

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE ENFERMAGEM

Juliana Carlos e Souza

**O processo de tomada de decisão das mulheres brasileiras durante o  
trabalho de parto e o parto: uma revisão de literatura**

FLORIANÓPOLIS

2020

Juliana Carlos e Souza

**O processo de tomada de decisão das mulheres brasileiras durante o trabalho de parto e o parto: uma revisão de literatura**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Luciana Neves da Silva Bampi

Florianópolis

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Souza, Juliana

O processo de tomada de decisão das mulheres  
brasileiras durante o trabalho de parto e o parto : uma  
revisão de literatura / Juliana Souza ; orientadora,  
Luciana Neves da Silva Bampi, 2020.  
83 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências  
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Trabalho de parto. 3. Gestante. 4.  
Tomada de decisão. 5. Autonomia. I. Neves da Silva Bampi,  
Luciana . II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Graduação em Enfermagem. III. Título.

Juliana Carlos e Souza

**O processo de tomada de decisão das mulheres brasileiras durante o trabalho de parto e o parto: revisão de literatura**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Enfermeira e aprovado em sua forma final pelo Curso de Enfermagem.

Florianópolis, 27 de Novembro de 2020.

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Felipa Rafaela Ademagi  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**



---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Neves da Silva Bampi  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas  
Avaliadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristine Moraes Roos  
Avaliadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho a todos as minhas e aos meus antepassados.

## AGRADECIMENTOS

Desenvolver um Trabalho de Conclusão de Curso em meio a uma pandemia foi especialmente desafiador, e sem o apoio das pessoas que fizeram parte deste processo de alguma forma, seria impossível continuar.

Ao meu companheiro, Uilson, pelo suporte incondicional e a calma em todos os momentos, especialmente nos mais difíceis. Tu és o Amor em ação.

À minha família, na figura dos meus pais e irmãos, pela força ancestral, que me ensinaram a resiliência, a persistência e principalmente a importância de ser a primeira de uma família numerosa, a concluir um curso de graduação em 2011 e agora o segundo em 2020.

À minha amiga Bruna, irmã das Águas que a vida me deu.

Agradeço à minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciana Bampi por acolher o tema, e disponibilizar seu conhecimento e paciência nessa longa caminhada.

Às pessoas que lutam pelo direito de gestar, parir e maternar seus filhos de forma respeitosa.

A todas as famílias que vi nascer desde 2014, me permitindo observar o processo grandioso do parto e nascimento.

Às doulas com quem compartilhei as angústias de atuar num sistema tão conservador, e que são parte da minha motivação para seguir em frente.

À Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e todos os servidores e professores que constroem as melhores condições para o desenvolvimento do ensino e da ciência, mesmo em tempos tão desafiadores.

“Quem de nós aqui ainda se permite acreditar que os esforços para retomarmos o futuro podem ser particulares ou individuais? Quem aqui ainda se permite acreditar que a busca pela libertação pode ser incumbência única e exclusiva de uma só raça, ou um só sexo, uma idade, uma religião ou uma classe?” (LORDE, 2019)

## RESUMO

**Introdução:** A parturição é um processo importante na vida da mulher, com grande potencial transformador. Situações de violência obstétrica e desrespeito às escolhas da mulher ainda acontecem no Brasil. O processo de parturição possui incertezas e conflitos decisoriais. Tais incertezas são mais prováveis quando a pessoa é confrontada com decisões envolvendo riscos ou desfechos incertos; quando escolhas de alto-risco com significativo potencial de perdas e de ganhos estão envolvidas. **Objetivo:** Analisar o processo de tomada de decisão da gestante brasileira durante o trabalho de parto e o parto. **Método:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura que seguiu as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA) Para o levantamento dos artigos, a estratégia de busca foi construída por meio de um protocolo. A partir da consulta dos descritores 'parto', 'tomada de decisão/autonomia pessoal/participação do paciente' e 'gestantes', na plataforma descritores em ciências da saúde (DECS), foram obtidos os termos alternativos e sinônimos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. As bases de dados consultadas foram CINAHL, BVS, Lilacs, SciELO, Scopus, Pubmed e *Web of Science*. Os critérios de inclusão foram artigos científicos que contemplassem o tema, publicados em inglês, espanhol e português, disponíveis em texto completo *on line*, ambientados no Brasil, entre 2015 e 2019. Foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin para exame das informações. **Resultados:** Aplicando-se o protocolo de busca, a amostra da literatura revisada no presente estudo foi constituída por 65 artigos científicos. A análise de conteúdo permitiu obter três categorias: Fatores que interferem na tomada de decisão da mulher durante o trabalho de parto e o parto; Plano de parto, documento utilizado pela mulher para a tomada de decisão durante o trabalho de parto e o parto; Processo de tomada de decisão nos cenários de trabalho de parto e de parto. **Discussão:** Observou-se que, os artigos analisados discorrem sobre condutas profissionais, boas práticas e técnicas realizadas no momento do trabalho de parto e parto. Destacaram-se as boas práticas que promovem condições para que as mulheres possam ter seu direito de escolha respeitado, vivendo um processo de tomada de decisão de acordo com seus desejos e valores. Fatores como a ambiência, a implementação de Centros de Parto Normal, o respeito à escolha da mulher com relação ao acompanhante, o incentivo a um pré-natal que informe e prepare a mulher para a parturição, as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, o plano de parto, as condutas respeitadas por parte dos profissionais, além da valorização da enfermagem obstétrica, como especialidade profissional, preparada para a assistência ao parto de risco habitual, mostraram-se favoráveis ao protagonismo feminino. **Conclusão:** Observou-se, contudo, que mesmo com boas práticas já acontecendo pontualmente, a assistência da maior parte das instituições brasileiras está distante das políticas públicas nacionais e das principais diretrizes e orientações nacionais e internacionais, limitando a tomada de decisão da mulher durante o trabalho de parto e o parto.

**Palavras-chave:** Gestantes. Tomada de decisão. Trabalho de parto e parto.



## ABSTRACT

**Introduction:** Parturition is an important process in a woman's life, with great transformative potential. Situations of obstetric violence and disrespect for women's choices still occur in Brazil. The parturition process has uncertainties and decisive conflicts. Such uncertainties are more likely when a person is faced with transactions involving or uncertain outcomes; when high-risk choices with potential for gains and losses are involved. **Objective:** To analyze the decision-making process of Brazilian pregnant women during labor and delivery. **Method:** It is an Integrative Literature Review that followed the recommendations of the Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA) For the survey of articles, the search strategy was built through a protocol. From the consultation of the descriptors 'childbirth', 'decision making / personal autonomy / patient participation' and 'pregnant women', in the health sciences descriptors (DECS) platform, alternative terms and synonyms in Portuguese, English were obtained and Spanish. The databases consulted were CINAHL, BVS, Lilacs, SciELO, Scopus, Pubmed and Web of Science. The inclusion criteria were scientific articles that covered the topic, published in English, Spanish and Portuguese, available in full text online, set in Brazil, between 2015 and 2019. Bardin's Content Analysis was used to examine the information. **Results:** Applying the search protocol, the sample of literature reviewed in the present study consisted of 65 scientific articles. The content analysis allowed to obtain three categories: Factors that interfere in the woman's decision making during labor and delivery; Birth plan, document used by the woman for decision making during labor and delivery; Decision-making process in labor and delivery scenarios. **Discussion:** It was observed that, the articles analyzed discuss professional conduct, good practices and techniques performed during labor and delivery. Good practices that promote conditions for women to have their right to choose respected were highlighted, experiencing a decision-making process according to their wishes and values. Factors such as ambience, the implementation of Normal Childbirth Centers, respect for the woman's choice in relation to the companion, the encouragement of prenatal care that informs and prepares the woman for parturition, non-pharmacological pain relief techniques, the birth plan, the respectful conduct on the part of the professionals, in addition to the valuation of obstetric nursing, as a professional specialty, prepared for assistance in the usual risk of childbirth, were favorable to female protagonism. **Conclusion:** It was observed, however, that even with good practices already happening on time, the assistance of most Brazilian institutions is distant from national public policies and the main national and international guidelines, limiting women's decision-making during labor and childbirth.

**Keywords:** Pregnant. Decision Making. Labor and childbirth.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção de artigos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	35
Figura 2 - Distribuição dos artigos de acordo com os participantes da investigação. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020. ....	43
Figura 3 - Ano de publicação dos artigos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020. ....	44
Figura 4 - Número de publicações conforme Base de Dados. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	44
Figura 5 - Idiomas das publicações consultadas. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	45
Figura 6 - Abordagem metodológica dos artigos analisados. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	45

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Título, autores, base de dados, ano e síntese dos resultados dos artigos analisados. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	36
--	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANVS - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CPN - Centros de Parto Normal

DSR - Direitos Sexuais e Reprodutivos

DUDH - Declaração Universal dos Direitos Humanos

EUA – Estados Unidos da América

MS - Ministério da Saúde

ONGs - Organizações não governamentais

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

RC – Rede Cegonha

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

VO - Violência Obstétrica

WHO - World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1	Objetivos .....	16
<b>1.1.1</b>	<b>Objetivo Geral .....</b>	<b>16</b>
<b>1.1.2</b>	<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
2.1	TRABALHO DE PARTO E PARTO .....	18
2.2	Políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil - Direitos sexuais e reprodutivos .....	19
2.3	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) .....	21
2.4	Políticas públicas de atenção ao parto no Brasil .....	22
2.5	Violência Obstétrica.....	23
2.6	Relação clínica .....	25
<b>2.6.1</b>	<b>Modelos de Relação Clínica .....</b>	<b>27</b>
2.7	Autonomia .....	29
<b>2.7.1</b>	<b>Tomada de decisão .....</b>	<b>30</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>32</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>35</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>47</b>
5.1	Fatores que interferem na tomada de decisão da mulher durante o trabalho de parto e o parto .....	47
<b>5.1.1</b>	<b>Local do parto ou ambiência.....</b>	<b>47</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Assistência e cuidado recebidos .....</b>	<b>49</b>
<b>5.1.3</b>	<b>Relação clínica entre parturiente e profissional de saúde .....</b>	<b>53</b>
5.1.3.1	<i>Enfermeiros Obstetras.....</i>	53
5.1.3.2	<i>Médicos e outros profissionais da saúde.....</i>	57

5.1.3.3	<i>Parteiras tradicionais</i> .....	57
5.1.3.4	<i>Doulas</i> .....	58
5.1.4	<b>Rede de apoio</b> .....	<b>58</b>
5.1.5	<b>Educação para a saúde – sobre gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido</b> .....	<b>59</b>
5.2	Plano de parto - instrumento utilizado pela mulher para a tomada de decisão durante o trabalho de parto e parto.....	61
5.3	Processo de tomada de decisão nos cenários de trabalho de parto e de parto	62
5.3.1	<b>Violência Obstétrica X Humanização do Parto</b> .....	<b>62</b>
5.3.2	<b>Práticas Institucionais X Políticas Públicas do Parto e Nascimento X Direitos</b>	<b>64</b>
6	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>66</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>68</b>
	<b>APÊNDICE A – PROTOCOLO PARA BUSCA SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b> .....	<b>83</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência ao parto e o próprio parto passaram por diversas transformações ao longo da história. De um espaço doméstico e privado, passou a ser realizado em ambientes públicos e hospitalares. De envolver apenas mulheres e parteiras (sendo natural), converteu-se em um ato médico, instrumentalizado e medicalizado. Devido a estas transformações, a mulher parturiente passou de sujeito a objeto, ou seja, um indivíduo que pouco ou nada decide a respeito da forma como o evento é conduzido (VENDRÚSCULO; KRUEL, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2018, recomendou que os profissionais de saúde promovam a autonomia da mulher respeitando seus direitos no processo gravídico-puerperal, e na participação ativa em seus partos (WHO, 2018).

O termo autonomia, de acordo Álvarez (2012), vem do grego *autos* (se mesmo) e *nomos* (lei). Nesse sentido, autonomia é a possibilidade que todo ser humano tem de outorgar suas próprias normas para realização da vida.

Na história ocidental, autonomia teve nada menos que quatro significados diferentes. O primeiro é político: a capacidade das cidades antigas e dos estados modernos implementarem leis. O segundo é metafísico, introduzido por Kant na segunda metade do século XVIII, entendida como uma característica intrínseca dos seres racionais. Oposto a isso é o significado legal, no qual são autônomos os seres que executam ações com a devida informação e competência e sem coerção. Esse último significado é o mais utilizado na bioética, sendo prioritariamente legal em vez de moral. Existe, no entanto, um significado moral adequado para a palavra autonomia, o quarto significado, são atos pós-convencionais (usando a terminologia cunhada por Lawrence Kohlberg), com direção interna (como expressa por David Riesman) e responsáveis (de acordo com Hannah Arendt). O objetivo da ética não pode ser outro senão formar seres humanos capazes de tomar decisões autônomas e responsáveis, porque acham que é seu dever e não por causa de qualquer outra motivação, como conforto, conveniência ou satisfação (GRACIA, 2012).

O princípio da autonomia é considerado o centro da teoria dos princípios, preserva os direitos do paciente no processo de tomada de decisão, desde que esse

disponha de capacidade mental para fazê-lo. O dever do profissional de saúde é garantir que o indivíduo tome decisões autônomas e esclarecidas e, para isso, deve provê-lo de informações claras e imparciais (GARRAFA; MARTORELL e NASCIMENTO, 2016).

A tomada de decisão envolve um processo de reflexão do indivíduo, no qual ele escolhe uma ou mais opções em detrimento de outras possibilidades. Diante da necessidade de escolher surgem incertezas ou conflitos decisoriais. O conflito decisoriais é conceituado como o estado de incerteza sobre o curso que uma ação pode tomar (O'CONNOR, 1995). No ambiente de saúde, esse processo torna-se ainda mais complexo, pois a escolha incerta implica riscos e benefícios para o curso de um tratamento de saúde (MOSQUEDA-DÍAZ; MENDOZA-PARRA; JOFRÉ-ARAVENA, 2014).

O trabalho de parto e o parto mostram-se como um momento naturalmente predisposto a conflitos decisoriais. As escolhas feitas podem impactar na vida da parturiente e do bebê em primeira instância, mas também dos demais membros da família. Fatores externos como ambiência, rede de apoio, cuidado pré-natal, instrumentos utilizados para o processo decisoriais, além da capacitação e da disponibilidade dos profissionais que realizam a assistência estão envolvidos e têm grande influência sob o processo de tomada de decisão da mulher gestante (REIS et al., 2017).

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Analisar, por meio de revisão de literatura, o processo de tomada de decisão da gestante brasileira durante o trabalho de parto e o parto.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Conhecer os fatores que interferem no processo de tomada de decisão da mulher durante o trabalho de parto e o parto;



- b) Verificar se existem e quais são os instrumentos utilizados pela mulher para a tomada de decisão durante o trabalho de parto e o parto;
- c) Compreender como se dá o processo de tomada de decisão durante o trabalho de parto e o parto.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 TRABALHO DE PARTO E PARTO

A parturição é um processo importante na vida da mulher, com grande potencial transformador. O parto, se vivenciado de forma plena, dá abertura à novas experiências, conferindo um período de transição do papel de filha para o de mãe. Neste momento a mulher depara-se com as mudanças que abrangem os planos físico, emocional, mental e social, não podendo ser considerado um evento fora da cultura, pois também, é uma construção social. (VENDRÚSCULO; KRUEL, 2015).

Civilizações antigas encaravam o parto como um rito de passagem. Mulheres nômades isolavam-se para parir seguindo seus instintos. A assistência ao parto teve início quando mulheres, que já tinham experiência com os próprios partos, começaram a ajudar outras a parir (CAVALER *et al.*, 2018).

Na Idade Média, esse contexto modificou-se através da figura do parteiro-sacerdote, representante da Igreja, sendo incorporado aos partos quando requisitado. Neste momento, a Igreja passou a perceber que as parteiras também desempenhavam outros papéis, que representavam perigo diante do que se acreditava. Eram benzedeiros, recitavam palavras mágicas durante o parto com o intuito de aliviar a dor (o que era considerado uma afronta para Igreja, pois acreditava-se que a mulher deveria sofrer com a dor para expiação do pecado original), praticavam aborto, e por vezes infanticídio e abandono infantil. Essas atividades promoveram desconfiança e descrédito, dando abertura para que no século XVI fossem iniciados os processos de regulamentação e controle das parteiras, culminando com a aproximação mais intensa com a medicina nos séculos XVIII e XIX (VENDRÚSCULO; KRUEL, 2015).

Até meados do século XIX, gravidez e parto eram acontecimentos da esfera privada, partilhados por mulheres no espaço doméstico. A medicalização do parto e da gestação transformou tais eventos em objetos do conhecimento e da prática médica. Ou seja, em pouco mais de um século, o parto deixou de ser uma experiência da esfera familiar e íntima, compartilhada entre mulheres, para se tornar

uma prática dominada pela medicina, institucionalizada nos hospitais e regulada por políticas públicas (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

No Brasil, esse processo também se deu, principalmente com a implementação de escolas de medicina e a necessidade de treinar os estudantes que nela se formavam. A implementação do fórceps, o conhecimento das técnicas de assepsia, a anestesia, a hemo e a antibioticoterapia tiveram grande participação na mudança do ambiente domiciliar para o hospitalar. Esses acontecimentos afastaram as parteiras da assistência, introduzindo definitivamente o médico como principal ator da assistência ao parto (CAVALER *et al.*, 2018).

