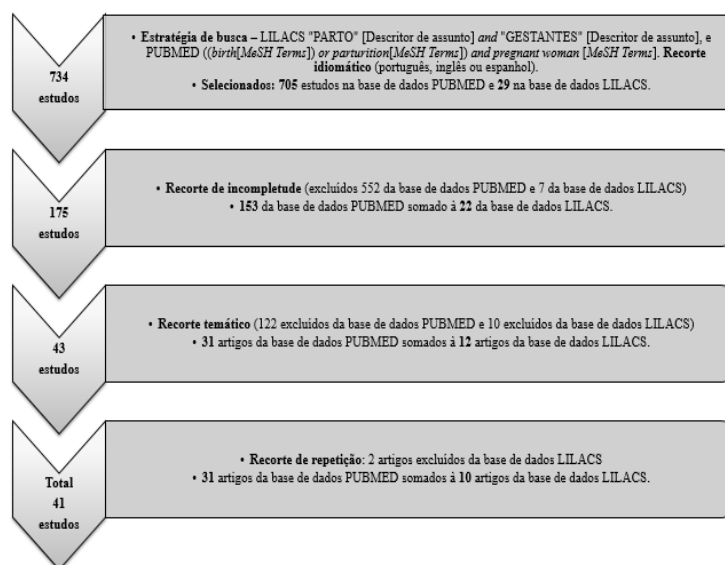
o conhecimento sobre a temática proposta, apontando lacunas a serem elucidadas em futuras pesquisas e propiciando subsídio para a assistência à saúde com base no conhecimento científico (Whittemore & Knafl, 2005).

Após a identificação do tema, foi formulada a seguinte questão de pesquisa: Quais as evidências científicas disponíveis a respeito dos fatores que interferem no processo de parto e nascimento? A coleta de dados foi realizada em abril de 2019, nas bases de dados: Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Publisher Medline (PUBMED).

Para a consulta nas referidas bases de dados, utilizou-se as seguintes estratégias de busca: na LILACS "PARTO" [Descriptor de assunto] and "GESTANTES" [Descriptor de assunto], descritores previamente consultados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/BIREME). E no PUBMED ((*birth*[MeSH Terms]) or *parturition*[MeSH Terms]) and *pregnant woman* [MeSH Terms]. Assim, obteve-se uma amostra de 175 estudos ao final da primeira etapa de avaliação dos artigos, dos quais 22 foram incluídos na LILACS e 153 na PUBMED. Na segunda etapa, procedeu-se a leitura completa dos 175 estudos para identificar os que respondiam à questão de pesquisa e/ou tinham pertinência com o objetivo do estudo.

Desse processo, obteve-se uma amostra de 43 artigos incluídos, sendo eles 12 da LILACS e 31 da PUBMED. Ainda, foram excluídos 2 artigos da LILACS devido repetição nas bases de dados, totalizando 41 artigos analisados (10 da LILACS e 31 da PUBMED). O fluxograma com o detalhamento das etapas de pesquisa está apresentado a seguir na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma do desenvolvimento do estudo de revisão. LILACS e PUBMED, 2019.



Fonte: Autores.

A análise e a interpretação dos dados foram realizadas de maneira organizada em um quadro analítico, que possibilitou reunir e sintetizar as informações dos estudos, contendo as seguintes informações: identificação do estudo, título, autores, revista científica, descritores, objetivo do estudo, desenho metodológico, principais resultados e conclusão dos autores.

A organização das informações dos estudos no quadro analítico possibilitou a interpretação e a comparação entre as produções, encontrando evidências relevantes sobre o parto e nascimento, mediante a categorização dos achados.

No Quadro 1 são apresentados os artigos incluídos na revisão integrativa da literatura.

Quadro 1. Artigos que compuseram o corpus do estudo. LILACS e PUBMED, 2019.

Código	Referência	Banco de Dados
A1	D'ávila CG, Puggina AC & Fernandes RAQ. (2018). Construção e validação de jogo educativo para gestantes. <i>Esc Anna Nery</i> , 22(3): e20170300. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0300	LILACS
A2	Ferraz M, Almeida AM & Matias A. A influência da web na tomada de decisão da grávida: rastreio pré-natal e tipo de parto. (2015). <i>RECIIS – Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde</i> , 9(4) DOI: http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v9i4.913	LILACS
A3	Laurenti R, Siqueira AAF, Jorge MHPM, Gotlieb SLD & Pimentel EC. (2013). Perinatal mortality in hospitals of the State of São Paulo: methodological aspects and some characteristics of mothers and conceptuses. <i>Journal of Human Growth and Development</i> 23(3): 261-9. http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v23n3/pt_02.pdf	LILACS
A4	Marin AH, Donelli TMS, Lopes RCS & Piccinini CA. Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto (2009). <i>Aletheia</i> (29): 57-72. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000100006&lng=pt	LILACS
A5	Iyasu A, Hordofa MA, Zeleke H & Leshargie CT. (2016). Level and factors associated with birth preparedness and complication readiness among semi-pastoral pregnant women in southern Ethiopia. <i>BMC Res Notes</i> , 11(1):442. DOI: 10.1186/s13104-018-3539-7	PUBMED
A6	Smeele P, Kalisa R, Van Elteren M, Van Roosmalen J & Van Den Akker T. (2018). Birth preparedness and complication readiness among pregnant women admitted in a rural hospital in Rwanda. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> , 18(1):190. DOI: 10.1186/s12884-018-1818-x	PUBMED
A7	Al-Ghamdi S., Aldossari K., Al-Zahrani J., Al-Shaalan F., Al-Sharif S., Al-Khurayji H et al., (2017). Prevalence, knowledge and attitudes toward herbal medication use by Saudi women in the central region during pregnancy, during labor and after delivery. <i>BMC Complement Altern Med</i> , 17(1):196. DOI: 10.1186/s12906-017-1714-3	PUBMED
A8	Torres SR & Luz AMH (2007). Gestante HIV+ e crianças expostas: estudo epidemiológico da notificação compulsória. <i>Rev Gaúcha Enferm</i> , 28(4): 505-11. https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3111/1717	LILACS
A9	Okonofua F, Ntoimo L, Ogungbangbe J, Anjorin S, Imongan W & Yaya S. (2018). Predictors of women's utilization of primary health care for skilled pregnancy care in rural Nigeria. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> 18(1): 106. DOI: 10.1186/s12884-018-1730-4	PUBMED
A10	Kruk ME, Hermosila S, Larson E & Mbaruku GM (2014). Bypassing primary care clinics for childbirth: a cross-sectional study in the Pwani region, United Republic of Tanzania. <i>Bull World Health Organ</i> , 92(4): 246-53. DOI:10.2471/BLT.13.126417	PUBMED
A11	Rangel VM & Júnior KRC. (2016). A negociação de um corpo com dor: racionalidade biomédica na dinâmica ritualizada do trabalho de parto hospitalar. <i>Physis</i> , 26(4): 1293-310. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000400012	LILACS
A12	Pereira RR, Franco SC & Baldin N. (2011). Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. <i>Saúde Soc</i> , 20(3): 579-89. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000300005	LILACS