Já em meados do século XX, período pós-guerra, foram ampliados a oferta e o acesso aos serviços públicos de saúde materno-infantil, acompanhados de uma mudança de hábitos da população e das mulheres, que passaram a frequentar os consultórios obstétricos (LEISTER; RIESCO, 2013). Dessa forma, a medida que a hospitalização do parto se consolidou, adotando recursos e procedimentos invasivos, muitas vezes desnecessários, medicalizando o corpo feminino, a autonomia da mulher foi limitada, deixando de ser sujeito do processo de parturição e tonando-se objeto da assistência médica (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL - DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

A discussão sobre os direitos sexuais e reprodutivos (DSR) tem início após II Guerra Mundial com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), 1945, e a formulação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), 1948. No documento o direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto e os DSR foram considerados fundamentais (BRASIL, 2013b).

Na década de 1990, dois eventos deram destaque aos DSR: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Ambas deslocaram o foco do controle da natalidade para reconhecer os DSR como essenciais à saúde. Além disso, houve a definição conceitual da palavra gênero na agenda internacional, empoderando as mulheres e influenciando na transversalidade das políticas públicas nessa perspectiva (ONU MULHERES, 2020).

No contexto nacional, a luta dos movimentos sociais, pesquisadores, Organizações não governamentais (ONGs), gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e agências de cooperação internacional pela cidadania e DSR foi essencial para que houvesse a criação de políticas alinhadas à integridade em relação ao gênero. Nesse prisma, a saúde da mulher não está voltada somente ao biológico e reprodutivo, mas ligada aos DSR (BRASIL, 2011a).

O conceito de DSR pode diferir conforme o referencial teórico-político que está voltado. Orientando-se pelo referencial feminista, direitos reprodutivos apontam para o respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva, enquanto os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. Portanto se relacionam diretamente com dimensões da cidadania e da vida democrática. A saúde reprodutiva é um conceito que diz respeito à autonomia quanto a reprodução e a liberdade de decisão, a partir do acesso à informação segura (BRASIL, 2013b).

É necessário, no entanto, compreender que as desigualdades, as quais as mulheres foram e são submetidas e que produzem agravos à saúde, foram construídas ao longo da história da humanidade em consequência levam tempo para serem modificadas. A organização social, na realidade, reproduz o modelo hegemonicamente patriarcal, ainda dominante, em muitos países do mundo (TELO; WITT, 2018; BRASIL, 2011a). Nesse sentido, a utilização do termo planejamento reprodutivo dá maior ênfase à autonomia da mulher do que o termo planejamento familiar (TELO; WITT, 2018). Outra mudança de enfoque foi abarcar melhoria nas condições de saúde em todo o ciclo de vida, de forma a promover ações em acordo com as características particulares dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estão inseridos (BRASIL, 2011a). Muito embora com as diferentes mudanças, os direitos reprodutivos ainda necessitam de impulsos pela esfera pública. Afinal, assim como as construções sociais, baseadas em uma estrutura patriarcal, levaram séculos para serem construídas, as transformações sociais voltadas aos direitos reprodutivos das mulheres levaram tempo para abarcar comunidades inteiras (BRASIL, 2013b).

### 2.3 PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM) E POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PNAISM)

O Ministério da Saúde (MS), em 1984, elaborou o PAISM, ampliando o olhar sobre a saúde da mulher, que até então era restrito à reprodução e ao cuidado materno-infantil. O documento salientou a atenção integral, tendo como base estudos epidemiológicos, entendendo a educação em saúde como parte da autonomia das mulheres e considerando todos os ciclos de vida dessa população como importantes para a oferta de serviços de saúde. O texto citou ainda o cuidado integral, promoção, proteção e recuperação da saúde, indicando a mudança conceitual proposta (CASSIANO *et al.*, 2014).

O PAISM, escrito na década de 1980, utilizava o termo planejamento familiar para regular a fertilidade e orientava para que fosse ligado à saúde, ao invés de aos problemas sociais e econômicos do País. Em realidade, o programa alertava que fatores socioeconômicos, acesso a bens e serviços, taxa de desemprego, entre outras questões sociais, influenciavam a taxa de fecundidade. Ao desenvolver tal estratégia cabia ao MS tratar da saúde integral da mulher, além de ser responsável pelo reconhecimento do direito ao acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1984; SANTOS; MELO; CRUZ, 2015), princípio fundamental na construção da autonomia (REIS *et al.*, 2017).

Vale salientar que na década de 1960 agências internacionais estavam envolvidas com o financiamento de instituições privadas, no controle da natalidade no Brasil. Por isso o interesse do PAISM em abordar em suas diretrizes o planejamento familiar (BRASIL, 2013b).

A Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988, incluiu a responsabilidade do Estado no que se refere ao fornecimento das condições científicas e educacionais para tornar o planejamento familiar um direito da pessoa humana. Além disso, vedou qualquer instituição pública ou privada de exercer a coerção em relação a ele (BRASIL, 1988).

Em 1996 foi aprovada a Lei 9.263, que versa sobre Planejamento Familiar, incluindo a assistência ao parto entre as ações e atividades básicas e obrigatórias<sup>1</sup> (BRASIL, 1996).

O PAISM enfrentou dificuldades quanto à implementação, a nível político, financeiro e operacional, não tendo conquistado em sua totalidade aquilo que se propunha quando foi elaborado (BRASIL, 2013a; BRASIL 2011).

O MS lançou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A elaboração desse marco regulatório teve a participação de diversos setores da sociedade, entre eles o movimento de mulheres. A inserção dos movimentos sociais foi importante para dar conta da diversidade da população feminina. A doutrina aborda pontos importantes como a melhoria da atenção obstétrica, o abortamento inseguro, as doenças sexualmente transmissíveis, a saúde mental, a saúde das lésbicas, das negras, entre outros (BRASIL, 2011a; BRASIL 2013). Norteada pelo conceito de humanização e pela melhoria da qualidade das ações em saúde, considera a importância de reconhecer e garantir os direitos e a cidadania das mulheres que buscam os serviços de saúde. Ainda constam como objetivos, a ampliação do acesso aos serviços de promoção, de prevenção, de assistência e de recuperação da saúde e a diminuição da morbidade e da mortalidade da população feminina, principalmente pelos agravos evitáveis, destacando-se aqueles ligados ao parto (BRASIL, 2011a).

## 2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO PARTO NO BRASIL

Desde 1996 a OMS recomenda sistematicamente boas práticas no cuidado intraparto de modo a obter experiências positivas de parto e de nascimento (LOPES *et al.*, 2019). As boas práticas sugerem que durante o trabalho de parto e o parto, em gestações de risco habitual<sup>2</sup>, sejam realizadas intervenções quando existir indicação clínica baseada em evidências científicas (OMS, 1996; WHO, 2018).

---

<sup>1</sup> Lei no 9.263 de 12 de Janeiro de 1996 regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

<sup>2</sup> Gestação de risco habitual é aquela em que a mulher e o bebê estão saudáveis e não foram identificados fatores de risco para ambos (WHO, 2018).

No Brasil, foram criadas estratégias para a rede pública e a privada, a partir da mobilização social, de pesquisas, e do envolvimento institucional. A Rede Cegonha (RC) é um exemplo, criada pelo MS<sup>3</sup>, visa adequar os serviços de saúde para alcançar melhores índices de cobertura e de qualidade de acompanhamento ao pré-natal, parto e puerpério, assim como melhorar a assistência à criança (BRASIL, 2017a).

Um dos pontos de melhoria da assistência obstétrica incluído na RC foi a atuação da Enfermeira Obstétrica (EO) nos serviços de saúde. Essa recomendação também está presente nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017a). Nesses documentos, a EO tem importante papel na construção da autonomia das mulheres durante os processos de gestar e de parir, a despeito da ruptura epistemológica necessária para conseguirem atuar nas instituições na direção de uma prática menos intervencionista (REIS *et al.*, 2017; LOPES *et al.*, 2019).

## 2.5 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Uma problemática ligada ao excesso de intervenções obstétricas, muitas vezes desnecessárias, é a violência obstétrica (VO), que atualmente é considerada um problema de saúde pública (OMS, 2014; PALHARINI, 2017). Considera-se VO a imposição de sofrimento desnecessário, dentre eles: proibição da presença de acompanhante (familiares e/ou rede de apoio), imobilização física, privação de água e de alimentos, realização de clister, tricotomia pubiana, intervenções invasivas e/ou desnecessárias, como: episiotomia, uso de fórceps, aceleração do parto por indução medicamentosa, entre outros (RODRIGUES *et al.*, 2015; DINIZ *et al.*, 2016).

Embora o uso do termo seja recente<sup>4</sup>, o abuso praticado por profissionais da saúde durante a assistência ao parto, que já recebeu outras nomenclaturas, é

---

<sup>3</sup> Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, do MS.

<sup>4</sup>Na América Latina, a primeira menção ao termo violência obstétrica como tipificação ocorreu na Venezuela, sendo descrita como:

“Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso, de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres” (TESSER *et al.*, 2015).

antigo. A partir dos anos 2000 os movimentos sociais trabalharam para dar visibilidade e transformar o cenário de desrespeito às mulheres. Tiveram como foco a humanização do parto e do nascimento, apoiado por pesquisadores da área da saúde, ampliando o diálogo com as instituições governamentais (DINIZ *et al.*, 2016; PALHARINI, 2017).

Em comparação com outros países em desenvolvimento, o Brasil tem os piores resultados no que refere as taxas de mortalidade materna, importante indicador na avaliação da qualidade da assistência (MOTTA *et al.*, 2016). Esse dado se relaciona ao fato de que no País, o parto ainda está associado a patologia. O modelo médico, hegemônico, o adotou como prática rotineira, ao invés de procedimento que deveria ser avaliado com base em evidências científicas atualizadas. Diante de um parto com intervenções desnecessárias e focado na dor, a cirurgia cesariana é dada como a opção mais digna para a mulher (MOTTA *et al.*, 2016; PALHARINI, 2017).

A formação médica em obstetrícia tem como requisito a realização de determinado número de procedimentos para avaliação. Isso confere aos estudantes de medicina habilidade técnica e cirúrgica para exercer a profissão (DINIZ *et al.*, 2016). No Brasil, essa prática tem sido realizada nos corpos das mulheres - diferente de outros países que adotam modelos sintéticos e peças específicas -, muitas vezes sem critério e indicação clínica, especialmente no SUS, em hospitais-escola, com a autorização dada por meio de protocolos (PALHARINI, 2016), em mulheres pobres, negras ou pardas (LEAL *et al.*, 2017).

A falta de informação e de orientação durante o pré-natal quanto ao direito de escolher um acompanhante, além da prática de restringir a presença deste durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, adotada em muitas maternidades brasileiras, fere o cumprimento de Lei Federal<sup>5</sup> e recomendações de entidades de proteção à mulher nacionais e internacionais. Tais recomendações se sustentam em evidências que indicam que a presença de um acompanhante possibilita a vivência de um trabalho de parto e um parto menos doloroso, mais privativo, inibindo

---

<sup>5</sup> Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, que versa sobre o direito de toda mulher gestante ser acompanhada por uma pessoa de sua livre escolha, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, na rede pública e privada.



intervenções desnecessárias e violências de diferentes naturezas, respeitando assim o protagonismo da mulher (SANTOS *et al.*, 2018; ZIRR *et al.*, 2019).

Sendo a VO um problema complexo, são necessárias diversas medidas para seu enfrentamento. Nesse sentido, o plano de parto tem sido utilizado como uma ferramenta para informar e orientar a gestante acerca de condutas e de procedimentos no trabalho de parto, parto e pós parto. A construção desse acordo, na forma de documento, deve ser feita durante o pré-natal, de forma que os profissionais da equipe de assistência estabeleçam com a mulher uma prática educativa, dialógica, que a leve à refletir e à construir, de forma consciente e madura, suas escolhas, traduzindo respeito a autonomia da mulher (RODRIGUES, 2017).

O plano de parto se assemelha ao documento de consentimento informado, e tem sido recomendado pela OMS e pelo MS. Nos países desenvolvidos, como Inglaterra e Estados Unidos da América, é utilizado desde a década de 1980, como forma de diminuir a medicalização do parto e do nascimento (RODRIGUES, 2017).

A Andaluzia, Comunidade Autônoma da Espanha, promoveu seu uso disponibilizando um modelo ou incentivando a construção do documento pela mulher (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2017). No Brasil, o acesso a esse instrumento ainda é restrito, estando circunscrito às mulheres das classes econômicas mais altas, necessitando um maior esforço das instituições e dos profissionais de saúde para chegar ao conhecimento e a apropriação das mulheres de todas as classes sociais (RODRIGUES, 2017).

## 2.6 RELAÇÃO CLÍNICA

A partir de Florence Nightingale, a Enfermagem se constituiu enquanto profissão, aperfeiçoando e organizando o cuidado. Desta forma, a ideia que o cuidado em saúde deveria ser praticado por pessoas consideradas “à margem da sociedade” foi se modificando (SALVIANO *et al.*, 2016; TEODOSIO e PADILHA, 2016). Para obter o reconhecimento social, ao longo da história, foram incorporadas práticas e condutas que tinham como parâmetro as práticas e condutas médicas, e

consequentemente a relação clínica entre profissionais e pacientes. Portanto, considera-se importante resgatar a relação clínica baseada na biomedicina (SALVIANO et al., 2016), para compreensão sua influência na prática da Enfermagem que persiste até os dias atuais.

A relação clínica veio se modificando ao longo do tempo. Siegler (2011) estudou a temática e a dividiu em quatro idades. A primeira, chamada, idade paternalista, a segunda, da autonomia do paciente, a terceira, da burocracia médica e a quarta, das decisões compartilhadas entre médico e paciente.

Segundo Lázaro e Gracia (2006), ao longo da história da medicina, a relação médico-paciente foi marcada pela concepção de que o doente era incapaz de tomar suas próprias decisões por estar enfermo, devendo respeitar aquilo que decidia o médico. Esse modelo de relação clínica fez parte da “Idade do paternalismo médico” ou primeira idade da medicina (SIEGLER, 2011), na qual era “considerado um bom paciente aquele que se entregava à prática médica, aceitava seu conselho e desejava melhorar” (SIEGLER, 2011).

Essa relação começou a se modificar com a Revolução Industrial, momento em que se considerou aspectos sociais e psíquicos como parte do processo de saúde-doença. A condição de vida da população foi fortemente questionada pelos movimentos democráticos da época. A perspectiva do paciente como sujeito agente e autônomo, precisou ser incorporada à prática clínica, como resposta às reivindicações constantes. A “Carta de direitos dos pacientes” homologada, em 1973, pela Associação Americana de Hospitais, nos Estados Unidos da América (EUA), foi exemplo desse movimento. Marcou de forma importante e concreta o desejo dos pacientes em participar das decisões a respeito do seu diagnóstico e tratamento (LÁZARO; GRACIA, 2006). Significou colocar em prática o modelo autonomista, que já havia afetado outras áreas da sociedade. Essa foi denominada por Siegler (2011), a “Idade da autonomia do paciente” - ou segunda idade da medicina. Tal modelo foi mais presente nos EUA, Canadá e Europa Ocidental. Nesse momento, nasceu o consentimento informado como um conceito médico e jurídico.

A maior compreensão sobre o desenvolvimento das doenças e o avanço tecnológico, que permitiu o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, também fizeram

parte dessa época. Em consequência disso, a ciência médica tornou-se cara, com custo muito elevado, para maior parte da população.

A terceira idade da medicina foi definida pela presença de organizações que custeavam os tratamentos. Estas eram administradas por burocratas, que visavam a análise de rentabilidade, de eficiência e de contenção de gastos. A qualidade da atenção à saúde não era mais o único objetivo, buscava-se o melhor custo da atenção sanitária para populações inteiras. Nesse cenário, os médicos precisavam atender as necessidades individuais dos pacientes, e ao mesmo tempo atentar para o compromisso com a justiça social (SIEGLER, 2011).

Observando sua prática clínica, Siegler (2011) compreendeu que, o que ocorria com maior frequência era um acordo entre o médico e o paciente. Uma posição intermediária entre o paternalismo médico e a autonomia do paciente - denominada quarta idade da medicina, na qual há espaço para a comunicação, a discussão e a negociação com o objetivo de tomar a melhor decisão. Considera-se que cada médico e paciente tem uma personalidade e forma de agir, além de compreender que a situação clínica e o cenário são importantes no processo de tomada de decisão. Outros aspectos a serem considerados são os problemas, as circunstâncias da relação médico-paciente, e as metas a serem alcançadas. Nesse modelo as decisões são compartilhadas, conferindo um acordo entre médico e paciente, o que gera maior satisfação e confiança dos doentes, quando comparada a outras formas de interação.

Outros autores também deram importantes contribuições acerca do tema. Os debates são delineados pelo conflito entre autonomia e saúde, e também entre valores do médico e valores do paciente (EMANUEL e EMANUEL, 1992).

### **2.6.1 Modelos de Relação Clínica**

Emanuel e Emanuel (1992) afirmaram que existem quatro modelos de relação clínica. No modelo paternalista, visando a boa evolução do estado de saúde do paciente, o médico apresenta as melhores opções, segundo seus valores, para que a intervenção a ser feita seja aquela que considera a mais adequada. Em uma

situação mais extrema, o médico apenas informa suas decisões ao paciente sem discussão prévia.

No modelo informativo, os valores do médico não têm espaço. O papel do profissional é de repassar as informações quanto ao diagnóstico e ao tratamento disponíveis de forma técnica e factual, cabendo ao paciente decidir conforme seus próprios valores (EMANUEL e EMANUEL, 1992).

Além de informar o paciente sobre suas opções, como acontece no modelo informativo, no modelo interpretativo, o médico apoia o paciente identificando seus valores para que este possa tomar as decisões clínicas mais adequadas à sua personalidade. A característica principal do médico se assemelha à de um conselheiro, e o paciente continua tendo autonomia para decidir qual o curso do tratamento, pesando riscos e benefícios com o auxílio do médico (EMANUEL e EMANUEL, 1992).

No quarto modelo, deliberativo, o objetivo inicial do médico é focar na identificação dos valores relacionados à saúde e os que pertencem a outros aspectos da vida do paciente. O profissional ainda oferece as melhores opções relativas ao tratamento, e já conhecendo os valores do paciente, estaria habilitado para indicar o que seria mais adequado em cada caso. Dessa forma, o doente é levado a refletir quais valores relacionados à saúde são mais convenientes àquela situação clínica para então tomar suas decisões. Aqui, o conceito de autonomia do paciente inclui ainda a possibilidade de análise de outras opções não contempladas anteriormente. A relação entre médico e enfermo permite o diálogo, o autodesenvolvimento moral, e a reflexão sobre valores (EMANUEL e EMANUEL, 1992).

Caberia ainda um quinto modelo de relação clínica, para os casos no quais os interesses e os valores do paciente não são examinados tampouco levados em consideração para a tomada de decisão clínica, em favor de algum interesse supostamente mais importante do que a própria saúde do doente, como por exemplo, o desenvolvimento científico. Os casos de Sífilis de Tuskegee<sup>6</sup> e de

---

<sup>6</sup>O caso se refere à pesquisa realizada nos EUA e financiada pelo governo norte-americano em que foi acompanhada a história natural da sífilis em 600 homens negros do Alabama. Desses 399 contraíram a doença. A investigação foi conduzida entre 1932 e 1972. Os homens desconheciam que faziam parte de um grupo de estudo, ou seja, não houve consentimento para a participação na

hepatite na Escola de Willowbrook<sup>7</sup> são exemplos desse quinto modelo, e foram motivo de críticas por parte da sociedade quanto aos aspectos éticos e bioéticos das investigações (EMANUEL e EMANUEL, 1992).

## 2.7 AUTONOMIA

As concepções de autonomia estão relacionadas a forma pela qual os indivíduos veem a si mesmos. Essa visão sofre influência com o contexto histórico e as modificações sociais. Dessa forma, a ideia de autonomia transforma-se na mesma velocidade em que as sociedades humanas mudam econômica e politicamente. Para ilustrar essas transformações, Álvarez (2012) traz alguns exemplos. Sob a perspectiva do mundo ocidental, o homem já foi entendido como um ser cívico a serviço da cidade. Na Idade Média, a relação do homem com a Igreja definia a relação dele com o mundo, tendo como ponto de partida a imperfeição, segundo os pressupostos cristãos. Já a modernidade traz a concepção do homem como ser político, com direitos e deveres (ÁLVAREZ, 2012).

A autonomia está diretamente relacionada ao reconhecimento da liberdade e da capacidade de autodeterminação do ser-humano (ÁLVAREZ, 2012). Ou seja, é pautada pela independência e pela habilidade de governar a si mesmo, sem dominação exterior. Considera-se que a visão a respeito da autonomia, é fruto das sociedades modernas e liberais, com sistema democrático, cunhadas através de revoluções para a conquista de direitos civis e políticos (REINDAL, 1999; ÁLVAREZ, 2012).

A Revolução Francesa foi responsável pela conquista dos direitos civis e políticos, e também pelo entendimento de que a liberdade não é uma condição humana inata e sim algo no campo das possibilidades (ÁLVAREZ, 2012). Essa foi uma época marcada pelo desenvolvimento dos conceitos de liberdades individuais e

---

pesquisa. Além disso na década de 1940 a penicilina, droga que curava a patologia, foi descoberta e esses homens tiveram acesso negado ao medicamento (GRECO; WELSH, 2016).

<sup>7</sup>No caso de Willowbrook (EUA), pesquisadores infectaram propositadamente, com o vírus da hepatite B, cerca de 700 a 800 crianças, de uma instituição para pessoas com deficiência cognitiva, com a permissão de seus pais, porém, sem informar a estes os riscos envolvidos em sua administração. A partir dessa pesquisa, a vacina foi desenvolvida, o que levou o pesquisador e coordenador da equipe, Dr. Saul Krugman a receber prêmios e menções honrosas (HOGEMANN, 2015; PEDROSO, 2019; GRECO; WELSH, 2016).

direito de participação, considerada a 1ª geração de direitos, dentro de um conjunto de três gerações proposto Vasak, em 1979. Definidos como direitos negativos, na medida em que não forçam as pessoas a fazer algo positivo, têm somente o intuito de “evitar o mal”, a exemplo: direito à vida, à igualdade e à liberdade. São subjetivos, inerentes ao ser-humano, independente do estado ou da autoridade (ÁLVAREZ, 2012).

A segunda geração de direitos está relacionada aos direitos econômicos, sociais e culturais também denominados “direitos positivos”. Houve a compreensão da necessidade de ir além da liberdade e da igualdade, pregada na França do século XVIII, e garantir participação na vida política. Nessa época, ao conceito de estado de direito foi adicionado o termo social, ficando mais claras as aspirações dessa nova fase dos direitos, o estado social de direito (ÁLVAREZ, 2012).

A terceira geração de direitos, emergida após a Segunda Guerra Mundial, tem como fio condutor a fraternidade ou a solidariedade e a ideia da convivência pacífica (ÁLVAREZ, 2012). Nesse sentido, diversos fatos históricos deram-se após a guerra, com a reconfiguração econômica, social e cultural do mundo ocidental, novas visões e conceitos foram criados, mesclando às concepções anteriores. O pluralismo é um fenômeno “entendido como uma multiplicidade de manifestações, crenças, ritos, práticas e até normas, que são vistas na sociedade” (ÁLVAREZ, 2012). Esse fenômeno é o entendimento ampliado sobre as diversas perspectivas de vida e não se refere ao relativismo moral<sup>8</sup> (AMADO, 2005).

Igualmente Solbakk (2012) alerta que a diversidade cultural tem respaldo e também limites na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, 2005, artigo 12, em que a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser observados, pois conferem teto ao respeito pelo pluralismo.

### **2.7.1 Tomada de decisão**

A tomada de decisão envolve um processo de reflexão do indivíduo, no qual ele escolhe uma ou mais opções em detrimento de outras possibilidades. Diante da

---

<sup>8</sup>O pluralismo propõe o entendimento de que existem diferentes visões para uma determinada situação, porém são construídos parâmetros mínimos através do diálogo, para o entendimento e um agir ético. No relativismo moral isso não é observado, e “tudo o que é pensado é aceito”, não havendo consensos, direitos mínimos e proteção adequada aos que dela necessitam (AMADO, 2005).

necessidade de escolher surgem incertezas ou conflitos decisoriais. O conflito decisoriaal é conceituado como o estado de incerteza sobre o curso que uma ação pode tomar (O'CONNOR, 1995). Tais incertezas são mais prováveis quando a pessoa é confrontada com decisões envolvendo riscos ou desfechos incertos; quando escolhas de alto-risco com significativo potencial de perdas e de ganhos estão envolvidas; quando há necessidade de compensações selecionando o curso de ação; ou quando um arrependimento antecipado sobre aspectos positivos de opções rejeitadas é provável (O'CONNOR; JACOBSEN; STACEY, 2002).

No ambiente de saúde, esse processo torna-se ainda mais complexo, pois a escolha incerta implica riscos e benefícios para o curso de um tratamento de saúde (MOSQUEDA-DÍAZ; MENDOZA-PARRA; JOFRÉ-ARAVENA, 2014). O'Connor, Jacobsen e Stacey (2002), salientaram que mulheres têm por vezes, a difícil responsabilidade de decidir não somente sobre sua própria saúde, mas também sobre a saúde de outros familiares. O trabalho de parto e o parto, por exemplo, mostram-se como um momento naturalmente predisposto a conflitos decisoriais, em que escolhas feitas podem impactar na vida da mulher parturiente e do bebê em primeira instância, mas também dos demais membros da família.

### 3 MÉTODO

Tratou-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, que seguiu as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA) (MOHER *et al.*, 2009; MOHER *et al.*, 2015).

As revisões integrativas de literatura têm por finalidade condensar de modo sistemático, ordenado e abrangente os resultados de pesquisas sobre um tema ou questão. Integra informações gerais sobre um assunto/problema, constituindo um corpo de conhecimento (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

O pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades: definição de conceitos, revisão de teorias ou de temas ou análise metodológica dos estudos incluídos em um tópico particular. Esse método permite a inclusão simultânea de pesquisas, quase-experimental e experimental, combinando dados de literatura teórica e empírica, proporcionando a compreensão mais completa da temática de interesse. A variedade na composição da amostra da revisão integrativa em conjunção com a multiplicidade de finalidades desse método proporciona como resultado um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou de problemas relativos ao cuidado na saúde (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas: (1) identificação do tema e seleção da hipótese ou da questão de pesquisa, (2) estabelecimento de critérios de inclusão e de exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura, (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, (4) avaliação dos estudos incluídos, (5) interpretação dos resultados e (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A escolha do tema se deu em virtude do envolvimento da pesquisadora com o movimento de humanização do parto, exercendo a atividade de doula há cerca de 10 anos. Nesse período, presenciou diversas situações em que as mulheres eram desrespeitadas em suas decisões, não podendo ter acesso a seus direitos, implicando perda da autonomia. A partir dessa experiência, surgiu a necessidade de pesquisar o que a literatura brasileira tem produzido acerca do tema, surgindo a



questão de pesquisa “Como se dá o processo de tomada de decisão da parturiente brasileira durante o trabalho de parto e o parto?”

Para o levantamento dos artigos, a estratégia de busca foi construída por meio de um protocolo de investigação (Apêndice 1). Contou-se com a assessoria de uma bibliotecária da Biblioteca Universitária (BU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A partir da consulta dos descritores ‘parto’, ‘tomada de decisão/autonomia pessoal/participação do paciente’ e ‘gestantes’, na plataforma descritores em ciências da saúde (DECS), foram obtidos os termos alternativos e sinônimos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. No intuito de acessar os trabalhos mais recentes sobre o tema utilizou-se, no protocolo, o período de 2015 a 2019, constituindo assim, os critérios de inclusão e de exclusão.

A fim de acessar conteúdos diversos e o maior quantitativo de indexação de artigos da área da saúde, as bases de dados consultadas foram *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scopus, *Web of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (Pubmed). Foram realizadas associações dos descritores com os operadores *booleanos AND* e *OR*, com o intuito de refinar a busca e acessar a maior quantidade de artigos sobre o tema.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos que contemplassem o tema, publicados em inglês, espanhol e português, disponíveis em texto completo *on line*, ambientados no Brasil, entre 2015 e 2019. Foram excluídos documentos pertencentes à literatura cinzenta e duplicados.

A Análise de Conteúdo de Bardin (2011) foi utilizada para avaliação dos artigos selecionados. Esta metodologia pode ser utilizada em diferentes discursos e formas de comunicação nas mais diversas áreas de conhecimento. Procura identificar características, estruturas e modelos contidos nas informações. Possui duas funções: heurística, que enriquece a exploração de conteúdos e amplia as possibilidades de novos achados, e de prova, afirmações e questões provisórias são submetidas a confirmação.

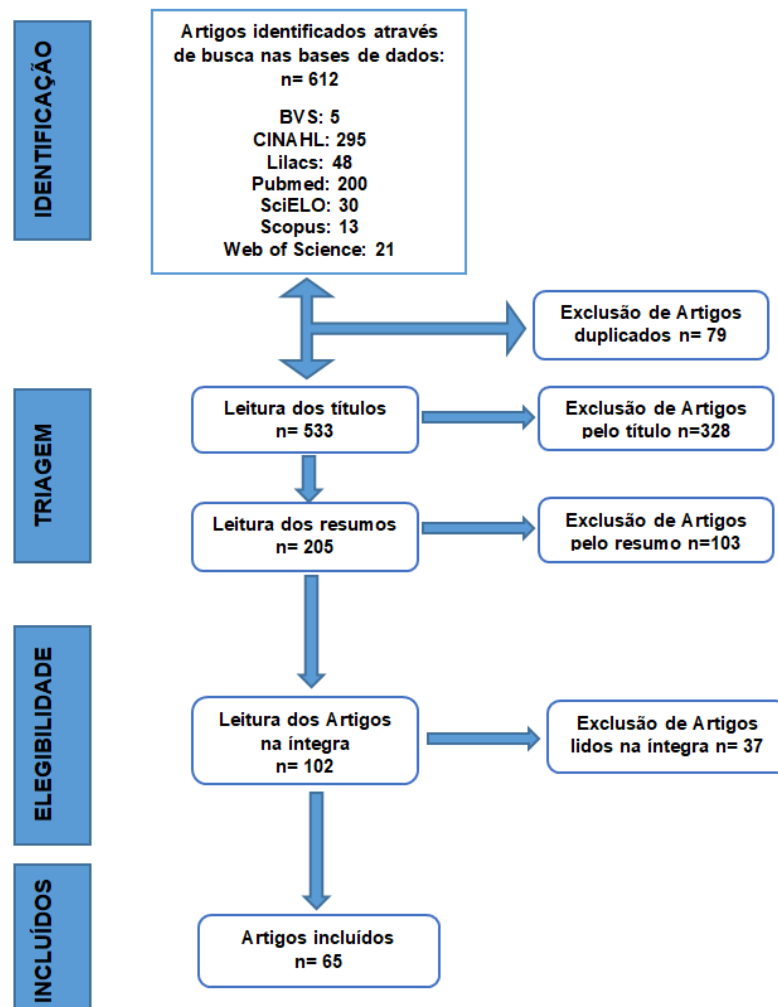
A análise de conteúdo tem por objetivo a categorização dos dados para melhor interpretação dos resultados. Compreende três fases: (1) pré-análise, que

consiste em organizar e sistematizar as ideias iniciais, na presente pesquisa constou da estruturação dos textos selecionados em uma tabela no *Microsoft Excel*, (2) exploração do material, equivale a codificar as informações encontradas, no estudo os artigos foram lidos na íntegra e agrupadas em categorias, (3) tratamento dos resultados por meio de inferência e interpretação, nessa fase o conteúdo nas categorias foi interpretado e confrontado com outras literaturas concernentes a temática.

## 4 RESULTADOS

Aplicando-se o protocolo de busca nas bases de dados, no dia 19 de março de 2020, utilizando-se os critérios de inclusão e de exclusão, obteve-se a amostra de artigos selecionados para a revisão, conforme Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção de artigos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020.



Fonte: adaptado de PRISMA (MOHER *et al.*, 2009)

A amostra da literatura revisada no presente estudo foi constituída por 65 artigos científicos. Destes, 47 foram encontrados na base de dados CINAHL, 10 na Lilacs, 5 na *Web of Science*, 2 na SciELO e 1 na Scopus, como verifica-se no Quadro 1, que

faz uma síntese dos textos avaliados. Destaca-se que dos 65 artigos, 63 foram escritos por profissionais da enfermagem, enfermeiros.

Quadro 1 - Título, autores, base de dados, ano e síntese dos resultados dos artigos analisados. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020.