A13	Cunha SF, D'Eça Jr A, Rios CTF, Pestana AL, Mochel EG, Paiva SS. (2010). Peregrinação no anteparto em São Luís Maranhão. <i>Cogitare Enferm</i> ,15(3): 441-7. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i3.18885	LILACS
A14	Mondini L, Levy RB, Souza JMP, Alves MCGP, Saldiva SRDM, Tanaka LF et al. (2010). Efeito do clameamento tardio do cordão umbilical nos níveis de hemoglobina em crianças nascidas de mães anêmicas e não anêmicas. <i>Journal of Human Growth and Development</i> , 20(2): 282-90. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000200011&lng=pt&tlng=pt	LILACS
A15	Dynes MM, Binzen S, Twentyman E, Nguyen H, Lobis S, Mwakatundu N et al. (2019). Client and provider factors associated with companionship during labor and birth in Kigoma Region, Tanzania. <i>Midwifery</i> , 69: 92-101. DOI: 10.1016/j.midw.2018.11.002	PUBMED
A16	Khwepeya M., Lee GT., Chen S., Yu S. (2018). Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> , 18(1):391. DOI: 10.1186/s12884-018-2023-7	PUBMED
A17	Preis H, Benyamini Y, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S. (2018). Childbirth preferences and related fears - comparison between Norway and Israel. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> , 18(1): 362. DOI: 10.1186/s12884-018-1997-5	PUBMED
A18	Wahlbeck H, Kvist LJ, Landgren K. (2018). Gaining hope and self-confidence-An interview study of women's experience of treatment by art therapy for severe fear of childbirth. <i>Women Birth</i> , 31(4): 299-306. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.10.008	PUBMED
A19	Duncan L, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J & Bardacke N. (2017). Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> ,17(1):140. DOI: 10.1186/s12884-017-1319-3	PUBMED
A20	Veringa IK, Bruin EI, Bardacke N, Duncan LG, Van Steensel FJ & Dirksen CD et al. (2016). 'I've Changed My Mind', Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: study protocol of the quasi-experimental controlled trial. <i>BMC Psychiatry</i> , 16:337. DOI: 10.1186/s12888-016-1070-8	PUBMED
A21	Klabbers GA., Wijma K., Paarlberg KM., Emons WH., Vingerhoets AJ. (2014). Treatment of severe fear of childbirth with haptotherapy: design of a multicenter randomized controlled trial. <i>BMC Complement Altern Med</i> , 14:385. DOI: 10.1186/1472-6882-14-385	PUBMED
A22	Maputle MS. (2018). Support provided by midwives to women during labour in a public hospital, Limpopo Province, South Africa: a participant observation study. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> , 18(1):210. DOI: 10.1186/s12884-018-1860-8	PUBMED
A23	Henshall C, Beck T & Kenyon S. (2016). A systematic review to examine the evidence regarding discussions by midwives, with women, around their options for where to give birth. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> , 16:53. DOI: 10.1186/s12884-016-0832-0	PUBMED
A24	Nyongesa C, Xu X, Hall JJ, Macharia WM, Yego F & Hall B. (2018). Factors influencing choice of skilled birth attendance at ANC: evidence from the Kenya demographic health survey. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> , 18(1): 88. DOI: 10.1186/s12884-018-1727-z.	PUBMED
A25	Kaso M & Addisse M. (2014). Birth preparedness and complication readiness in Robe Woreda, Arsi Zone, Oromia Region, Central Ethiopia: a cross-sectional study. <i>Reprod Health</i> , 11:55. DOI: 10.1186/1742-4755-11-55	PUBMED
A26	Ragnar I, Altman D, Tyde T & Olsson SE. (2006). Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions--a randomised controlled trial. <i>BJOG</i> , 113(2): 165-70. https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2005.00824.x	PUBMED
A27	Tadevosyan M., Ghazaryan A., Harutyunyan A., Petrosyan V., Atherly A., Hekimian K. (2019). Factors contributing to rapidly increasing rates of cesarean section in Armenia: a partially mixed concurrent quantitative-qualitative equal status study. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> , 19(1):2. DOI: 10.1186/s12884-018-2158-6	PUBMED
A28	Cantone D, Lombardi A, Assunto DA, Piccolo M, Rizzo N & Pelullo CP et al. (2018). A standardized antenatal class reduces the rate of cesarean section in southern Italy: A retrospective cohort study. <i>Medicine (Baltimore)</i> , 97(16): e0456. DOI: 10.1097/MD.00000000000010456	PUBMED
A29	Ezeome IV, Ezugworie JO & Udealor PC. (2018). Beliefs, perceptions, and views of pregnant women about cesarean section and reproductive decision-making in a specialist health facility in Enugu, Southeast Nigeria. <i>Niger J Clin Pract</i> , 21(4): 423-8. DOI: 10.4103/njcp.njcp_413_16	PUBMED
A30	Chen SW, Hutchinson AM, Nagle C & Bucknall TK. (2018). Women's decision-making processes and the influences on their mode of birth following a previous caesarean section in Taiwan: a qualitative study. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> ,18(1):31. DOI: 10.1186/s12884-018-	PUBMED