Nº do artigo	Título do artigo/ Autores	Base de Dados/ Ano	Síntese
1	A violência obstétrica como prática no cuidado na saúde da mulher no processo parturitivo análise reflexiva – (RODRIGUES <i>et al.</i> , 2015)	CINAHL 2015	Foi compreendido que as práticas institucionais tidas como violentas, devem ser repensadas pelos profissionais de saúde para promover a saúde reprodutiva da mulher, implicando uma mudança de pensamento, valores e regras durante o ato de nascimento, e alcançado o seu valor de direito instituído dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos no nascimento para as mulheres.
2	<i>Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman</i> – (NASCIMENTO <i>et al.</i> , 2015)	CINAHL 2015	A escolha do tipo de parto é influenciada por fatores como a família, as experiências prévias de parto, a interação profissional/cliente e as informações da WEB. Destacou-se a importância da educação em saúde desde o pré-natal.
3	<i>Groups of pregnant women: space for promotion of comprehensive care</i> – (MATOS <i>et al.</i> , 2015)	CINAHL 2015	Os grupos de gestante se mostraram um espaço de importante troca de saberes e experiências, para construção do conhecimento sobre o processo de gestação, parto e puerpério.
4	<i>In vaginal and cesarean deliveries, a companion is not allowed in the room: discourses of nurses and technical directors</i> – (BRÜGGEMANN <i>et al.</i> , 2015)	CINAHL 2015	O impedimento do acompanhante pautou-se em ideias preconcebidas de que ele pode interferir negativamente na organização do processo de trabalho.
5	<i>"It was worth it when I saw his face": experiences of primiparous women during natural childbirth</i> – (SCARTON <i>et al.</i> , 2015)	CINAHL 2015	O cuidado prestado pela equipe se reflete na vivência e na forma como a mulher enfrenta os eventos que permeiam o processo parturitivo.
6	<i>Listening to fathers opinion that participated in the birth of his son in a maternity</i> – (SILVA; R. M. <i>et al.</i> , 2015)	CINAHL 2015	Os principais fatores que motivaram homens a acompanhar a parceira foram os vínculos afetivos-conjugais, a curiosidade e o reconhecimento do exercício da paternidade - desde o nascimento - como algo importante para si e para a família.
7	<i>Nursing care and prenatal care: essential strategies to encourage natural birth</i> – (CARVALHO <i>et al.</i> , 2015)	CINAHL 2015	Os enfermeiros buscaram incentivar a gestante para o parto natural. Eles referiram não ter dificuldades para tal abordagem. A dor, no entanto, foi considerada um grande desafio para

		o incentivo a essa modalidade de parto.
8	<i>Obstetric Nurses: contributions to the objectives of the Millennium Development Goals</i> – (REIS <i>et al.</i> , 2015)	CINAHL 2015 Conclui-se que Programa de Residência em Enfermagem possibilita a redução de intervenções obstétricas, refletindo diretamente na melhoria da saúde materna.
9	<i>Obstetric violence within the hospital environment: experience report on inconsistencies and controversies</i> – (SILVA; J. K. da <i>et al.</i> , 2015)	CINAHL 2015 Observaram-se situações de violência obstétrica física, psicológica e institucional, repercutindo em agravos à saúde da mulher.
10	<i>Preference and factors associated with the type of delivery among new mothers in a public maternity hospital</i> – (VALE <i>et al.</i> , 2015)	CINAHL 2015 A preferência pelo parto vaginal foi citada por 58% das mulheres. As principais justificativas foram a recuperação pós-parto rápida, experiência negativa no parto cesáreo e realização pessoal a partir da maternidade. Evidenciou maior ocorrência dessa modalidade de parto em mulheres que tiveram experiências anteriores e orientação prévia.
11	<i>The companion in the obstetrics centre of a university hospital in southern Brazil</i> – (GONÇALVES <i>et al.</i> , 2015)	CINAHL 2015 A instituição cumpriu a determinação legal referente à presença de acompanhante. Entretanto, é necessário sensibilizar os profissionais de saúde quanto à importância desse sujeito no pós-parto imediato, assim como adequar o espaço físico para dar maior conforto a ele.
12	Experiência de parto: percepção das puérperas sobre o parto normal e cesáreo – (RIBEIRO <i>et al.</i> , 2016)	CINAHL 2016 As puérperas revelaram que no parto normal a recuperação é rápida quando comparada ao parto cesariano e que consideraram a cesariana somente nos casos de intercorrências obstétricas.
13	<i>Feelings amongst high-risk pregnant women during induction of labor: a descriptive study</i> – (LIMA <i>et al.</i> , 2016)	CINAHL 2016 As mulheres relataram aceitação, resignação, dor, medo e insatisfação. Sentimentos positivos emergiram em relação ao nascimento do filho, como amor e fé.
14	<i>Feelings experienced by parturients in reason the inclusion of the partner in the parturition process</i> – (MATTOS <i>et al.</i> , 2016a)	CINAHL 2016 A figura do acompanhante para a mulher durante o trabalho e parto e o parto representaram segurança e fortalecimento.
15	Boas práticas em partos domiciliares: perspectiva de mulheres que tiveram experiência de parto em casa – (SANFELICE; SHIMO, 2016)	CINAHL 2016 O parto em casa possibilitou ambiente favorável, liberdade de escolha, suporte emocional e comprometimento da equipe assistencial.
16	Implementação da humanização da assistência ao parto natural – (MOTTA <i>et al.</i> ,	CINAHL 2016 Considerou-se urgente a oferta de recursos disponíveis a parturientes, respeitando a

	2016)	liberdade de escolha destas.
17	<i>Nursing care experienced by women during the child-birth in 2016 the humanization perspective – (SILVA; U. et al., 2016)</i>	CINAHL Revelou a necessidade de reformular a assistência prestada por enfermeiras durante o trabalho de parto, com objetivo de reduzir intervenções desnecessárias e devolver à mulher o seu protagonismo.
18	O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado – 2016 (MATTOS; VANDENBERGHE; ALVES, 2016)	CINAHL Observou-se que os enfermeiros obstetras, que atendem o parto domiciliar, atuam conforme a política de humanização. Carecem, contudo, de apoio legal e de uma via de acesso aos serviços de saúde em caso de necessidade.
19	<i>Obstetric nurses’s perception in assistance to the parturiente – 2016 (OLIVEIRA et al., 2016)</i>	CINAHL Os enfermeiros obstetras demonstraram que exercem papel definido na assistência às parturientes como profissional de suma importância nesse processo.
20	Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar – (SILVA; L. S. et al., 2016)	CINAHL A autonomia no que se refere a posição para parir permite o empoderamento da mulher durante o processo de gestar e parir.
21	<i>Pain of childbirth: women’s perception that had the delivery at home – (MORAES et al., 2016)</i>	CINAHL A dor do parto para mulheres que optaram por parir em domicílio foi desassociada do sofrimento, sendo atribuída a um processo de crescimento.
22	Perfil de atenção ao parto em um hospital público: contribuições da enfermagem – (FERNANDES et al., 2016)	CINAHL Constatou que práticas obsoletas, sem indicação clínica e cesarianas, se sobrepõem ao cuidado baseado em evidências científicas.
23	O empoderamento da mulher no parto domiciliar planejado – 2016 (MATTOS et al., 2016b)	CINAHL Conclui-se que as mulheres e famílias que optam pelo parto domiciliar planejado veem a gestação como evento natural, que faz parte do ciclo da vida, e assumem uma postura questionadora do atual modelo de atenção ao parto e ao nascimento.
24	<i>Care practices in normal birth: residence type formation – 2017 (SANTOS et al., 2017)</i>	CINAHL Demonstrou que enfermeiras residentes realizam práticas obstétricas conforme as recomendações técnicas. Estratégias pedagógicas devem ser estabelecidas para limitar a influência do modelo médico durante a formação destas profissionais.
25	<i>Humanization policy of labor assistance based on rede cegonha implementation: integrative Review – (ALVES et al., 2017)</i>	CINAHL Evidenciou-se desafios relacionados à implementação da Rede Cegonha que interferem na garantia da assistência de qualidade.
26	<i>Institutional obstetric violence in birth: perception of health 2017</i>	CINAHL A grande maioria dos profissionais se mostrou desconhecadora do tema violência obstétrica.

	<i>professionals</i> – (CARDOSO <i>et al.</i> , 2017)		Sugere que a solução do problema está na humanização da assistência.
27	<i>Non-pharmacological management of relief in deliveries assisted by an obstetric nurse</i> – (LEHUGEUR; STRAPASSON; FRONZA, 2017)	CINAHL 2017	Foram identificados a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor: deambulação, banho, massagem, posições variadas, aromaterapia, uso da bola suíça, entre outros.
28	<i>Normal birth assisted by nurse: experience and satisfaction of puerperals</i> – (FREIRE <i>et al.</i> , 2017)	CINAHL 2017	Revelou-se que as puérperas sentem-se bastante satisfeitas com seu processo parturitivo e com a qualidade dos cuidados recebidos das enfermeiras.
29	Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal – (SOARES <i>et al.</i> , 2017)	CINAHL 2017	Constatou satisfação das puérperas com a assistência recebida, sobretudo pelo apoio contínuo de enfermeiras obstetras, uso de tecnologias não invasivas para alívio da dor, estímulo à autonomia e direito à acompanhante.
30	Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura – (REIS <i>et al.</i> , 2016)	CINAHL 2017	Foram evidenciadas práticas que favorecem e limitam o exercício da autonomia feminina. Existe um grande descompasso entre o cotidiano assistencial e as recomendações políticas e legais do País, Brasil.
31	<i>Assistance to women for the humanization of childbirth and birth</i> – (BARROS <i>et al.</i> , 2018)	CINAHL 2018	Concluiu que a humanização como parte integrante da qualidade da assistência, contribuindo para a autonomia da mulher durante o parto.
32	O cuidado na perspectiva singular das parteiras da região amazônica: estudo descritivo – (SCHIFFLER; ABRAHÃO, 2018)	CINAHL 2018	Apontou que as parteiras da região amazônica constroem uma lógica de cuidado centrada na mulher. Uma prática extensiva e criativa, disponível para a vida e o nascer.
33	<i>Contentment of puerperal women assisted by obstetric nurses</i> – (RIBEIRO <i>et al.</i> , 2018b)	CINAHL 2018	As parturientes destacaram como importantes os cuidados para resguardar sua intimidade, o fornecimento de informações e orientações, a importância do acompanhante durante o parto. Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor também foram citados.
34	<i>Experience of the parturient's assistant in the delivery process</i> – (SOUZA <i>et al.</i> , 2018)	CINAHL 2018	Demonstrou que vivência do acompanhante durante o trabalho de parto e o parto influenciou positivamente a vida familiar. É importante que a equipe de saúde o acolha e informe, além de valorizar sua presença.
35	<i>Factors associated with the humanization of care in a public maternity</i> – (INAGAKI <i>et al.</i> , 2018)	CINAHL 2018	Houve associação entre a presença do acompanhante e a liberdade para fazer perguntas; baixa escolaridade e menor informação; parto vaginal e desrespeito por parte dos profissionais; mulheres brancas e presença

		do acompanhante gerando maior satisfação. Para a melhoria da assistência foi sugerido pelas mulheres: ambiência, privacidade, informação, respeito, garantia do acompanhante e desejo pela cirurgia cesariana.
36	<i>Labor and birth in the rural region: obstetric violence</i> – 2018 (SILVA et al., 2018)	CINAHL Ao avaliar as formas de violência obstétrica, foram identificados aspectos da violência obstétrica na região rural brasileira investigada, semelhantes aos dados nacionais, requerendo ações com vistas à sua eliminação.
37	<i>Pharmacological methods in home birth</i> – (ARAÚJO et al., 2018)	CINAHL Os métodos não farmacológicos utilizados no ambiente domiciliar para o alívio da dor, contribuíram para inibição de estímulos dolorosos e promovem o conforto no parto.
38	<i>Non-invasive care technologies: perception of puerperal women</i> 2018 – (PEREIRA et al., 2018)	CINAHL As puérperas relataram satisfação em relação aos cuidados prestados, como alívio da dor, proporcionando bem-estar e diminuindo o tempo de espera durante o trabalho de parto.
39	Parto normal ou cesárea na adolescência: de quem é a decisão? (MATOS et al., 2018)	CINAHL Concluiu-se que mulheres sem conhecimento a respeito do processo de parturição ancoram-se em sentimentos negativos e transferem a decisão sobre o tipo de parto ao saber médico. Quando obtiveram conhecimento, demonstraram voz ativa na tomada de decisão quanto ao tipo de parto que desejavam.
40	Percepção do acompanhante quanto ao seu acolhimento durante o parto – (SANTOS et al., 2018)	CINAHL Os resultados revelaram divergência da percepção dos acompanhantes entrevistados quanto à qualidade dos cuidados oferecidos.
41	<i>Permanent health education as a strengthening of obstetric nursing</i> – (MATTOS et al., 2018)	CINAHL Observou-se que a Educação Permanente em Saúde apresenta-se com o intuito de colocar em prática o que a Rede Cegonha preconiza, seus princípios, objetivos, diretrizes e componentes. Promovendo a autonomia do enfermeiro obstetra em sua práxis e assegurando seu desempenho no cenário de assistência ao parto.
42	<i>The humanization in the assistance to delivery and childbirth</i> – (CORDEIRO et al., 2018)	CINAHL Alguns dos limites relatados para uma prática humanizada foram: estrutura física e acomodações inadequadas, dimensionamento da equipe de enfermagem, recursos materiais insuficientes, superlotação.
43	<i>Educational workshops with pregnant women about good obstetric practices</i> – (SILVA et al., 2019)	CINAHL Foram realizadas oficinas com gestantes, nas Unidades Básicas de Saúde para a elaboração do Plano de Parto. Ressaltou-se a promoção do protagonismo das gestantes.
44	<i>Experiences in women's care: doulas' perception</i> – (LINS et	CINAHL Os relatos demonstraram a importância do trabalho das doulas no período gestacional, parto



	<i>al.</i> , 2019)	2019	e puerpério. Apontam a necessidade de aprofundamento e reconhecimento de alguns eixos formativos para os cursos de formação.
45	<i>Determining factors of nursing care in the parturition process</i> – 2019 (PILER <i>et al.</i> , 2019)	CINAHL	Destaca-se que outros fatores, além das técnicas assistenciais, são determinantes para o cuidado de enfermagem dispensado às mulheres no processo de parto e nascimento. É necessária a sensibilização dos profissionais para o cuidado pautado nas boas práticas.
46	<i>Interdisciplinarity in childbirth care: perception of obstetric nurses</i> – (MENDES <i>et al.</i> , 2019)	CINAHL	2019 Observou-se deficiências na formação acadêmica de todos os entrevistados, o que interfere negativamente nas relações interpessoais e no processo de humanização ao parto.
47	<i>Perception of obstetric nurses before humanized birth</i> – 2019 (VILELA <i>et al.</i> , 2019)	CINAHL	Revelou que os profissionais da enfermagem precisam passar por processos de educação continuada, para que reflitam sobre suas atitudes e ressignifiquem sua prática.
48	A episiotomia na percepção de Lilacs puérperas – (DENGO <i>et al.</i> , 2016 2016)	Lilacs	Inferiu que as mulheres não são informadas e orientadas a respeito da realização da episiotomia, o que leva a uma compreensão errônea sobre esta prática e à limitação do direito de escolha da mulher.
49	O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de Lilacs profissionais de saúde e mulheres – (OLIVEIRA, 2016)	Lilacs	2016 Concluiu-se que para promover a humanização da assistência é necessário pensar em uma micropolítica de trabalho, capaz de ter como meios encontros dialógicos e espaços intercessores para potencializar condutas éticas, comprometidas e resolutivas.
50	Análise da assistência ao binômio mãe-bebê em centro de parto normal – (ROCHA <i>et al.</i> , 2017)	Lilacs	2017 O estudo evidenciou o empoderamento das mulheres pela busca de informações sobre o processo de parir e seus direitos, e reforça a construção de mais Centros de Parto Normal (CPN), valorizando as boas práticas no processo de parturição.
51	Humanização no processo de parto e nascimento implicações do plano de parto – (RODRIGUES, 2017)	Lilacs	2017 Concluiu-se que o plano de parto influencia positivamente no processo de parto. A legitimidade da participação das mulheres precisa ser fortalecida na atenção ao parto e ao nascimento, especialmente, no cuidado durante o pré-natal.
52	Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres – (GOMES <i>et al.</i> , 2017)	Lilacs	2017 Evidenciou-se que cabe aos profissionais de saúde proporcionar informações que contribuam para a tomada de decisão da mulher. Ao adquirir conhecimento e receber estímulo a gestante realizará escolhas informadas e se aproximará de um atendimento qualificado e humanizado.

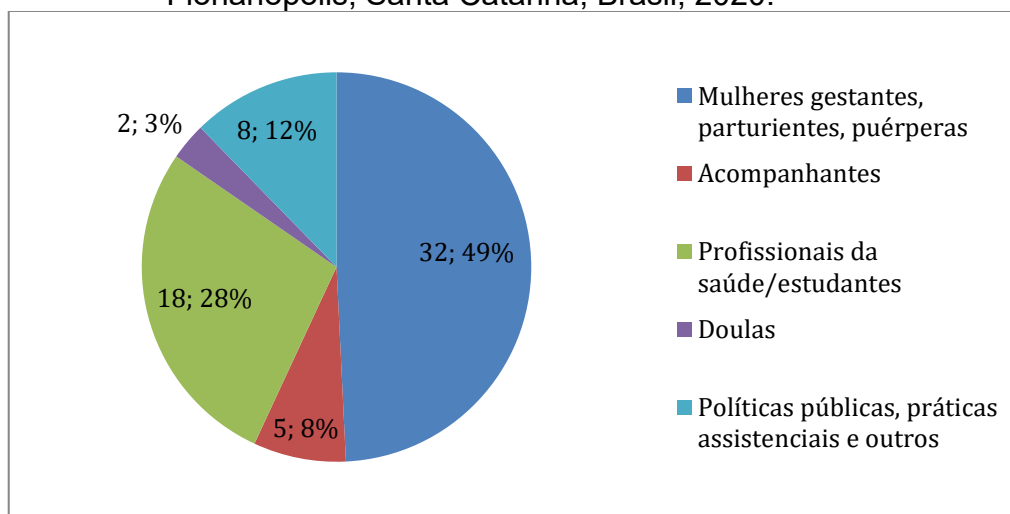
53	Autonomia da mulher no trabalho de parto: contribuições de um grupo de gestantes – (ZIRR <i>et al.</i> , 2019)	Lilacs 2019 Constatou que os grupos de gestantes são ferramentas complementares eficazes e importantes no pré-natal, para a consolidação da autonomia feminina no processo de parturição.
54	Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a conquista do empoderamento da gestante – (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019)	Lilacs 2019 As orientações fornecidas pelos enfermeiros fazem alusão a muitos aspectos da gravidez. Não houve evidências, porém, de que as gestantes se utilizaram dessas informações para fazer escolhas durante do parto.
55	Percepção e ações de doulas no processo de humanização do parto – (GRECIA <i>et al.</i> , 2019)	Lilacs 2019 As ações das doulas convergem para o comprometimento com a humanização das práticas de saúde, respeito a autonomia da mulher. Concluiu-se que é necessário disseminar o conhecimento sobre a atuação das doulas, sensibilizando as equipes.
56	Práticas obstétricas de uma parteira: contribuições para a gestão do cuidado de enfermagem à parturiente – (FABRIZIO <i>et al.</i> , 2019)	Lilacs 2019 Observou que as práticas obstétricas realizadas pela parteira têm potencial para contribuir para a gestão do cuidado de enfermagem à parturiente. Algumas práticas, adotadas nas décadas de 1940 a 1970, necessitam de respaldo científico.
57	Trabalho de parto e o parto: compreensão de mulheres e da solicitude como possibilidade assistencial – (SALIMENA <i>et al.</i> , 2019)	Lilacs 2019 Concluiu que a valorização da equipe de enfermagem e médica não está restrita à execução de tarefas. A mulher sente-se mais bem cuidada quando os profissionais oferecem uma assistência que vê o outro como um ser que tem possibilidades de escolha.
58	Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos – (HERCULANO <i>et al.</i> , 2018)	SCIELO 2018 As doulas tencionaram a delimitação de técnicas/conhecimentos privativos de cada profissão, com o intuito de ratificar a autonomia profissional frente ao surgimento de mais uma figura no cuidado à gestante, sobretudo quando essa personagem, a doula, coloca em xeque práticas tradicionalmente executadas em obstetrícia.
59	Um corte na alma: como parturientes e doulas significam a violência obstétrica que experienciam – (SAMPAIO; TAVARES; HERCULANO, 2019)	SCIELO 2019 Informação e empoderamento, elementos cruciais na pauta da humanização, não foram suficientes para garantir que as mulheres não fossem violentadas.
60	Aspectos que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre o tipo de parto – (MARTINS <i>et al.</i> , 2018)	SCOPUS 2018 O parto vaginal foi apontado como a via de preferência entre as gestantes. A escolha do tipo de parto não foi influenciada por um aspecto apenas, mas por uma série de fatores indissociáveis.
61	Momento de buscar assistência ao parto: narrativas de	Web of Science Inferiu que o processo decisório das mulheres é fundamentado na rede de suporte social e nas

	puérperas – (REIS-QUEIROZ; 2016; HOGA; GONÇALVES, 2016)	orientações recebidas de profissionais de saúde.
62	Parto normal ou cesáreo? Fatores que influenciam na decisão de gestantes pela via de parto – (SOUSA; FURTADO; NISHIDA, 2016)	Web of Science 2016 Muitas mulheres têm dúvidas na escolha da via de parto, algumas escolhem o parto normal pela rápida recuperação. Foram comuns queixas de falta de informação e de apoio de alguns membros da equipe profissional.
63	<i>Every birth is a story: process of choosing the route of delivery</i> – (OLIVEIRA; PENNA, 2018)	Web of Science 2018 Para as parturientes o tipo de parto é determinado pelo médico. Demonstrou-se que as mulheres não são pró-ativas e que a atuação do enfermeiro é tímida.
64	<i>Applying best practices to pregnant women in the obstetric center</i> – (VIEIRA et al., 2019)	Web of Science 2019 Concluiu-se que é necessária a identificação do número adequado de técnicos para a manutenção da qualidade da assistência e a realização de registros de enfermagem de forma mais detalhada e sistematizada.
65	<i>Low light in delivery room: obstetric nursing's experiences</i> – (RODRIGUES; SHIMO, 2019)	Web of Science 2019 Observou-se que a baixa luminosidade pode tornar o parto mais tranquilo e aumentar a atenção ao momento vivido pela mulher e pelo bebê, proporcionando autonomia para a mulher e atendimento humanizado por parte da equipe.

Fonte: documentos da pesquisa, 2020.

A maior parte das investigações analisadas, Figura 2, teve como sujeito a mulher - gestante, parturiente ou puérpera -, seguida por profissionais de saúde, análise de políticas públicas e práticas assistenciais, acompanhantes e doulas.

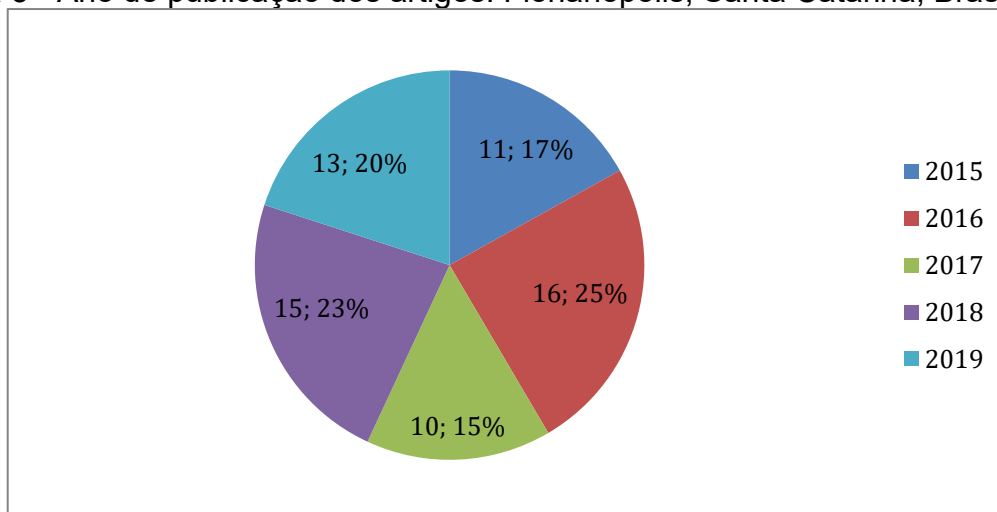
Figura 2 - Distribuição dos artigos de acordo com os participantes da investigação. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020.



Fonte: documentos da pesquisa, 2020.

Como mostra a figura 3, a quantidade de publicações no período pesquisado, dividiu-se de forma equilibrada. Sendo o ano de 2016 o que obteve mais artigos publicados 25% (n=16).

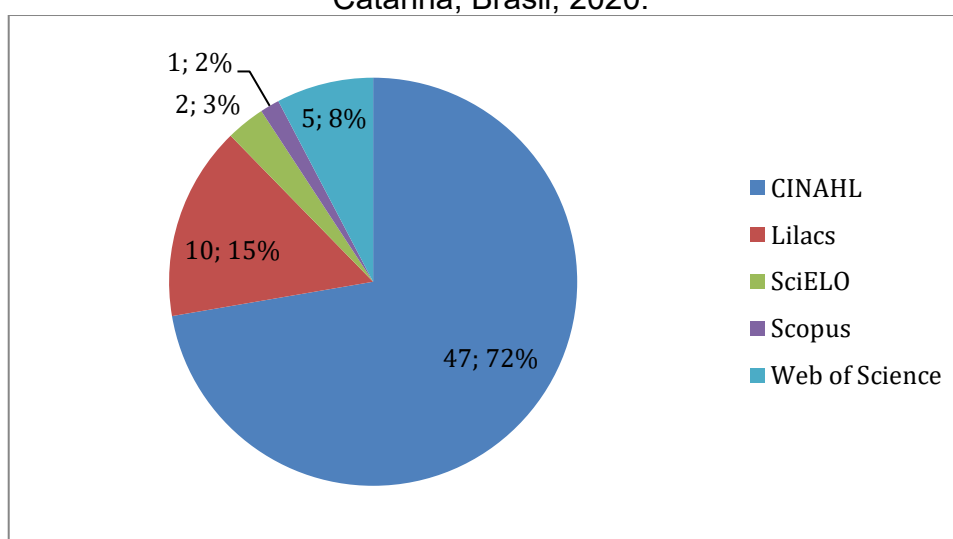
Figura 3 - Ano de publicação dos artigos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020.



Fonte: documentos da pesquisa, 2020.

A base de dados com maior número de publicações selecionadas para análise foi a CINAHL, figura 4, representando 72% (n=47) dos artigos.

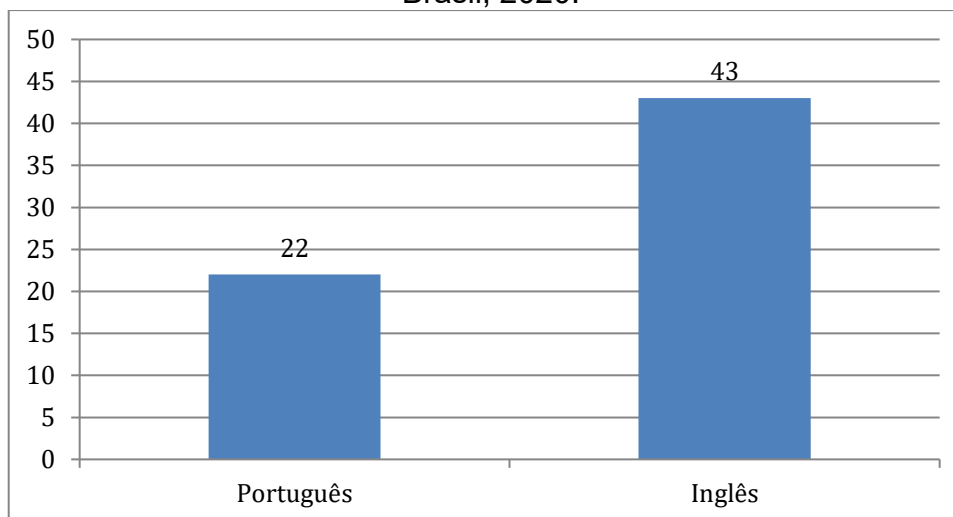
Figura 4 - Número de publicações conforme Base de Dados. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020.



Fonte: documentos da pesquisa, 2020.

A figura 5 demonstra que o inglês foi o idioma mais utilizado nas publicações analisadas, seguido pelo português.

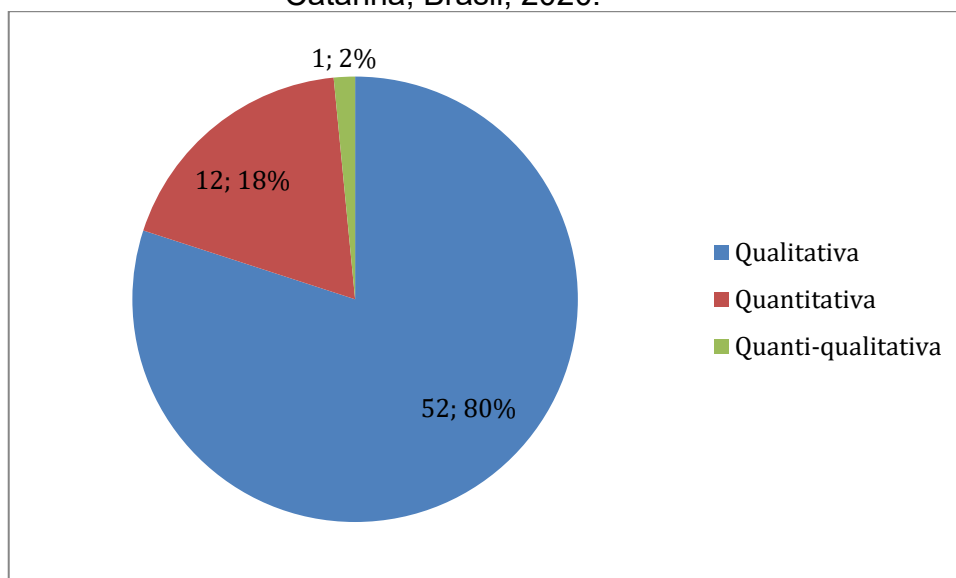
Figura 5 - Idiomas das publicações consultadas. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020.



Fonte: documentos da pesquisa, 2020.

A abordagem qualitativa foi a mais empregada nos estudos analisados, seguida da quantitativa. Apenas um estudo foi classificado como quanti-qualitativo, como mostra a figura 6.

Figura 6 - Abordagem metodológica dos artigos analisados. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020.



Fonte: documentos da pesquisa, 2020.

A análise de conteúdo permitiu obter as seguintes categorias temáticas:

1. Fatores que interferem na tomada de decisão da mulher durante o trabalho de parto e o parto;
2. Plano de parto, documento utilizado pela mulher para a tomada de decisão durante o trabalho de parto e o parto;
3. Processo de tomada de decisão nos cenários de trabalho de parto e de parto.

A categoria 1, Fatores que interferem na tomada de decisão da mulher durante o trabalho de parto e o parto, foi dividida nas subcategorias:

- local do parto ou ambiência;
- assistência e cuidado recebidos;
- relação clínica entre parturiente e profissional de saúde;
- rede de apoio;
- educação para a saúde (sobre gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido).

Já a categoria 3, Processo de tomada de decisão nos cenários de trabalho de parto e de parto, foi fragmentada nas subcategorias:

- violência obstétrica X humanização da assistência;
- práticas institucionais X Políticas Públicas do Parto e Nascimento X direitos.

## 5 DISCUSSÃO

Observou-se que os artigos analisados discorrem sobre condutas profissionais, boas práticas e técnicas realizadas no momento do trabalho de parto e parto.

### 5.1 FATORES QUE INTERFEREM NA TOMADA DE DECISÃO DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO E O PARTO

Os fatores que interferem na tomada de decisão da mulher durante o trabalho de parto e parto, foram abordados em diversos artigos (INAGAKI *et al.*, 2018; SILVA; U. *et al.*, 2016; RODRIGUES e SHIMO, 2019; NASCIMENTO *et al.*, 2016; SOARES *et al.*, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*, 2017; MATTOS *et al.*, 2016b; SANFELICE e SHIMO, 2016; REIS *et al.*, 2015; LEHUGEUR; STRAPASSON; FRONZA, 2017; MARTINS *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2016; MATOS *et al.*, 2018). Foram divididos em subcategorias para melhor entendimento.

#### 5.1.1 Local do parto ou ambiência

O conceito de ambiência no trabalho de parto e no parto é considerado relativamente novo, apesar de estar empregado em artigos científicos e documentos ministeriais do Brasil (DIAS *et al.*, 2019). Relaciona-se ao protagonismo da mulher, melhoria dos serviços de saúde e atenção humanizada, compreendendo o espaço físico-funcional, social/profissional e as relações interpessoais (DIAS *et al.*, 2019).

Quando o ambiente está de acordo com as recomendações e as normas nacionais e internacionais, outorga à mulher meios para que a fisiologia do parto se estabeleça de forma eficaz, possibilitando a adoção de posições favoráveis ao parto vertical, livre movimentação, ambiente silencioso e baixa luminosidade (SILVA; U. *et al.*, 2016; RODRIGUES e SHIMO, 2019). A ambiência foi um dos fatores que interferiram negativamente na tomada de decisão das mulheres que vivenciaram o trabalho de parto e o parto, em ambiente hospitalar, nas maternidades públicas brasileiras (INAGAKI *et al.*, 2018). As instituições foram descritas como espaços físicos desprovidos de privacidade, de tranquilidade e de segurança, aspectos

considerados necessários para uma boa experiência de parturição (INAGAKI *et al.*, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2016; SOARES *et al.*, 2017).

Esses dados refletem a realidade obstétrica do Brasil, que necessita de maiores esforços na adequação e no diálogo com as principais diretrizes e orientações internacionais e nacionais que relacionam a ambiência com o protagonismo da mulher durante o trabalho de parto e o parto (INAGAKI *et al.*, 2018). Como exemplo as diretrizes mais recentes da WHO (2018) e do MS (BRASIL, 2017a). Evidencia-se ainda, que uma das ações da Rede Cegonha (RC) para mudar o modelo obstétrico brasileiro, é a “adequação da ambiência dos serviços de saúde que realizem partos” (BRASIL, 2013a), o que não ocorre na maior parte dos serviços pesquisados a despeito das evidências favoráveis.

Por outro lado, quando o trabalho de parto e o parto ocorreram em ambiente domiciliar ou em centros de parto normal (CPNs), as mulheres referiram segurança e conforto (SOARES *et al.*, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*, 2017), principalmente em locais que permitiam acompanhantes (SOARES *et al.*, 2017). Além disso, o ambiente domiciliar foi referido como seguro, quando escolhido para o parto domiciliar planejado (NASCIMENTO *et al.*, 2016; MATTOS *et al.*, 2016b). Os profissionais e parturientes consideraram que este ambiente tem estrutura favorável e permite maior poder de escolha e de decisão (SANFELICE e SHIMO, 2016). Dessa forma, vivenciar o trabalho de parto no ambiente domiciliar permite um maior controle do meio pela mulher, assim como pelos profissionais e familiares (NASCIMENTO *et al.*, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2018).

Estudos têm apontado para os benefícios do trabalho de parto e parto em ambientes extra-hospitalar (VICO, 2017; SOARES *et al.*, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*, 2017), como exemplo a maior satisfação materna. Com isso, deveriam estar disponíveis no sistema público de saúde como opções de um processo de parturição mais respeitoso, no qual a capacidade da mulher em tomar decisões a respeito de si e do recém-nascido, tendem a ser promovidas e valorizadas (REIS *et al.*, 2017; DIAS *et al.*, 2019). A produção científica a respeito dos benefícios desse modelo de assistência já seria suficiente para apoiar sua implantação – pois política nacional para tal já existe no Brasil, a exemplo da RC -, porém é preciso considerar que são impeditivos importantes a se considerar nessa



discussão, a força política das estruturas hospitalares, além dos interesses econômicos envolvidos numa possível mudança (VICO, 2017).