	1661-0	
A31	Omani-Samani R, Mohammadi M, Almasi-Hashiani A & Maroufizadeh S. (2017). Cesarean Section and Socioeconomic Status in Tehran, Iran. <i>J Res Health Sci</i> , 17(4): e00394. http://jrhs.umsha.ac.ir/index.php/JRHS/article/view/%203460%20/	PUBMED
A32	Loke AY, Davies L & Li SF. (2015). Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: the Health Belief Model. <i>BMC Health Serv Res</i> ,15: 274. DOI: 10.1186/s12913-015-0931-z	PUBMED
A33	Kozhimannil KB, Attanasio LB, Johnson PJ, Gjerdingen DK & McGovern PM. (2014). Employment during pregnancy and obstetric intervention without medical reason: labor induction and cesarean delivery. <i>Womens Health Issues</i> , 24(5): 469-76. DOI: 10.1016/j.whi.2014.06.010	PUBMED
A34	Caron OAF & Silva IA. (2002). Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. <i>Rev Latino-am Enfermagem</i> , 10(4):485-92. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000400004	LILACS
A35	Abuya T, Sripad P, Ritter J, Ndwiga C & Warren CE. (2018). Measuring mistreatment of women throughout the birthing process: implications for quality of care assessments. <i>Reprod Health Matters</i> , 26(53): 48-61. DOI: 10.1080/09688080.2018.1502018	PUBMED
A36	Maya ET, Adu-Bonsaffoh K, Dako-Gyeke P, Badzi C, Vogel JP & Bohren MA et al. (2018). Women's perspectives of mistreatment during childbirth at health facilities in Ghana: findings from a qualitative study. <i>Reprod Health Matters</i> , 26(53):70-87. DOI: 10.1080/09688080.2018	PUBMED
A37	Chattopadhyay S. (2018). The shifting axes of marginalities: the politics of identities shaping women's experiences during childbirth in Northeast India. <i>Reprod Health Matters</i> , 26(53):62-69. DOI: 10.1080/09688080.2018	PUBMED
A38	Perera D, Lund R, Swahnberg K, Schei B & Infanti JJ. (2018). 'When helpers hurt': women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> , 18(1):211. DOI: 10.1186/s12884-018-1869-z	PUBMED
A39	Hall J, Hundley V, Collins B & Ireland J. (2018). Dignity and respect during pregnancy and childbirth: a survey of the experience of disabled women. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> , 18(1):328. DOI: 10.1186/s12884-018-1950-7	PUBMED
A40	Sen G, Reddy B, Iyer A & Heidari S. Addressing disrespect and abuse during childbirth in facilities. (2018). <i>Reprod Health Matters</i> , 26(53):1-5. DOI: 10.1080/09688080.2018.1509970	PUBMED
A41	Freedman LP, Kujawski SA, Mbuyita S, Kuwawenaruwa A, Kruk ME & Ramsey K et al. (2018). Eye of the beholder? Observation versus self-report in the measurement of disrespect and abuse during facility-based childbirth. <i>Reprod Health Matters</i> , 26(53): 107-22. DOI: 10.1080/09688080.2018	PUBMED

Fonte: Artigos que compuseram o corpus do estudo organizado pelos autores.

Para minimizar qualquer viés de seleção (erro de interpretação dos resultados), dois pesquisadores realizaram a leitura e o preenchimento do instrumento de forma independente, sendo comparados posteriormente. Quanto aos aspectos éticos, foram asseguradas ideias, conceitos e definições de autoria de cada artigo analisado, os quais foram apresentados e referenciados fidedignamente.

3. Resultados e Discussão

A caracterização dos estudos apontou que a maioria apresentou delineamento quantitativo (n=28), tinha origem no continente africano (n=13) e pertencia a área de conhecimento multidisciplinar (n=19) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos 41 artigos analisados. LILACS e PUBMED, 2019.

Variáveis		N
Origem	Continente Africano	13
	Continente Americano	12
	Continente Europeu	09
	Continente Asiático	07
Área	Multidisciplinar	19
	Medicina	12
	Enfermagem	09
	Psicologia	01
Delineamento do Estudo	Quantitativo	28
	Qualitativo	11
	Quali-quantitativo	02

Fonte: Caracterização dos 41 artigos analisados organizado pelos autores.

A análise dos estudos apontou questões relacionadas ao parto e nascimento desde a assistência pré-natal até o parto, incluindo questões que envolvem a violência obstétrica.

Com relação ao pré-natal, estudo que elaborou um jogo educativo para a orientação das gestantes com relação aos seus direitos e boas práticas no processo de parturição, destacou que o material educativo criado utilizando imagens foi o diferencial deste jogo, sendo viável e importante para a orientação e preparo das gestantes (A1). Outra evidência identificada é com relação ao uso da internet pelas mulheres grávidas. O acesso à informação por este meio influenciou em seu processo de tomada de decisão. No entanto, o estudo ressaltou que apesar da importância da internet é o contato presencial com o profissional de saúde que mais as influenciam (A2).

Esses estudos ressaltaram a importância da assistência pré-natal, por meio do contato próximo do profissional com a gestante, além da utilização de outros métodos educativos que facilitem a troca de informações. Esse fato é destacado por estudo realizado em São Paulo (SP, Brasil) que relacionou a proporção dos óbitos fetais e neonatais (nas primeiras horas de vida) com a qualidade da assistência oferecida no ciclo gravídico puerperal para as mulheres (A3).

Diante das evidências, é possível afirmar que as atividades educativas durante o pré-natal constroem um espaço de discussão informal, entre os profissionais da saúde e gestantes e seus acompanhantes, de maneira horizontal, sem que apenas o profissional seja o detentor do saber e possibilite autonomia aos participantes. A linguagem clara e a qualificação profissional são importantes ferramentas nesse momento de acompanhamento pré-natal, que pode ser facilitado pelo uso de materiais educativos (Silva, et al., 2015).

Estudo acerca das expectativas expressas pelas gestantes com relação ao parto mostrou que as expectativas negativas podem ser minimizadas pelos grupos de gestantes. Ainda, o

estudo destacou que a falta de uma assistência pré-natal adequada, que valorize o discurso da mulher e atente para seus medos, ansiedades e expectativas, especialmente para as famílias de baixa renda, onde muitas vezes se enquadram as mães solteiras, contribuiu para uma experiência negativa de parto e nascimento (A4).

O mesmo se observou em estudo realizado na Etiópia. Este mostrou que a preparação para o parto e o conhecimento das suas complicações se mostrou importante para um desfecho favorável do parto. Além disso, as mulheres terem menos anos de estudo, sem companheiro, falta de conhecimento das complicações e de seus sinais e poucas consultas de pré-natal foram identificados como fatores que afetam negativamente esta experiência (A5).

Somado a isso, estudo realizado em área rural do continente africano corroborou com o estudo, ressaltando que o conhecimento dos sinais de complicações obstétricas e preparação para o parto apresentaram índices abaixo do ideal. Destacam a necessidade de qualificar a atenção pré-natal e recomendam a revisão das práticas, promovendo a atuação dos agentes comunitários de saúde na melhoria da eficácia do pré-natal (A6).

Frente ao exposto, destaca-se que o acompanhamento pré-natal deve ser responsável pelo esclarecimento de informações com relação ao parto e nascimento, preparando a mulher e sua família para este momento. Entretanto, estudo aponta que mais da metade das mulheres (52%) não recebem orientações para o parto durante o acompanhamento pré-natal, sendo que destas, 38% são primíparas. As orientações de como vivenciar positivamente o trabalho de parto e a realização de exercícios para a dor neste processo foram escassas. No entanto, estas orientações são necessárias e importantes para o empoderamento da mulher, especialmente para aquelas que vivenciarão este momento pela primeira vez (Gonçalves, et al., 2017).