### **5.1.2 Assistência e cuidado recebidos**

A assistência recebida pela mulher durante o trabalho de parto e o parto, pode ser entendida de duas formas. Uma, de acordo com as boas práticas, propostas pelas políticas públicas de atenção ao parto e nascimento (VIEIRA *et al.*, 2019; RODRIGUES *et al.*, 2015), e a outra, composta por intervenções desnecessárias, sem indicação clínica e que se distanciam das evidências científicas (RODRIGUES *et al.*, 2015), e inibem o exercício da autonomia das mulheres (RODRIGUES *et al.*, 2015; REIS *et al.*, 2015).

No Brasil, o modelo biotecnologista predomina sobre o modelo humanizado de assistência, produto de profissionais formados em instituições com currículos que privilegiam a técnica em relação ao cuidado (DINIZ *et al.*, 2016). Além disso, as práticas institucionais engessadas impedem a quebra de paradigmas e conseqüentemente a adoção de novos conceitos que contribuam para uma assistência democrática, respeitosa e que promova e garanta direitos já adquiridos (VELHO *et al.*, 2019).

Dentre as más práticas citadas nos artigos selecionados constam: o impedimento da presença de um acompanhante escolhido pela mulher, a proibição da movimentação durante o trabalho de parto e o parto, o desrespeito, a impessoalidade, o abandono, a negligência, a repressão, a humilhação intencional, a falta de orientação, a banalização da dor, a restrição hídrica e alimentar (RODRIGUES *et al.*, 2015; REIS *et al.*, 2015). Essas práticas revelam violações a que as mulheres são submetidas durante o processo parturitivo, interferindo negativamente no exercício de sua autonomia, uma vez que negam direitos, limitam o acesso à informação, coagindo-as a tomar decisões equivocadas que favorecem as condutas profissionais.

A episiotomia, a manobra de Kristeller, o acesso venoso, a infusão de ocitocina rotineira, os toques vaginais e as cirurgias cesarianas sem indicação clínica são procedimentos invasivos, que muitas vezes não são adequadamente abordados

no processo decisório no trabalho de parto e no parto (SILVA; J. K. da *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2015; REIS *et al.*, 2017). Tais procedimentos geralmente são realizados com a intenção de diminuir o tempo do trabalho de parto em mulheres classificadas como risco habitual, não possuindo respaldo em evidências científicas atualizadas e levando a mulher a vivenciar o parto de maneira negativa (LEAL *et al.*, 2014). Essas condutas profissionais e procedimentos sem indicação clínica desrespeitam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (RODRIGUES *et al.*, 2015).

A episiotomia não é sustentada por evidências científicas como um procedimento a ser utilizado para acelerar o trabalho de parto, ou com argumento de reduzir o trauma perineal grave, não sendo demonstrado benefício de seu uso para a mãe ou para o bebê (JIANG *et al.*, 2017). A manobra de Kristeller – pressão manual no fundo do útero - também não é recomendada pelas evidências científicas mais atuais (LEAL *et al.*, 2019). Não encurta o segundo estágio do trabalho de parto, além de potencializar riscos (SOUSA *et al.*, 2016). Tais procedimentos aumentam a percepção dolorosa da mulher, associando o parto vaginal a uma assistência desumanizada e desrespeitosa, o que reitera a ideia de que o processo de parturição é um evento necessariamente doloroso e coloca a mulher numa posição impotente. Dessa forma, com a intenção de evitar que essa situação se repita em uma próxima gestação, a mulher elege a cesariana ainda que sua condição clínica seja classificada como risco habitual (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

O toque vaginal é recomendado a cada quatro horas em partos de risco habitual (WHO, 2018). Avaliar a progressão do trabalho de parto com toques vaginais repetidos, realizados por muitos profissionais, além de não ser efetivo, é invasivo, limita a movimentação, aumenta a percepção dolorosa, violando a dignidade e a privacidade (DINIZ *et al.*, 2016; KOPERECK *et al.*, 2018), além de aumentar o risco de infecção (BRASIL, 2017b).

A infusão de ocitocina é um recurso a ser utilizado de forma racional, quando bem indicada corrige alterações na progressão do trabalho de parto (SOUSA *et al.*, 2019). Possui riscos e benefícios para a mulher e o bebê, que devem ser avaliados e monitorados (SOUSA *et al.*, 2019). Ademais, seu mecanismo de funcionamento - que aumenta a intensidade e a frequência das contrações -, deve ser explicado à

mulher, para que não se torne uma imposição e sim um processo de escolha informado.

Por outro lado, as boas práticas, de acordo com mulheres e alguns profissionais, são atitudes como o estímulo à autonomia, o respeito, o apoio contínuo, a empatia, o estímulo à liberdade para escolher a posição para o parto, a não realização de intervenções desnecessárias, o direito à presença de um acompanhante, o tratamento individualizado, o respeito à privacidade e a oferta de informações e orientações (SOARES *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2015).

As condutas profissionais consideradas favoráveis ao processo de tomada de decisão da mulher durante o trabalho de parto foram o controle adequado de sintomas como a dor e o sangramento, o uso de tecnologias não invasivas para o alívio da dor (banho de aspersão, massagem, bola suíça, técnicas de respiração, aromaterapia, musicoterapia e acupuntura) (SOARES *et al.*, 2017, INAGAKI *et al.*, 2018; LEHUGEUR; STRAPASSON; FRONZA, 2017). Essas técnicas, condutas e procedimentos, promovem condições para que a fisiologia do trabalho de parto e do parto se estabeleçam (VILELA *et al.*, 2019), além de preservar a autonomia e os direitos da parturiente, dando-lhe condições de escolha e de participação (LEHUGEUR; STRAPASSON; FRONZA, 2017). Todas essas atitudes e condutas, apoiam-se nas mais recentes recomendações da WHO (2018) para uma experiência de parto positiva. Requerem a presença de profissionais qualificados, dispostos a exercer a escuta ativa. Todas essas habilidades mostraram-se essenciais para que as mulheres se sintam respeitadas, suas demandas sejam levadas em consideração, tornando-as sujeito central do processo de tomada de decisão na parturição (ESCOBAL *et al.*, 2018).

Experiências prévias vividas pelas mulheres, vivências em seu círculo social, no que se refere a qualidade do cuidado ofertado, são fortes influências na tomada de decisão sobre a escolha da via de parto (RIBEIRO *et al.*, 2016; JUNQUEIRA, 2016; REIS-QUEIROZ; HOGA; GONÇALVES, 2016). Quando vivenciaram momentos negativos em gestações anteriores, foram submetidas a cesarianas ou tiveram um pré-natal deficiente no que concerne a informação e a orientação (VALE *et al.*, 2015), ou ainda experimentaram situações traumáticas no ambiente hospitalar ou ouviram relatos negativos de outras mulheres a tendência à escolha da cesariana

é maior (NASCIMENTO *et al.*, 2016). Por outro lado, mulheres múltiparas que vivenciaram o pré-natal e a parturição de forma positiva, tendem a escolher a mesma via de parto na próxima gestação (MARTINS *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2016).

No início da gestação, quando perguntadas sobre a preferência da via de parto, a maioria das mulheres refere desejar a vaginal (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018). Ao final da gravidez, no entanto, isso muda e a cesariana passa a ser a via mais desejada (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018). Essa constatação revela que o cuidado e a assistência prestados durante o pré-natal não favorecem o parto vaginal, ainda que o binômio mulher/bebê não tenha contraindicações para tal (MARTINS *et al.*, 2018). São necessários investimentos em melhoria do pré-natal e das orientações sobre vias de parto, assim como redução das desigualdades regionais com relação ao acesso, e qualidade do cuidado (GUIMARÃES *et al.*, 2018), que frequentemente não se ocupa em promover o protagonismo feminino.

As representações sociais sobre o parto no meio social onde vivem também influencia o processo decisório durante o acontecimento. Informações de boa ou baixa qualidade, repassadas pelos profissionais de saúde, orientam a mulher para o protagonismo ou a passividade durante o trabalho de parto e o parto (MATOS *et al.*, 2018).

No Brasil, o índice de cesarianas deveria estar entre 25 e 30%, respeitando as características da população brasileira. Porém está em torno de 56%, variando entre 40% em maternidades públicas e 85% em maternidades privadas (MS, 2015). Importante destacar que o procedimento é capaz de salvar vidas, de mulheres e de bebês, quando bem indicado, ou seja, em situações em que o parto normal não pode ser elegido pela condição de alto risco ou por indicação intraparto (ACOG, 2014).

Algumas condições materno-fetais constituem indicações reais de cesárea, como a placenta prévia e a ruptura uterina (ACOG, 2014). Deve-se, no entanto, ponderar as repercussões maternas e fetais, quando comparada ao parto vaginal (MS, 2015; ACOG, 2014). A cesariana programada está relacionada a maior mortalidade materna, a histerectomia pós-parto, a trombose venosa profunda, ao

choque cardiogênico e ao maior tempo de internação hospitalar (MS, 2015). Esse procedimento também pode implicar complicações neonatais e maior chance de internação em unidade de tratamento intensivo neonatal (MS, 2015).

Pesquisa realizada em sete maternidades públicas do Estado de Minas Gerais, com 36 mulheres participantes, 17 responderam que quem escolheu a via de parto foi o médico, 18 revelaram ter participado do processo decisório e 1 disse ter elegido a enfermeira para a escolha. Concluiu-se que o processo decisório a respeito da via de parto, está relacionado aos profissionais de saúde, crenças e fé, muitas vezes contrariando o desejo e até mesmo o que diz o plano de parto construído anteriormente pela mulher (OLIVEIRA, 2016). Fatos que corroboram a importância de uma formação profissional que ultrapasse aspectos técnicos e privilegie a ética, preparando profissionais para relações clínicas mais deliberativas, no sentido da emancipação<sup>9</sup> (OLIVEIRA e PENNA, 2017).

### **5.1.3 Relação clínica entre parturiente e profissional de saúde**

Nessa subcategoria abordam-se as relações entre a parturiente e os profissionais que prestam assistência a ela durante o período de trabalho de parto e parto. Os profissionais de enfermagem foram os mais citados no que se refere a uma relação mais dialógica com as parturientes (JUNQUEIRA, 2016; FREIRE *et al.*, 2017; ALVES *et al.*, 2017; LEHUGEUR, STRAPASSON, FRONZA; 2017; SANTOS *et al.*, 2017; REIS *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2018b).

#### **5.1.3.1 Enfermeiros Obstetras**

A análise dos artigos revisados demonstrou que a assistência às mulheres em trabalho de parto e parto no Brasil ainda segue majoritariamente o modelo biomédico, hospitalocêntrico (SILVA; U. *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2015; BARROS *et al.*, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2018; SANTOS *et*

---

<sup>9</sup> A emancipação é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento (BRASIL, 2013c).

*al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2016; INAGAKI *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2016; PILER *et al.*, 2019; RODRIGUES *et al.*, 2015; RODRIGUES, 2017; SALIMENA *et al.*, 2019; SOUSA; FURTAD; NISHIDA, 2016; MARTINS *et al.*, 2018; SAMPAIO; TAVARES; HERCULANO, 2019; ROMANO *et al.*, 2019). Desde 1996, as recomendações da OMS incentivam que gestantes classificadas como de risco habitual recebam assistência de enfermeiras obstetras. Essas profissionais apoiam a autonomia das mulheres (FREIRE *et al.*, 2017; ALVES *et al.*, 2017; LEHUGEUR, STRAPASSON, FRONZA; 2017). Em países desenvolvidos como Holanda e Inglaterra, os profissionais não-médicos são os que prioritariamente estão envolvidos na assistência às mulheres saudáveis no processo de parturição (REIS *et al.*, 2015).

As enfermeiras obstétricas, assim como as residentes da área, durante o parto normal baseiam suas práticas assistenciais nas recomendações da OMS, destacando o incentivo a presença do acompanhante, o uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, as posições verticalizadas e as baixas taxas de episiotomia (SANTOS *et al.*, 2017). Esse conjunto de práticas, caracteriza qualificação profissional no que se refere ao preconizado pelas políticas de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) e da OMS, além de contribuir para a mudança de modelo assistencial obstétrico (SANTOS *et al.*, 2017). A formação das enfermeiras, no entanto, necessita de constante revisão e reflexão, para que a assistência prestada esteja de acordo com o que deve ser dispensado as mulheres, evitando intervenções desnecessárias, como a episiotomia, que continua sendo praticada nos hospitais (SANTOS *et al.*, 2017).

A assistência, menos intervencionista, favorece o resgate do protagonismo da mulher durante o trabalho de parto e o parto. A exemplo da redução das internações precoces, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, liberdade para a escolha da posição no período expulsivo, destacando a relação mais adequada entre os profissionais e as parturientes (REIS *et al.*, 2015).

A enfermagem contribui com a promoção da autonomia da mulher, valorizando as queixas e os sentimentos das parturientes, oferecendo apoio emocional, conforto (REIS *et al.*, 2017) e espaços que promovam relaxamento, características importantes para a humanização do parto e do nascimento (ALVES *et al.*, 2016). O vínculo, a identificação ao apresentar-se à parturiente, o acolhimento, o

contato físico e o esclarecimento de dúvidas foram atitudes positivas relatadas pelas mulheres como características das enfermeiras obstetras (RIBEIRO *et al.*, 2018).

O uso de métodos não-farmacológicos para o alívio da dor foi citado em diversos estudos analisados, como recurso utilizado pelas enfermeiras (LEHUGEUR, STRAPASSON, FRONZA; 2017; RIBEIRO *et al.*, 2018a; REIS *et al.*, 2017). Essa abordagem foi considerada importante na medida em que auxilia a parturiente a lidar com a dor, levando em conta que a experiência dolorosa pode causar sofrimento, diminuindo o controle da mulher durante o trabalho de parto e o parto, tornando-a impotente e distanciando-a do protagonismo desejado (REIS *et al.*, 2017).

Quando as enfermeiras atuam em ambientes extra-hospitalares, possuem maior autonomia de ação, além de estabelecerem relações mais equilibradas e dialógicas com as mulheres (REIS *et al.*, 2017). Isso se expressa através da gestão do serviço e do atendimento clínico sem a necessidade da presença da equipe médica, o que implica que o profissional tenha passado por um processo formativo adequado que se traduza em conhecimento técnico consistente (JÚNIOR *et al.*, 2020). Por outro lado, quando a assistência de enfermagem obstétrica é prestada junto a outros membros da equipe de saúde, percebe-se resistências e tensões em alguns membros do estafe, o que compromete preceitos básicos da humanização à atenção tanto da mulher, quanto do recém-nascido (BRAZ *et al.*, 2019). São necessárias ações mais efetivas para a valorização da enfermeira obstetra e seu capital científico (PROGIANTI *et al.*, 2018), além do fortalecimento do currículo das graduações e pós-graduações quanto aos aspectos éticos da interação entre profissionais de diferentes áreas e com relação à assistência que prestam aos pacientes (OMS, 2010). Dessa forma, o sujeito central do cuidado, a mulher, terá maiores possibilidades de receber atendimento mais de acordo com o que as políticas públicas de atenção ao parto e nascimento direcionam (SALIMENA *et al.*, 2019).

Ainda com relação à interação do profissional de enfermagem obstétrica com outros membros da equipe, a assistência prestada por esse contribui para que as mulheres passem pelo processo de forma mais ativa. Os enfermeiros consideram necessário, no entanto, a interação com técnicos de outras áreas, afirmando o conceito de equipe multiprofissional conforme o preconizado pelo Ministério da

Saúde (MS) e OMS (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Nesse cenário, concluiu-se que o modelo interdisciplinar deve ser considerado para a melhoria da atenção à saúde. Essa lógica precisa ser encorajada nos currículos de graduação dos cursos da área da saúde, promovendo uma relação mais equilibrada entre os profissionais e uma interação dialógica com as parturientes (BRAZ *et al.*, 2019).

As enfermeiras obstetras relataram que apesar do ganho de espaço na assistência, a hierarquia entre a equipe médica e a equipe de enfermagem ainda existe, fato que interfere na relação entre os profissionais e também com as parturientes, e conseqüentemente em seus processos decisórios (BRAZ *et al.*, 2019).

A dominação e a hegemonia da medicina sobre outras profissões da saúde interferem significativamente na atuação das enfermeiras obstetras. Prejudicam a interação com as parturientes e os acompanhantes. Embora essas profissionais muitas vezes tenham clareza das melhores condutas, baseadas em evidências científicas atualizadas, para o cuidado durante o trabalho de parto e o parto, não possuem ambiente favorável para efetivá-las (SANTOS *et al.*, 2019). A mudança da relação entre os profissionais e as mulheres, passa necessariamente pela transformação das estruturas que sustentam o sistema obstétrico brasileiro. Enquanto a equipe de enfermagem - que dispense maior tempo no cuidado às pacientes – for vista como subordinada a equipe médica, ainda que legalmente não o sejam, a Lei do Exercício profissional garante sua atuação autônoma, as mulheres também não terão respeitado o seu direito de escolha (SAAD e RIESCO, 2018).