O pré-natal também é o momento em que o profissional da saúde acompanha a evolução da gestação e conhece os hábitos e costumes das mulheres. Diante disso, estudo realizado na Arábia Saudita identificou que um elevado número de mulheres faz uso de medicamentos à base de plantas durante a gestação e seguiram seu uso durante e após o parto, com a justificativa de melhorar a saúde de maneira geral, facilitar e acelerar o trabalho de parto e prevenir hemorragias. No entanto, poucas delas compartilhavam esse uso com o profissional que estava acompanhando o pré-natal, o que reforça a necessidade de se estabelecer confiança durante este atendimento, incluindo práticas com evidências científicas comprovadas e que não tragam prejuízo para a saúde materna e fetal (A7).

Esse tipo de atendimento pré-natal vai ao encontro de uma cultura atual que não favorece o parto normal, onde as gestantes se questionam sobre sua capacidade de parir e de não ter tolerância à dor. Assim, a gestação, o parto e nascimento que são fenômenos

fisiológicos, sociais e culturais, acabam sendo permeados e influenciados diretamente por fatores psicológicos e emocionais, somada à interferência negativa do profissional (Tostes & Sedl, 2016).

Corroborando com os achados, destaca-se um estudo que investigou o preparo da gestante para o parto durante o pré-natal evidenciou que a maior parte das gestantes que já estava no terceiro trimestre não teve conversas sobre parto na consulta. Esses resultados indicam que o preparo para o parto durante o pré-natal é considerado insuficiente pelas próprias gestantes, relatando ainda insegurança e medo diante do parto e nascimento (Tostes & Sedl, 2016).

Além disso, o pré-natal é o momento de conhecer melhor a gestante e seus costumes, dentre eles o hábito de utilizar plantas medicinais. Diante disso, os estudos ainda são recentes com relação ao perfil químico e farmacológico de uma determinada espécie, por isso a recomendação é de cautela na administração destes produtos, não sendo indicado para as gestantes e lactantes utilizarem sem o conhecimento prévio do profissional da saúde, que deve informar e esclarecer a população sobre o risco do seu uso (Duarte et al., 2017).

É necessário ainda ressaltar a importância do acompanhamento pré-natal às gestantes que possuem alguma comorbidade, como é o caso do HIV. Em estudo realizado em Porto Alegre (RS, Brasil), foram notificados 397 casos em 2002, com maior prevalência na faixa etária adulto jovem (20-35 anos), e concluiu que a assistência pré-natal, assim como o correto preenchimento dos dados das gestantes na ficha de pré-natal, sem omissão das informações, promove a assistência qualificada e a continuidade do acompanhamento a essas mulheres (A8).

Somado a isso, destaca-se a importância do acompanhamento pré-natal às gestantes portadoras do HIV, devido ao risco de transmissão vertical da doença. Apesar dos índices elevados da doença atualmente, ressalta-se uma significativa redução nas taxas de transmissão vertical devido a diversos fatores como: conscientização das gestantes em realizar o pré-natal, no qual ocorrem o aconselhamento e incentivo para a realização do teste de HIV; utilização precoce do tratamento com antirretrovirais; orientação sobre a escolha da via de parto, a qual dependerá das situações obstétricas e/ou da carga viral; orientações no puerpério sobre a não adesão ao aleitamento materno e sobre os cuidados rotineiros, aumentando, assim, as chances da gestante ter um bebê saudável (Lima et al., 2017).

Também se destaca que algumas mulheres não buscam atendimento pré-natal, tendo como justificativa a longa distância do serviço de saúde, o alto custo em locais onde não se tem acesso gratuito e a má qualidade da prestação de serviços na atenção primária à saúde. Assim, estudo da Nigéria reforçou a necessidade de se abordar nesses atendimentos os fatores

limitantes (distância, custos e qualidade dos cuidados), usando abordagens criativas e inovadoras, ampliando o acesso aos serviços e, conseqüentemente, reduzindo a mortalidade materna (A9).

A qualidade da assistência pré-natal também é essencial para que as gestantes o iniciem e deem continuidade. Nesse sentido, alguns fatores contribuem para que essa qualidade seja destacada, onde a partir do momento que as gestantes têm fácil acesso a esses serviços que devem prepará-las para o parto, o puerpério e a amamentação, ela sinte-se protegida, mantendo seu bem-estar físico e emocional, prevenindo complicações mais frequentes da gestação e do puerpério (Andrade, Santos & Duarte, 2019).

Outro estudo realizado na zona rural da Tanzânia também destacou que a má qualidade do atendimento pré-natal contribui para que as gestantes não busquem o serviço de saúde ou não realizem os cuidados indicados, principalmente, quando se trata de primíparas. Os autores concluíram que, neste cenário, os cuidados realizados na atenção primária não estão cumprindo as necessidades obstétricas das mulheres de baixa renda que vivem na área rural, o que repercute na experiência do parto e nascimento (A10).

Além da assistência pré-natal, a assistência prestada durante o trabalho de parto e parto são essenciais para que a mulher e sua família tenham uma vivência positiva do nascimento. Apesar do parto se constituir uma rotina nos hospitais e maternidades, cada mulher deve receber um atendimento diferenciado, pois a visão sobre o que é o parto e a maneira como ele é vivenciado é única. Portanto, o cuidado e o conforto devem ser proporcionados visando a singularidade de cada parturiente (Ferreira et al., 2017).

Quanto ao trabalho de parto, evidencia-se que se trata de uma continuidade ao atendimento pré-natal, a mulher também necessitará de uma atenção individualizada e integral. Uma vez que, para a mulher, o nascimento do filho finaliza as dores do parto e dá início a uma nova fase de sua vida. No entanto, esta experiência de “passagem” acaba não sendo considerada pelos paradigmas médicos, fato ressaltado pelo estudo que objetivou analisar o status da parturiente durante o ritual do trabalho de parto hospitalar, em que é necessário entender que a intervenção técnica e tecnológica no corpo com dor permite a organização da experiência de passagem da parturiente e a ressignificação do corpo com dor para um corpo cuidador, contribuindo para que essa experiência seja positiva (A11).

Deve-se resgatar o parto como evento fisiológico e social, com a presença de uma equipe multidisciplinar, com profissionais humanizados, que proporcionem segurança à mulher para vivenciar este momento, oferecendo suporte emocional à mulher, respeitando sua autonomia, direito de um acompanhante de escolha e garantia de que serão informadas sobre

todos os procedimentos a que serão submetidas. A utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor como banhos, deambulação ativa, técnicas de respiração e relaxamento, massagens, tornam a assistência positiva diante das parturientes, devendo ser algo rotineiro no atendimento prestado ao parto e nascimento (Ferreira et al, 2017).