O déficit de profissionais dificulta o cuidado continuado, resultando em menos tempo de dedicação às mulheres durante o trabalho de parto e o parto (VIEIRA *et al.*, 2019; CORDEIRO *et al.*, 2018). O dimensionamento da equipe de enfermagem na obstetrícia é um tema que carece de pesquisas, considerando que as necessidades das mulheres que estão em processo parturitivo têm características diferentes daquelas internadas em outras áreas (MASSARI, 2017; LORENZINI; DECKMANN; SILVA, 2015). Adicionam-se a isto, diferenças entre a assistência oferecida em maternidades e em CPN, sendo a dedicação da enfermagem diferente nesses dois ambientes (MASSARI, 2017; LORENZINI; DECKMANN; SILVA, 2015). Com isso, evidencia-se que a enfermagem obstétrica se trata de uma especialidade



que requer presença de qualidade junto às mulheres. E para que chegue próximo ao modelo que se propõem humanizado, antes precisa dispor de maior investimento das autoridades e da sociedade civil no aumento de profissionais especializados e qualificados (LIMA *et al.*, 2015). Investir em programas de residência em enfermagem obstétrica, além da melhoria daqueles que já estão em funcionamento, bem como garantir que tais profissionais tenham espaço para atuação nas instituições hospitalares e extra-hospitalares, se faz necessário, para que mulheres tenham mais respeito e dignidade para viver o trabalho de parto e o parto.

#### *5.1.3.2 Médicos e outros profissionais da saúde*

O processo de decisão da via de parto muitas vezes ainda é atribuído ao médico, sem discussão com a mulher e a família, mesmo nos casos nos quais a gestante é classificada com risco habitual, revelando uma lacuna na relação entre o profissional e a parturiente (JUNQUEIRA, 2016).

Da mesma forma, de 51 puérperas entrevistadas, no alojamento conjunto, 72,5% relataram que sofreram episiotomia de rotina por decisão médica (MOTTA *et al.*, 2016). O argumento do profissional, segundo elas, era “facilitar o nascimento” (MOTTA *et al.*, 2016). Frente aos médicos e outros profissionais da saúde, a mulher precisa ser “docilizada” para que consinta com procedimentos e condutas durante o trabalho de parto e o parto (HERCULANO *et al.*, 2018).

#### *5.1.3.3 Parteiras tradicionais*

A parteira tradicional é uma profissional que respeita os desejos da mulher durante o trabalho de parto e o parto, fortalecendo sua autonomia no processo (SCHIFFLER; ABRAHÃO, 2018). A atuação das parteiras está alinhada às premissas da Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e da Rede Cegonha, que tem o cuidado humanizado como perspectiva central (SCHIFFLER; ABRAHÃO, 2018), encorajando o empoderamento feminino (FABRIZIO *et al.*, 2019).

#### 5.1.3.4 Doulas

Mulheres e doulas consideraram que o exercício da autonomia das primeiras foi anulado. As gestantes relataram ainda ter sofrido violência obstétrica porque mesmo tendo acesso à informação, não foi respeitado o seu processo decisório no que se refere a parturição (SAMPAIO; TAVARES; HERCULANO, 2019).

A percepção das doulas, quanto às suas vivências na assistência à mulher no pré-parto, parto e pós-parto, é de que propiciam uma vivência mais positiva da experiência de trabalho de parto e parto, por meio do fornecimento de informações e de apoio, desde o aspecto biológico até aqueles que dizem respeito aos direitos, além de fornecer suporte contínuo durante o processo de parturição (LINS *et al.*, 2019). Essas profissionais mostram-se contribuintes para o processo decisório de parturientes e puérperas, através de informações, técnicas de relaxamento, apoio emocional e cuidado integral (GRECIA *et al.*, 2019).

#### 5.1.4 Rede de apoio

Com relação ao acompanhante, puérperas atendidas em uma maternidade pública de Goiânia (GO), relataram que não foram informadas sobre esse direito no decorrer do pré-natal (MATTOS *et al.*, 2016a). A presença do parceiro foi constatada na maior parte dos casos em que um acompanhante foi escolhido, contribuindo com o aumento da segurança e da tranquilidade, assim como do empoderamento da mulher (MATTOS *et al.*, 2016a).

Na perspectiva do acompanhante, os estudos demonstraram que o fato de apoiar a mulher durante o trabalho de parto e o parto, também os beneficia, principalmente na facilitação do vínculo com o bebê e com a mulher, além de revelar sentimentos como felicidade, alegria e força (SILVA; R. M. *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2018). A que se pensar, no entanto, na frágil preparação desses entes pelas equipes de saúde no pré-natal, assim como na questão da autorização de sua presença nas maternidades e salas de cirurgia dos hospitais brasileiros

(GONÇALVES *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2018; BRÜGGEMANN *et al.*, 2015; MATTOS *et al.*, 2016a; SOUZA *et al.*, 2018).

Nos últimos anos, no Brasil, a presença do acompanhante no cenário do parto vem aumentando - garantida pela Lei do Acompanhante -, embora cerca de 15% das parturientes ainda não tenham esse direito respeitado (LEAL *et al.*, 2019). Desconsiderando os benefícios relatados pelos estudos, uma parcela do sistema público e privado de saúde impedem que mulheres tenham acesso principalmente a liberdade de escolher alguém que as auxilie no processo de parturição, fornecendo suporte físico e emocional, e por vezes, os motivos alegados pelos profissionais para esse descumprimento não revelam o que fica entendido com uma análise mais profunda e cuidadosa, que é o receio de que ao presenciarem situações que configurem violência obstétrica, o acompanhante reaja em defesa da mulher, durante o parto, ou que realize denúncias posteriormente (RODRIGUES *et al.*, 2018). Além disso, a Política de Humanização do Parto e Nascimento coloca o livre acesso do acompanhante como parte importante do bem-estar da mulher no parto (RODRIGUES *et al.*, 2017). Quando acompanhadas durante o trabalho de parto e o parto, as mulheres relataram ter sofrido menos violência obstétrica (LEAL *et al.*, 2019). Ou seja, a presença do acompanhante inibe ações violentas por parte daqueles que prestam assistência ao parto, evidenciando a desigualdade nas relações de poder entre parturiente e profissionais (RODRIGUES *et al.*, 2017).

#### **5.1.5 Educação para a saúde – sobre gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido**

Com relação à educação em saúde, destaca-se a importância dos grupos voltados ao período gestacional, como espaços fortalecedores da autonomia e do autocuidado das mulheres (MATOS *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2019; ZIRR *et al.*, 2019; PRIMO *et al.*, 2015).

Os grupos, dos quais podem participar gestantes e/ou parceiros, promovem a troca de conhecimentos e de experiências, oferecendo informações qualificadas sobre o trabalho de parto e o parto (MATOS *et al.*, 2015). Torna-se importante destacar que os profissionais de saúde devem ser preparados na perspectiva de

potencializar esses grupos, explorando a interação entre os membros, realizando ações de saúde consoantes com a humanização do cuidado (MATOS *et al.*, 2015).

O relato de puérperas que participaram de grupos de gestantes e de casais grávidos revelou que este é um importante espaço de fortalecimento da autonomia da mulher, em sua conscientização sobre o trabalho de parto e o parto (ZIRR *et al.*, 2019). Possibilitou identificar a hora de encaminhar-se para a maternidade – quando era o desejo da mulher parir nesse ambiente -, além de promover condições de que seus direitos a atendimento baseado em evidências científicas e a boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento fossem atendidos (ZIRR *et al.*, 2019). Além disso, as atividades desenvolvidas no grupo proporcionaram a desmistificação de alguns conceitos referentes à gestação e ao parto, o que fortaleceu a autonomia das gestantes (SILVA *et al.*, 2019).

O cuidado de enfermagem durante as consultas de pré-natal também foi abordado como uma estratégia essencial para a preparação das mulheres para o momento do trabalho de parto e do parto (REIS-QUEIROZ; HOGA; GONÇALVES, 2016; PRIMO *et al.*, 2015; JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019). A educação em saúde realizada durante o pré-natal, mostrou-se necessária no que se referiu ao momento em que a mulher deve procurar assistência (REIS-QUEIROZ; HOGA; GONÇALVES, 2016). Nesse sentido, profissionais de enfermagem (PRIMO *et al.*, 2015) e também gestantes (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019), consideraram que o conhecimento adquirido no período gestacional, serve como ferramenta fundamental para autonomia da parturiente (PRIMO *et al.*, 2015).

Apesar disso, foi observado que esse empoderamento só é alcançado quando a educação em saúde, durante o pré-natal, realizada pelo enfermeiro, é feita de forma dialógica, não fragmentada, pautada para além de aspectos técnicos, o que muitas vezes não acontece na rotina dos serviços de saúde (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019).

Durante o primeiro trimestre o acesso à assistência pré-natal qualificada está atrelado a significativa redução da morbimortalidade materna e infantil (SEHNEM *et al.*, 2020; BRASIL, 2013a; LEAL *et al.*, 2020). Importante pontuar que a educação em saúde é de responsabilidade de toda equipe multidisciplinar (UNA-SUS, 2016). O enfermeiro deve ter em vista o desenvolvimento de um cuidado dialógico, escuta

ativa para o estabelecimento de vínculo equilibrado com a gestante e a família, utilizando-se além das consultas, de espaços grupais com o objetivo de promover a autonomia através da tomada de decisão (SEHNEM *et al.*, 2020; ESCOBAL *et al.*, 2018). Nesse sentido, é urgente a conscientização sobre a importância das ações de educação em saúde sobre a gestação, o trabalho de parto e o parto, indicações e benefícios (ESCOBAL *et al.*, 2018).

Prestar esclarecimentos quanto à vinculação com a maternidade referência, e reconhecimento desse serviço, são indicadores importantes de qualidade da assistência pré-natal (LEAL *et al.*, 2020). O processo de tomada de decisão relacionado ao trabalho de parto e ao parto inicia-se no momento em que a mulher e a família tomam conhecimento da gestação. Ter acesso à informações de qualidade é um direito da mulher, e os profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde tem o compromisso de fornecê-las (JARDIM *et al.*, 2019).

## 5.2 PLANO DE PARTO - INSTRUMENTO UTILIZADO PELA MULHER PARA A TOMADA DE DECISÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

O plano de parto é um instrumento utilizado pela gestante para expressar seus desejos e expectativas (RODRIGUES, 2017). Deve ser construído com apoio de profissionais de saúde, durante o pré-natal, como um processo dialógico e reflexivo, parte da educação em saúde. Resultando em uma carta-documento que deverá ser entregue no momento da assistência ao parto (RODRIGUES, 2017).

O plano de parto promove o empoderamento da mulher, a medida que ela recebe informações e torna-se conhecedora da fisiologia do trabalho de parto e do parto, das possíveis complicações e intervenções e dos seus direitos (RODRIGUES, 2017; SILVA, *et al.*, 2019; GOMES *et al.*, 2017).

O documento foi abordado, em rodas de conversa, com a presença de profissionais da saúde, em um estudo realizado com usuárias da atenção primária, em um município de Minas Gerais. A conclusão foi que o instrumento propicia o empoderamento e o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher (RODRIGUES, 2017). Assim a construção do plano de parto, traz para a mulher a oportunidade de refletir sobre as potencialidades e os limites do processo de

parturição. Também reforça a sua confiança na capacidade de parir e no direito de decidir sobre suas escolhas (RODRIGUES, 2017). Sabe-se ainda que esse instrumento pode evitar intervenções desnecessárias e indesejadas (SILVA, *et al.*, 2019).

A maioria das mulheres desconhecia a possibilidade de realizar escolhas no momento do parto, pela falta de informação de qualidade (GOMES *et al.*, 2017; RODRIGUES, 2017), sendo portanto o plano de parto uma oportunidade de ganho de conhecimento sobre o processo de parturição, permitindo maior grau de controle e satisfação da mulher, respeitando a autonomia (RODRIGUES, 2017).

Este documento é citado nas diretrizes nacionais de assistência ao parto e deve ser concebido, lido e discutido para que a comunicação entre parturiente e profissionais se estabeleça da melhor forma (MS, 2017). Precisa ser encarado como um componente da escolha informada, ao invés de somente um elemento burocrático, gerando reflexões e decisões mais condizentes com as necessidades e os desejos da mulher (VELHO *et al.*, 2019).

### 5.3 PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO NOS CENÁRIOS DE TRABALHO DE PARTO E DE PARTO

#### 5.3.1 Violência Obstétrica X Humanização do Parto

A violência obstétrica (VO) foi mencionada em contraponto às ações relacionadas à humanização do parto, que garante os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, interferindo na tomada de decisão no processo parturitivo (RODRIGUES *et al.*, 2015; BARROS *et al.*, 2018; INAGAKI *et al.*, 2018; SANFELICE; SHIMO, 2016; ALVES *et al.*, 2017; MOTTA *et al.*, 2016; BRUGHEMANN *et al.*, 2017).

A VO relacionou-se com pouco ou nenhum respeito quanto às decisões das mulheres durante o trabalho de parto e o parto, uma vez que nesse cenário, muitas intervenções realizadas não são respaldadas pela literatura científica (ALVES *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2015; BARROS *et al.*, 2018; MOTTA *et al.*, 2016; INAGAKI *et al.*, 2018).

A violência durante o processo parturitivo tornou-se uma prática na qual atos violentos de ordem física, psicológica, institucional e sexual são empregados, em detrimento dos desejos e escolhas das mulheres (RODRIGUES *et al.*, 2015). Agressões verbais (RODRIGUES *et al.*, 2015; BARROS *et al.*, 2018), negação de informações e orientações (RODRIGUES *et al.*, 2015), além dos direitos constituídos (RODRIGUES *et al.*, 2015; INAGAKI *et al.*, 2018), são intervenientes negativos no processo de tomada de decisão durante o trabalho de parto e o parto (RODRIGUES *et al.*, 2015).

A humanização do parto é uma política distante da realidade da maior parte dos serviços hospitalares que prestam assistência ao parto e ao nascimento no Brasil (ALVES *et al.*, 2017, MOTTA *et al.*, 2016). Ambientes hospitalares revelaram protocolos, regras e rotinas rígidas, que valorizam as decisões profissionais em detrimento do protagonismo da mulher (ALVES *et al.*, 2017), ficando evidente a relação desigual e hierarquizada entre profissional e gestante (INAGAKI *et al.*, 2018).

A definição do termo “Violência Obstétrica” é recente, data do ano 2010, e foi cunhada pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Rogelio Pérez D’Gregorio (KOEPERECK *et al.*, 2018). Foi considerada problema de saúde pública segundo a OMS (2014). Necessita de investimentos em pesquisas para compreender suas causas e combatê-la através de programas e políticas para o aumento da qualidade dos serviços de atenção materna. Muitos aspectos da VO estão relacionados com a forma com que os profissionais são ensinados durante sua formação, como por exemplo, a naturalização da exposição da mulher ao olhar de vários profissionais e estudantes, a exposição da gestante a repetidos toques vaginais, e a ideia de que a mulher precisa ter uma postura de subserviência e passividade diante daquilo que é decidido pelos profissionais. Ignorar evidências científicas atualizadas também está relacionado com essa postura, que coloca os profissionais em um lugar inalcançável em relação aos usuários do sistema de saúde, afastando relações equilibradas, dialógicas e democráticas, necessárias para o cuidado com perspectiva humanizada (SALIMENA *et al.*, 2019; MARTINS *et al.*, 2018).

Enfermeiros obstetras consideraram que as maiores dificuldades para implementar uma assistência humanizada é o número reduzido de profissionais de enfermagem e espaço físico inadequado (CORDEIRO *et al.*, 2018).

### **5.3.2 Práticas Institucionais X Políticas Públicas do Parto e Nascimento X**

#### **Direitos**

O processo de tomada de decisão relacionado ao trabalho de parto e ao parto, no ambiente hospitalar, é atravessado pelo desrespeito aos direitos humanos, e direitos sexuais e reprodutivos, garantidos por lei. Exemplo disso é o impedimento da presença de um acompanhante de livre escolha da mulher (RODRIGUES *et al.*, 2015; INAGAKI *et al.*, 2018; BRUGHEMANN *et al.*, 2017) privando-a de um mecanismo de suporte que pode lhe oferecer segurança, tranquilidade além de apoio físico durante o processo de parturição (INAGAKI *et al.*, 2018).

As políticas públicas estabelecidas não representam garantia de direitos, principalmente aqueles relativos as escolhas das parturientes, traduzindo-se em insatisfação com o atendimento recebido durante o trabalho de parto e o parto (INAGAKI *et al.*, 2015). Em razão do desconhecimento do que sejam boas práticas, direitos, e devido naturalização da violência, as mulheres não identificaram o desrespeito a que foram submetidas (INAGAKI *et al.*, 2015).

Uma das ferramentas utilizadas para garantia de direitos e desejos das gestantes, o plano de parto, ainda sofre resistência à plena implementação nos serviços de saúde, especialmente nos hospitais (RODRIGUES, 2017).