Nesse contexto, é fundamental que não apenas os profissionais da saúde, mas a sociedade conscientize-se da importância do trabalho de parto, sendo ele, muitas vezes, até mais importante do que a própria via de nascimento. Garantir essa concepção poderá modificar as representações sociais construídas por interesses e que não priorizam o bem-estar do binômio mãe e filho e, respectivamente, da família (A12).

Em consonância com os achados nesta revisão, destaca-se que o medo do trabalho de parto e parto permeia os sentimentos das gestantes ao longo do período gestacional e, principalmente, nas últimas semanas que antecedem o nascimento. Tal experiência representa a iminência da chegada do filho, onde os anseios relacionados à dor, ao tipo de parto e à saúde do filho, estão presentes e interferem de forma significativa no período gestacional (Brito et al, 2015).

Além desse contexto do trabalho de parto, a ocorrência de peregrinação da parturiente nas maternidades demonstra a fragilidade que estes serviços apresentam. Estudo realizado em São Luís (MA, Brasil) identificou que 40% das parturientes foram a pelo menos duas maternidades e o principal motivo foi a não disponibilidade de leito em 60% dos casos. Com isso, destaca-se que a estruturação dos serviços de assistência ao pré-natal e ao parto, o adequado referenciamento e o aumento da cobertura podem contribuir para a redução do sofrimento vivido pelas mulheres e do risco de morbimortalidade materna e neonatal (A13).

Diante disso, quando as mulheres desconhecem as informações sobre o processo de parturição, as condutas de rotina da maternidade e o local onde irá ocorrer seu parto, sentem-se muito ansiosas e com medo dos próximos acontecimentos. Assim, a preparação para o parto aumenta o conhecimento e as competências das grávidas, facilita a escolha de alternativas saudáveis para a vivência do processo de nascimento e a superação de limitações, proporciona menor risco de serem submetidas à cesariana e maior satisfação das mulheres com a experiência de parto e nascimento (Brito et al., 2015).

As práticas realizadas imediatamente ao parto também influenciam nessa experiência, tendo como principal o clampeamento tardio do cordão umbilical. Destaca-se que o efeito positivo de clampear tardiamente o cordão umbilical, nos níveis de hemoglobina das crianças aos três meses de idade reforça a importância dessa prática, permitindo um contato maior da mulher com seu filho imediatamente após o parto (A14).

O contato pele a pele imediato entre mãe e recém-nascido é uma prática que favorece a assistência humanizada, favorece a ligação entre mãe e bebê, garante o sucesso da amamentação e que repercute na saúde da criança. É possível realizar o clampeamento tardio do cordão umbilical, pelo menos um minuto após o nascimento. Com isso, os bebês recebem uma quantidade significativa de sangue que passa da placenta para o bebê (transfusão placentária) e o peso dos bebês aumenta uma média 101 gramas (cerca de 96 ml de sangue). O nível de hemoglobina 48 horas após o nascimento é mais alto e a deficiência de ferro durante a infância é menos frequente (Vain, 2015).

Evidenciou-se também, que a presença de acompanhante da escolha da mulher no momento de trabalho de parto e parto reduzem o medo e a ansiedade, contribuindo para um desfecho positivo dessa experiência, sendo os profissionais da saúde que garantem esse direito nos serviços de saúde (A15). Estudo realizado em Malawi que explorou o medo das mulheres, identificou que durante a gravidez a maioria (41%) relatou medo moderado. Diante disso, o estudo aponta que as gestantes estão mais propensas a experimentar níveis de medo mais elevados e destacou a importância do acompanhamento e da minimização desse sentimento para que durante o trabalho de parto e parto a mulher esteja mais tranquila (A16).

O medo também foi investigado em estudo que comparou as mulheres norueguesas e israelenses, observando que as mulheres norueguesas estavam mais preocupadas em permanecer sem acompanhante durante o trabalho de parto, enquanto que as israelenses estavam mais preocupadas com a saúde do bebê e com o medo da dor. Em Israel, a cultura do nascimento é medicalizada e há uma ênfase em ter “bebês perfeitos”, o que é reflexo desse medo; em contraste, para as mulheres norueguesas, o nascimento é considerado mais natural, justificando o fato delas estarem mais preocupadas com as expectativas emocionais de nascimento (A17).

Para tal, o cuidado humano, integral e individualizado, as expectativas, as necessidades e os direitos das parturientes devem ser considerados. O acompanhamento contínuo dos profissionais durante o processo de nascimento e parto é percebido como sinônimo de atenção, reproduzindo sentimentos positivos como satisfação, tranquilidade, bem-estar e segurança, a fim de evitar a solidão e o medo que esse momento pode gerar (Ferreira et al., 2017).

Na Suécia, estudo realizado com mulheres com medo do parto apontou que a utilização de imagens, cores e pinturas permitiram as mulheres acessarem suas emoções e contribuiu para o processo de minimização desse medo. Com isso, as mulheres melhoraram os níveis de esperança e autoconfiança diante de seu parto iminente, por meio do uso da arteterapia (A18).

Para minimizar esse medo, algumas gestantes e suas famílias procuram pelo atendimento de parteiras, que atuam de maneira mais individualizada e acolhedora. No entanto, a invisibilidade do trabalho das parteiras tradicionais e a falta de regulamentação da profissão limitam a sua atuação, pois a falta de treinamento formal contribui para que se questione a adequação dos cuidados que elas dão às mulheres (Pereira, 2016).

A posição para o parto também pode favorecer a assistência qualificada às parturientes. Com a hospitalização do parto, a posição supina e a proibição de movimentos durante todo o processo de parturição foram padronizadas com a justificativa de que, se a gestante permanecesse em decúbito lateral esquerdo, haveria aumento da perfusão placentária, implicando mais oxigenação fetal. Entretanto, há evidências de que a posição horizontal prejudica a respiração materna, enquanto que a posição verticalizada auxilia a gravidade, reduz a força aplicada pela mulher, quando comparada à posição horizontal e minimiza a compressão dos grandes vasos, contribuindo para a circulação materna e fetal, facilitando a passagem pelo canal de parto (Gomes et al., 2017).

Estudo aponta que a posição vertical é avaliada como uma experiência positiva pelas mulheres, devido a rapidez na descida do feto, menos interferência profissional e maior conforto nos puxos. Além das posições verticais estarem associadas à diminuição da dor pela maioria das mulheres. Ressalta-se, novamente, que o pré-natal é o momento oportuno para informar a gestante sobre a diversidade de posições verticais que poderiam ser escolhidas, tornando todo o processo de gestação, parto e nascimento qualificado, reduzindo a ansiedade e o medo das parturientes nesse momento (Sousa et al., 2018).

Em um ensaio controlado randomizado, uma amostra de mulheres demonstrou que um programa de educação para o parto melhorou as avaliações relacionadas com o parto e a preparação psicológica para esse momento em comparação às atividades educativas rotineiras. Ainda, elas apresentaram maior autoeficácia no parto, melhor consciência corporal, menores sintomas de depressão no pós-parto e uma menor tendência para o uso de analgesia durante o trabalho de parto. Diante disso, este estudo sugere que o preparo psicológico das mulheres para enfrentar o medo e a dor do parto proporcionam benefícios para a saúde mental materna, prevenindo sintomas de depressão (A19).

Outro estudo quase experimental também abordou a questão do medo do parto, em que esse medo esteve associado com a aceitação de intervenções obstétricas. Além das mulheres apresentarem desfechos secundários como ansiedade, depressão, estresse, diminuição da qualidade de vida e de sono, redução da satisfação com o parto e baixa autoeficácia na amamentação (A20). Uma maneira de minimizar a repercussão do medo é o tratamento de

hipnoterapia às mulheres com grave medo do parto, permitindo que em oito sessões adquiram habilidades para lidar com esse sentimento (A21).

Com relação ao atendimento realizado por outros profissionais, tem-se as parteiras que realizam o atendimento ao parto e nascimento em alguns países. As mulheres relataram que o apoio estabelecido por elas é o diferencial em relação aos demais profissionais da saúde, ressaltando como pontos positivos a comunicação, o suporte que elas oferecem por meio de informações atualizadas, o apoio emocional, a interpretação da dor durante o trabalho de parto, os cuidados e apoio durante o parto (A22). Outro estudo também reforçou a importância das parteiras durante o processo de parto e nascimento. Indicou que as mesmas proporcionam às mulheres de baixo risco informações adequadas a respeito do nascimento e do local em que a mulher será atendida (A23).

Com relação a atuação das parteiras, observou-se que o parto realizado por elas segue um ritual que busca uma aproximação com o mundo sagrado, que envolvem desde os momentos de preparação, como rezas, amuletos e proibições. Isso estabelece uma diferença do parto realizado no hospital, no qual predominam as preocupações técnicas, puramente racionais, bem como se percebe uma ruptura com a cadeia de solidariedade presente no parto realizado pela parteira (Pereira, 2016).

Em alguns casos, as mulheres buscam por um atendimento especializado. Verificou-se que custo, escolaridade e número de consultas pré-natais estão associados com a busca de uma parteira qualificada para atendimento no momento do parto. As intervenções destinadas a melhorar o atendimento especializado no parto devem incluir a promoção da educação formal das mulheres e a preparação financeira para o nascimento (A24).

Na Etiópia, estudo que objetivou avaliar conhecimentos e práticas para preparação do parto e complicações do nascimento, evidenciou que existem baixos índices de preparo para o parto e enfrentamento de complicações. Uma vez que as mulheres apresentaram conhecimentos superficiais com relação à temática, busca-se o empoderamento das mesmas por meio de educação em saúde na comunidade. Estas são consideradas estratégias importantes para melhorar a preparação para o parto, com destaque para a realização destas ações durante os cuidados pré-natais (A25).

Em relação a posição materna para o parto, estudo realizou uma comparação entre as posições ajoelhada e sentada, relacionando com a duração da segunda fase do trabalho de parto. O estudo identificou que não houve diferença significativa na duração da segunda fase do trabalho. No entanto, a posição ajoelhada foi associada com uma experiência materna mais favorável e com menor dor em comparação com a posição sentada (A26).

Paralelo aos estudos que abordam o trabalho de parto e o parto, o elevado índice de cesáreas também tem afetado o momento do parto e nascimento. Os incentivos financeiros, a solicitação materna e a falta de regulamentos podem estar contribuindo para o aumento das taxas de cesárea, conforme apontado no estudo realizado na Armênia (A27). Além disso, as mulheres que não realizaram acompanhamento pré-natal apresentaram maiores índices de cesariana (56%). Estudo realizado na Itália destacou que a alta taxa de cesariana está associada com questões multifatoriais, como a falta de conhecimento das operadoras de planos de saúde, às questões legais, o interesse econômico da medicina e o comportamento das mulheres que baseiam suas decisões de parto em poucas informações a respeito do assunto (A28).

Diante desses resultados, constata-se que o elevado número de cesarianas que se precipitam no momento do parto e nascimento. As taxas de incidência de cesárea variam amplamente em todo o mundo, no entanto, verificou-se que em alguns países são significativamente acima da recomendação da OMS de 15% (Nakamo, Ronan & Teixeira, 2017). Evidentemente, esses dados são elevados tendo em vista as lacunas nas orientações referentes ao processo de trabalho de parto, parto e nascimento, sem abordar as alternativas e os riscos que essa prática oferece. No momento do pré-natal, poucas das mulheres recebem orientações precisas que forneceriam segurança no que diz respeito à tomada de decisão quanto à via de parto que deseja para o nascimento de seu filho (Gonçalves et al., 2017).

Em consonância, um estudo realizado na Nigéria indicou que todas as mulheres entrevistadas acreditam que a cesárea é realizada para a segurança da mãe e/ou bebê. Além disso, para elas aceitarem os partos, tipo cesárea, deveriam ter o consentimento do marido ou, até mesmo, eles que deveriam tomar essa decisão. Com isso, a cultura acaba sendo um impedimento para a redução dos índices de cesárea, ficando a mulher como coadjuvante na decisão da via de nascimento do filho (A29).

Outra questão que tem forte influência na decisão da mulher em realizar a cesariana é a segurança da mãe e do bebê. Além das experiências anteriores, a preocupação com os riscos do parto vaginal, os recursos de informação e o plano de saúde; destaca-se ainda, a recomendação para realização de cesariana por parte dos profissionais de saúde sem serem informadas de outras alternativas a esse procedimento cirúrgico. Nesse contexto, é possível identificar que a tomada de decisão das mulheres com seus médicos obstetras a respeito das escolhas de nascimento variou da decisão compartilhada à decisão passiva, conforme o estudo realizado em Taiwan (A30).

Quando é realizado o comparativo da taxa de cesariana entre hospitais públicos e privados, tem-se uma taxa de 92% em hospitais privados, sendo significativamente superior do

que em hospitais públicos (63%) no Irã. Ainda, a condição socioeconômica das mulheres também estava associada com um aumento da taxa de cesárea (A31).

Outro estudo realizado na China evidenciou que as mulheres que preferiram cesariana estavam preocupadas com a gravidez em idade avançada, com a dor do parto e laceração do períneo, queriam um plano melhor de licença maternidade, tinham escolhido a data de nascimento do filho por questões místicas ou porque a cesárea seria uma maneira mais conveniente para o nascimento do filho. Os dados indicaram que muitos fatores afetam a decisão das mulheres com relação ao tipo de parto e que é necessária a elaboração de programas educacionais para as mulheres grávidas, alertando os benefícios, riscos e gravidade dos diferentes modos de nascimento, permitindo que as mulheres sejam ativas na escolha do tipo de parto (A32).

A postura, muitas vezes, autoritarista dos profissionais e o alto interesse econômico da medicina em visar apenas à quantidade e não a qualidade da assistência induz a realização de cesariana e não a uma escolha natural da mulher. Com isso, o medo do parto torna-se um problema de saúde em que as mulheres, por vezes, solicitam uma cesariana por medo e insegurança (Oliveira et al., 2016). O medo de não ser competente para dar à luz e preocupações com o nascimento e a saúde do bebê surgem da insegurança e das suas experiências anteriores ou da de pessoas próximas. As mulheres preocupam-se, também, com sua capacidade em lidar com prováveis problemas obstétricos, ansiedade excessiva ou até por acreditarem que o procedimento cirúrgico é mais seguro (Kottwitz, Gouveia & Gonçalves, 2018).

Ressalta-se que a cesariana pode ser um procedimento cirúrgico relevante quando sua finalidade for salvar vidas em determinadas condições clínicas geradoras de riscos, mas que para isso requer uma avaliação detalhada de um obstetra e acompanhamento periódico da evolução da gestação (Nakano, Bonan & Teixeira, 2017). Essas ações contribuem para que a mulher garanta seu direito em saber do que estes riscos se tratam, bem como dos procedimentos a serem realizados a partir desta identificação (Berhe et al., 2018).

Somado à isso, estudo que relacionou o trabalho da mulher com a intervenção obstétrica, identificou que as mulheres com ocupação tinham maior probabilidade de realizar uma cesariana e sem indicação médica. A relação do emprego com a ausência de tempo para frequentar o atendimento pré-natal conduz a gestante a maiores chances de cesariana, quando comparadas àquelas que não estão trabalhando durante a gravidez (A33).

Associado às práticas inadequadas, tem-se também a falta de autonomia de alguns profissionais e conjunturas globais que evidenciam um modelo altamente medicalizado de

cuidados e, por vezes, baseados em intervenções desnecessárias (Diniz et al., 2015). No entanto, faz-se necessário que a assistência ao parto seja constantemente repensada e, principalmente, estudada e (re)avaliada, uma vez que, qualquer intervenção indevida pode refletir de modo negativo na interação mãe-filho ou em longo prazo na vida da criança e de sua família (Cavalcante et al., 2017).

Outra questão de destaque evidenciada nos estudos e que permeia o processo de nascimento e parto é a violência obstétrica. Estudos indicam que, entre profissionais e parturientes, prevalece a comunicação não terapêutica, imprimindo à assistência obstétrica um perfil de impessoalidade e o exercício de poder do profissional sobre a mulher (A34), existindo uma elevada prevalência de violência na internação, no parto e nos cuidados imediatos após o parto (A35).

Estudo realizado em Gana identificou que os principais tipos de maus tratos sofridos pelas mulheres no momento do parto e nascimento foram: abuso verbal (gritos, insultos e comentários depreciativos), abuso físico (beliscar e bater), abandono e falta de apoio, sendo que estes maus tratos eram experimentados, especialmente, entre adolescentes, com impactos negativos em suas experiências (A36). Experiências de desrespeito e abuso durante o parto são moldadas pelas políticas e pelas práticas diárias, reforçando as relações desiguais na sociedade. Identificar as fontes de desigualdade podem auxiliar na melhoria dos sistemas de saúde, garantindo que a experiência do parto seja mais humana, segura e respeitosa, independente da mulher, da sua identidade social e classe econômica (A37).

Na maioria das intervenções inadequadas, encontra como pano de fundo a violência obstétrica, contribuindo para a desqualificação da assistência, configurando-se como um descuido e afastando a mulher do parto fisiológico. Destaca-se a falta de comunicação e a postura autoritarista frente à gestante/parturiente é o que se vê em diferenciadas regiões que compõem a assistência obstétrica brasileira e que está relacionada com a violência contra a mulher na hora do parto, do nascimento e com intervenções desnecessárias ao recém-nascido (Souza et al., 2016).

A violência obstétrica cruza com sistemas de poder e de opressão ligada ao gênero, as desigualdades sociais, linguísticas e culturais, destacadas no estudo realizado no Sri Lanka. Nos dados desse estudo, as mulheres mais jovens, mais pobres e que não falavam a língua oficial sofreram mais violência obstétrica do que aquelas com melhores condições econômicas e sociais, onde raramente esta violência obstétrica era relatada às autoridades legais ou institucionais, nem dentro de suas redes de apoio social informal. Diante disso, políticas e práticas são necessárias para sensibilizar os profissionais de saúde sobre a existência da

violência obstétrica e as repercussões dela na vida das mulheres e de seus filhos, evitando assim práticas abusivas e discriminatórias (A38).

Mesmo em alguns casos não havendo a violência de maneira evidente, o estudo realizado no Reino Unido com mulheres que apresentavam alguma deficiência, evidenciou que apesar das respostas geralmente serem positivas, pouco mais da metade das mulheres manifestaram a sua insatisfação com os cuidados prestados durante o parto e o nascimento, sendo que 27% delas foram tratadas de forma inadequada devido à sua deficiência. Assim, novamente é reforçada a necessidade de um olhar mais atento e individualizado para todas as mulheres, principalmente, para estas que apresentam alguma deficiência, necessitando de adaptações no atendimento (A39). Como medida de proteção às mulheres, as ações judiciais são importantes, uma vez que as protegem quanto aos direitos humanos no contexto de violência (A40), além da implementação de leis e políticas que garantam uma assistência de qualidade e livre de qualquer traço de violência (A41).

Evidências indicam que a violência surge das práticas diárias e da impessoalidade das equipes, as quais desencadeiam acontecimentos insatisfatórios e, por vezes, inoportunos. Expõem-se ainda que a condição socioeconômica é um fator relevante para estes acontecimentos e que os amparos legais existem, porém, não são executados da maneira como o previsto (Sena & Tesser, 2017).

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelo profissional da saúde, expressando-se por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e da patologização dos processos naturais (Souza et al., 2016). À medida que ferramentas com amparo à mulher vêm se consolidando, a fim de preservar a dignidade (Sena & Tesser, 2017), a violência começa a ser combatida e as mulheres passam a recuperar a sua autonomia e decisão sobre seu corpo, a sua saúde e a de seus filhos. Contudo, faz-se essencial que o processo de trabalho da assistência obstétrica priorize o empoderamento das gestantes/parturientes e que os profissionais promovam mudanças nas práticas diárias, fortaleçam e exerçam os amparos legais propostos pelas políticas e leis. Que a valorização humana seja uma premissa, independente de crenças, condição econômica e social (Pereira et al., 2018).

4. Considerações Finais

A análise dos estudos identificou que vários fatores interferem no processo de parto e nascimento como falhas na atenção pré-natal, a forma como o trabalho de parto e o parto são conduzidos, o elevado número de cesarianas e a vivência de violência obstétrica pelas

mulheres. Com relação ao pré-natal os estudos destacaram as ações de educação em saúde é considerada um elemento essencial para a preparação para o parto. Destacou-se que a utilização de metodologias inovadoras devem ser aliadas ao contato pessoal, formação de vínculo e a valorização das singularidades e integralidade. A participação das gestantes nos grupos facilitam a troca de informações e a valorização do discurso das mulheres, bem como seus sentimentos. Como dificuldades, verificou-se o baixo conhecimento das gestantes em relação a preparação para o parto e os sinais de complicações obstétricas.

Quanto ao processo de parturição, as evidências apontaram que o binômio mãe e filho não têm seu bem-estar priorizado e ainda há peregrinação das parturientes entre as maternidades. Ainda, o elevado índice de cesáreas é um importante fator que ainda afeta o momento do parto e nascimento. Além da violência obstétrica que prevalece a comunicação não terapêutica, imprimindo à assistência obstétrica um perfil de impessoalidade e o exercício de poder do profissional sobre a mulher. O apoio recebido por parteiras foi identificado como um diferencial.

Considera-se como uma importante estratégia a incorporação estratégias gestoras que atinjam as diferentes esperas de atenção à saúde e busquem pela qualificação da assistência obstétrica. Sugere-se a criação de adequado referenciamento das gestantes, o aumento de investimentos à cobertura do parto, contribuindo para a redução do elevado índice de cesáreas e também de violência obstétrica. A incorporação de boas práticas se dará por meio de formação, capacitações que sensibilizem os profissionais para o cuidado humanizado. Acredita-se que as ações de educação em saúde respaldadas na cientificidade e no resgate da valorização do parto e nascimento enquanto evento fisiológico e social, podem tornar-se transformadoras de realidades.

Referências

Andrade UV., Santos JB., Duarte C. (2019). A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS, Campo Grande, MS. *Rev Psicol Saúde*, 11(1):53-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.585>

Berhe AK., Kassa GM., Fekadu GA., Muche AA. (2018). Prevalence of hypertensive disorders of pregnancy in Ethiopia: a systemic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1):34. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1667-7>

Boerma T., Ronsmans C., Melesse DY., Barros AJD., Barros FC., Juan L et al. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392(10155):1341-48. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)

Brasil. (2017). *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida* [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 51 p.: il.

Brito CA., Silva ASS., Cruz RSBLC., Pinto SL. (2015). Percepções de puérperas sobre a preparação para o parto no pré-natal. *Rev Rene*, 16(4):470-8. DOI: 10.15253/2175-6783.2015000400003

Cavalcante MCV., Lamy Filho F., França AKTC., Lamy ZC. (2017). Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. *Cien Saude Colet*, 22(5):1683-93. DOI: 10.1590/1413-81232017225.21722015

Diniz CSG., Salgado HO., Andrezzo HFA., Carvalho PGG., Carvalho PCA., Aguiar CA et al. (2015). Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3):377-84. DOI: <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>

Duarte AFS., Martins ALC., Miguel MD., Miguel OG. (2017). O uso de plantas medicinais durante a gravidez e amamentação. *Visão Acadêmica(Curitiba)*, 18(4):126-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/acd.v18i4.55983>

Ezeome IV., Ezugworie JO., Udealor PC. (2018). Beliefs, perceptions, and views of pregnant women about cesarean section and reproductive decision-making in a specialist health facility in Enugu, Southeast Nigeria. *Niger J Clin Pract*, 21(4):423-8. DOI: 10.4103/njcp.njcp_413_16

Ferreira LS., Santos AF., Bezerra IP., Alves DA., Damasceno SS., Figueiredo ME et al. (2017). Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto: a percepção da mulher. *Rev Cubana Enferm* [citado em 10 mai 2020];33(2). Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1102>

Gomes RPC., Silva RS., Oliveira DCC., Manzo BF., Guimarães GL., Souza KV. (2017). Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. *REME – Rev Min Enferm*, 21:e-1033. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170043>

Gonçalves MF., Teixeira bem., Silva MAS., Corsi NM., Ferrari RAP., Peloso SM et al. (2017). Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*, 38(3):e2016-0063. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>

Kottwitz F., Gouveia HG., Gonçalves AC. (2018). Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. *Esc. Anna Nery*, 22(1):e20170013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0013>

Lima SS., Silva LCS., Santos MV., Martins JP., Oliveira MC., Brasileiro ME. (2017). HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério. *Ciência & Saúde*, 10(1):56-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2017.1.22695>

Nakano AR., Bonan C., Teixeira LA. (2017). O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 27(3):415-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000300003>

Oliveira RR., Melo EC., Novaes ES., Ferracioli PLRV., Mathias TAF. (2016). Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev Esc Enferm USP*, 50(5):733-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600004>

Pereira MS. (2016). Associação das Parteiras Tradicionais do Maranhão: relato da assistência ao parto. *Saúde Soc*, 25(3):589-601. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162542>

Pereira RM., Fonseca GO., Pereira ACCC., Gonçalves GA., Mafra RA. (2018). Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet*, 23(11):3517-24. DOI: [10.1590/1413-812320182311.07832016](https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016)

Sena LM., & Tesser CD. (2017). Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface comun saúde educ*, 21(60):209-20. DOI: [10.1590/1807-57622015.0896](https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896)

Silva AL., Nascimento ER., Coelho, Ed., Nunes, IM. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas. (2015). *Rev Cubana Enferm* [citado em 10 mai 2020];30(1). Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/487>

Souza SRRK., & Gualda DMR. (2016). A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Texto Contexto Enferm*,25(1):e4080014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>

Souza AB., Silva LC., Alves RN., Alarcão ACJ. (2016). Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Ciênc Méd (Campinas)*. 25(3):115-28. <http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3641/2486>

Sousa JL., Silva IP., Gonçalves LRR., Nery IS., Gomes IS., Sousa LFC. (2018). Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto. *Rev baiana enferm*, 32:e27499. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.27499>

Tostes NA., & Seidl EMF. (2016). Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas em Psicologia*, 24(2):681-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-15>

Vain NE. Em tempo: como e quando deve ser feito o clampeamento do cordão umbilical: será que realmente importa? (2015). *Rev Paul Pediatr*, 33(3):258-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.06.001>

World Health Organization (WHO). (2018). Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva.

Whittemore R., & Knafk K. (2005). The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*, 52(5):546-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Greice Machado Pieszak – 50%

Giovana Calcagno Gomes – 25%

Andressa Peripolli Rodrigues – 25%