Observou-se que o processo decisório e as escolhas das mulheres são mais respeitadas em ambiente não-hospitalar, sustentadas pela PHPN, diretrizes do MS e recomendações da OMS (SOARES *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2017), através da assistência prestada por outros modelos de assistência (RIBEIRO *et al.*, 2018a; SOARES *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2017). Os CPN, são tidos como ambientes mais alinhados com a humanização (SOARES *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2017), na medida que utilizam tecnologias adequadas à assistência ao trabalho de parto e ao parto de risco habitual (SOARES *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2017), melhor ambiência (RIBEIRO *et al.*, 2018a; ROCHA *et al.*, 2017), cuidado prestado por enfermeiras obstetras e relação mais equânime com as usuárias (RIBEIRO *et al.*,



2018a; ROCHA *et al.*, 2017), incentivando à presença de acompanhantes (ROCHA *et al.*, 2017; SOARES *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2018a).

Como limitação do estudo, evidenciou-se o baixo número de publicações brasileiras a respeito do processo de tomada de decisão durante a parturição, o que demonstra a necessidade de mais discussão deste tema.

## 6 CONCLUSÕES

Esta revisão integrativa acessou a produção científica da área da saúde acerca da tomada de decisão da mulher brasileira durante o trabalho de parto e o parto. As evidências foram categorizadas como aquelas que apresentaram fatores que interferem na tomada de decisão da mulher durante o trabalho de parto e o parto; plano de parto, documento utilizado pela mulher para a tomada de decisão durante o trabalho de parto e o parto; e o processo de tomada de decisão nos cenários de trabalho de parto e de parto.

Destacou-se como principais contribuições desta pesquisa, o aporte ao conhecimento acerca das boas práticas que promovem condições para que as mulheres possam ter seu direito de escolha respeitados, vivendo um processo de tomada de decisão de acordo com seus desejos e valores. Fatores como a ambiência, a implementação de CPN, o respeito à escolha da mulher com relação aos acompanhantes, o incentivo a um pré-natal que informe e prepare a mulher para a parturição, as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, o plano de parto, as condutas respeitadas por parte dos profissionais, além da valorização da enfermagem obstétrica, como especialidade profissional, preparada para a assistência ao parto de risco habitual, mostraram-se favoráveis ao protagonismo feminino.

Observou-se, contudo, que mesmo com estas boas práticas já acontecendo pontualmente, a assistência da maior parte das instituições brasileiras está distante das políticas públicas nacionais e das principais diretrizes e orientações nacionais e internacionais, limitando a tomada de decisão da mulher durante o trabalho de parto e o parto. Para diminuir esta distância, considera-se importante que cursos de graduação, da área da saúde, abordem com maior ênfase a ética e a bioética, e o trabalho transdisciplinar, com o intuito de que os diferentes profissionais que prestam assistência obstétrica tenham mais proximidade com essas temáticas em sua formação, aliando o ensino da técnica aos aspectos humanos necessários para uma relação equilibrada entre profissionais e usuários, e entre profissionais de diferentes formações.

Com relação às instituições de saúde, evidencia-se a importância do cumprimento das políticas públicas e legislação vigente, como exemplo a Rede Cegonha e a Lei do Acompanhante. Soma-se a isto, o compromisso de fornecer educação permanente para os profissionais atuantes, atualizando os conhecimentos adquiridos durante sua formação.

Considera-se ainda que o combate à violência obstétrica deva ser ampliado. A população deve ser informada e discutir sobre direitos sexuais e reprodutivos. Assim como, deve estar disponível o acesso a meios para a denúncia de casos de agressão.

Mostrou-se como lacuna dos estudos, a ausência de abordagem acerca da tomada de decisão no processo de parturição da pessoa LGBTQI+, da pessoa com deficiência, além de pesquisas que abordassem a questão racial, cor e etnia das mulheres, dado que as experiências vividas em sociedade são atravessadas pelas subjetividades que marcam os sujeitos. Dessa maneira, entende-se importantes novas pesquisas que abordem o processo de tomada de decisão no trabalho de parto e no parto de pessoas de diferentes gêneros, orientações sexuais, raça, etnia e deficiência.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. M. *et al.* Institutional obstetric violence in birth: perception of health professionals. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 9, p. 3346-3353, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i9a110232p3346-3353-2017> <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110232> Acesso em: 14 ago. 2020.
- ÁLVAREZ, H. M. M. La Autonomía: principio ético moderno contemporáneo. **Revista Colombiana de Ciencias Sociales**, Medellín, v. 3, n. 1, p. 115-132, 2012.
- ALVES, Â. G. *et al.* Humanization policy of labor assistance based on rede cegonha implementation: integrative review. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 691-702, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i2a11989p691-702-2017> <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11989> Acesso em: 14 ago. 2020.
- AMADO, E. D. Ética de la investigación en seres humanos: criterios para la acción. **Cuadernos del Doctorado: ÉTICA SALUD Y VIDA**, Bogotá, v. 2, n. 1, p. 71-103, 2005. <http://www.doctoradosaludp.unal.edu.co/wp-content/uploads/2016/08/cuaderno2.pdf> Acesso em: 10 out. 2020.
- ARAÚJO, A. da S. C. *et al.* Non-pharmacological methods in home birth. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 1091-1096, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a230120p1091-1096-2018> <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230120> Acesso em: 14 ago. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5 ed. São Paulo: Almedina, 2011.
- BARROS, T. C. X. de. *et al.* Assistance to women for the humanization of childbirth and birth. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 554-558, 2018.
- BRASIL. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 27 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 82 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 52 p. [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em: 14 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília; 2013a. 19 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Prático para a Implementação da Rede Cegonha**. Brasília; 2011b. 45 p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017b. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Mulheres Lésbicas e Bissexuais Direitos, Saúde e Participação Social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - Seppir. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 36 p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRUGGEMANN, O. M. *et al.* In vaginal and cesarean deliveries, a companion is not allowed in the room: discourses of nurses and technical directors. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, p. 152-158, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.53019>.

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000500152&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500152&tlng=pt) Acesso em: 23 Out. 2020.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CAVALER, C. M. *et al.* Representações Sociais do Parto para Mulheres. **Id On Line: Rev. Mult. Psic.**, Jabotão dos Guararapes, v. 12, n. 41, p. 977-990, 2018. DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v12i41.1158> <https://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 13 jun. 2020.

CORDEIRO, E. L. *et al.* The humanization in the assistance to delivery and childbirth. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 8, p. 2154-2162, 2018. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a236334p2154-2162-2018>.

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236334> Acesso em: 23 Out. 2020.

DENGO, V. A. R. *et al.* A episiotomia na percepção de puérperas. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 3, 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.44060> <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44060> Acesso em: 23 Out. 2020.

DIAS, P. F. *et al.* Formação do conceito ambiência para trabalho de parto e parto normal institucionalizado. **Rev Bras Enferm.** v. 72 (Supl 3), p. 348-59, 2019. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0698>  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000900348&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900348&tlng=en) Acesso em: 23 Out. 2020.

DINIZ, C. S. G. *et al.* A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 20, n. 56, p. 253-259, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>.

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000100253&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100253&lng=pt&tlng=pt) Acesso em: 23 Out. 2020.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S. de; ALCOFORADO, C. L. G. C. Integrative review versus systematic review. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 12-14, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>. <http://reme.org.br/artigo/detalhes/904> Acesso em: 23 Out. 2020.

ESCOBAL, A. P. L. *et al.* Participação da mulher na tomada de decisão no processo de parturição. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v.12, n. 2, p. 499-509, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a231114p499-509-2018>  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231114> Acesso em: 23 Out. 2020.

FABRIZIO, G. C. *et al.* Práticas Obstétricas de uma Parteira: Contribuições para a Gestão do Cuidado de Enfermagem à Parturiente. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. 2019. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.2892>  
<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2892> Acesso em: 23 Out. 2020.

FERNANDES, D. N. C. *et al.* Perfil de atenção ao parto em um hospital público: contribuições da enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 407-412, 2015. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i2a10970p407-412-2016>.  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10970/12300>  
Acesso em: 14 ago. 2020.

FREIRE, H. S. de S. *et al.* Normal birth assisted by nurse: experience and satisfaction of puerperals. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 6, p. 2357-2367, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i6a23398p2357-2367-2017>.  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23398>  
Acesso em: 14 Ago. 2020.

GARRAFA, V.; MARTORELL, L. B.; NASCIMENTO, W. F. do. Críticas ao principialismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 442-451, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016150801>. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000200442&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200442&lng=pt&tlng=pt) Acesso em: 14 Ago. 2020.

GOMES, R. P. C. *et al.* Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. **REME – Rev Min Enferm.** v. 21: e-1033, 2017. DOI: 10.5935/1415-2762.20170043 <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1169> Acesso em: 14 Ago. 2020.

GONÇALVES, A. de C. *et al* . The companion in the obstetrics centre of a university hospital in southern Brazil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 159-167, 2015. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57289>. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000500159&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500159&tlng=pt) Acesso em: 23 Out. 2020.

GRACIA, D. The many faces of autonomy. *Theoretical Medicine And Bioethics*: **Springer Science and Business Media LLC**, Sl, v. 33, n. 1, p. 57-64, 2012.

GRECIA, L. M. R. *et al*. Percepção e ações de doulas no processo de humanização do parto. **REME – Rev Min Enferm.** v. 23:e-1209. 2019. DOI: 10.5935/1415-2762.20190057 <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1353> Acesso em: 23 Out. 2020.

HERCULANO, T. B. *et al* . Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 702-713, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811813>. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000300702&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300702&lng=pt&tlng=pt) Acesso em: 14 Ago. 2020.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 25, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2007.2953> [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100399&lng=en&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100399&lng=en&tlng=en) Acesso em: 15 jun. 2020.

HOGEMANN, E. R. O caso de Willowbrook: as escolhas éticas à luz do pensamento de Agnes Heller. **Revista Brasileiro de Direito Animal**, Salvador, v. 10, n. 5, p. 169-188, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.9771/rbda.v10i20.15301>. <https://portalseer.ufba.br/index.php/RBDA/article/view/15301> Acesso em: 16 jun. 2020.

INAGAKI, A. D. de M. *et al*. Factors associated with the humanization of care in a public maternity. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 7, p. 1879-1886, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a231395p1879-1886-2018>. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231395> Acesso em: 14 Ago. 2020.

JARDIM, M. J; FONSECA, L. M.; SILVA, A. Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 432-440, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.432-440> <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6370> Acesso em: 14 Ago. 2020.

JIANG, H. *et al*. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Pregnancy and Childbirth Group**, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full>  
Acesso em: 23 Out. 2020.

JÚNIOR, A. R. F. *et al.* Potencialidades e limitações da atuação do enfermeiro no Centro Parto Normal. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0080>  
<https://www.scielo.br/pdf/ean/v25n2/1414-8145-ean-25-2-e20200080.pdf> Acesso em: 03 Dez. 2020.

KOPERECK, C. S. *et al.* A violência obstétrica no contexto multinacional. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 7, p. 2050-60, 2018. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a231399p2050-2060-2018>  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231399> Acesso em: 23 Out. 2020.

KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. de C. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Esc. Anna Nery**, v. 22, n. 1, 2018. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0013 [https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0013.pdf](https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0013.pdf) Acesso em: 23 Out. 2020.

LEAL, M. C. *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 54, n. 8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>  
<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/165868> Acesso em: 23 Out. 2020.

LEAL, M. do C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 24 jul. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00078816>  
[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001305004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001305004&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 13 jun. 2020.

LEAL, M. do C. *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n.7, 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00223018>  
[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019000905002&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019000905002&script=sci_arttext). Acesso em: 23 Out. 2020.

LEHUGEUR, D.; STRAPASSON, M. R.; FRONZA, E. Non-pharmacological management of relief in deliveries assisted by an obstetric nurse. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 12, p. 4929-4937, 2017. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22487p4929-4937-2017>  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22487> Acesso em: 14 Ago. 2020.

LEISTER, N.; RIESCO, M. L. G. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 e 1980. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 166-174, 2013.

LIMA, B. C. da S. *et al.* Feelings amongst high-risk pregnant women during induction of labor: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [s. l.], v. 15, n. 2,



p. 254–263, 2016. DOI: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165484>  
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5484> Acesso em: 14 ago. 2020.

LINS, H. N. da S. *et al.* Experiences in women's care: doulas' perception. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 13, n. 5, p. 1264-1269, 2019. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i5a238358p1264-1269-2019>.  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238358> Acesso em: 14 Ago. 2020.

LOPES, G. De C. *et al.* . Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27,2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139> [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692019000100327&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100327&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 14 Jun. 2020.

LORDE, A. Irmã Ousider. Tradução: Stephanie Borges. 1 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

LORENZINI, E.; DECKMANN, L. R.; SILVA, E. F. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro obstétrico. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 5, n. 4, p. 661-668, 2015. Doi: 10.5902/2179769215038 <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15038> Acesso em: 23 Out. 2020.

MARTINS, A. P. de C. *et al.* Aspectos que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre o tipo de parto. **Rev baiana enferm.** v. 32:e25025. 2018. DOI 10.18471/rbe.v32.25025  
<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25025> Acesso em: 23 Out. 2020.

MASSARI, M. T. R. *et al.* **Contribuições para o dimensionamento do quantitativo de enfermeiras obstetras e obstetrizes para a atenção ao parto e nascimento de risco habitual no Brasil.** 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

MATOS, G. C. de *et al.* Groups of pregnant women: space for promotion of comprehensive care. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 9, n. 5, p. 7781-7788, 2015. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i5a10525p7781-7788-2015>.  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10525/11418> Acesso em: 14 Ago. 2020.

MATOS, G. C. de *et al.* Parto normal ou cesárea na adolescência: de quem é a decisão? **Revista de Enfermagem UFPE**, [s. l.], v. 12, n. 6, p. 1681–1687, 2018. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i6a231069p1681-1687-2018.  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231069> Acesso em: 28 abr. 2020.

MATTOS, D. V. de *et al.* Educação permanente em saúde como fortalecimento da enfermagem obstétrica. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 391-397, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a23550p391-397-2018> <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23550> Acesso em: 14 ago. 2020.

MATTOS, D. V. de *et al.* Feelings experienced by parturients in reason the inclusion of the partner in the parturition process. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 10, n. 6, p. 4735-4740, 2016a. DOI: 10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201604 <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11251/12866> Acesso em: 14 Ago. 2020.

MATTOS, D. V. de *et al.* O empoderamento da mulher no parto domiciliar planejado. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 10, n. 5, p. 4182-4187, 2016b. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i5a11162p4182-4187-2016> <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11162> Acesso em: 14 ago. 2020.

MATTOS, D. V. de; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C. A. O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 568-575, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i2a10991p568-575-2016> <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10991/12343> Acesso em: 14 Ago. 2020.

MENDES, M. E. S. *et al.* Interdisciplinarity in childbirth care: perception of obstetric nurses. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 13, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241715> <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/241715> Acesso em: 14 Ago. 2020.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting Items for systematic review and meta-analyses: the PRISMA statement. **Journal of Clinical Epidemiology**. v. 62, p. 1006-1012, 2009.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting Items for systematic review and meta-analyses protocols (PRISMA-P). **Systematic Reviews**. v. 4, p. 2-9, 2015.

MORAES, P. Á. *et al.* Pain of childbirth: women's perception that had the delivery at home. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 10, n. 5, p. 4176-4181, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i5a11161p4176-4181-2016> <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11161> Acesso em: 14 Ago. 2020.

MOSQUEDA-DÍAZ, A.; MENDOZA-PARRA, S.; JOFRÉ-ARAVENA, V. Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 462-467, 2014.

MOTTA, S. A. M. F. *et al.* Implementação Da Humanização Da Assistência Ao Parto Natural. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 10, n. 2, p. 593-599, 2016. DOI: 10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201628  
<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/16919> Acesso em: 14 jun. 2020.

NASCIMENTO, R. R. P. do *et al.* Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 119-126, 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000500119&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500119&tlng=pt) Acesso em: 14 Ago. 2020.

O'CONNOR, A. M. Validation of a Decisional Conflict Scale. **Medical Decision Making**, Ottawa, v. 15, n. 1, p. 25-30, 1995.

O'CONNOR, A. M.; JACOBSEN, M. J.; STACEY, D. An Evidence-Based Approach to Managing Women's Decisional Conflict. **Jognn**, Oxford, v. 31, n. 5, p. 570-581, 2002.

OLIVEIRA, J. D. G. de. *et al.* Obstetric nurses' perception in assistance to the parturient. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 10, n. 10, p. 3868-3875, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i10a11454p3868-3875-2016>  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11454> Acesso em: 14 Ago. 2020.

OLIVEIRA, V. J. **O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016b.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. de M. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. **Rev. Bras. Enferm. [online]**. v. 71, suppl.3 p. 1228-1236, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000901228&lng=en&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901228&lng=en&tlng=en) Acesso em: 09 jun. 2020

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Geneve: OMS, 2014. 4 p. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3). Acesso em: 14 jun. 2020.

ONU MULHERES. **Conferências Mundiais da Mulher**. 2020. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/>. Acesso em: 13 jun. 2020.

PALHARINI, L. A. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos pagu [online]**, n. 49, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>.  
[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332017000100307&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332017000100307&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 23 Out. 2020.

PEDROSO, A. J. F. **Cuidados de Enfermagem à gestante com sífilis**. 2019. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Doutor Francisco Maeda, Fundação Educacional de Ituverava, Ituverava, 2019.

PILER, A. A. *et al.* Determining factors of nursing care in the parturition process. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 189-205, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a236515p189-205-2019>. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236515>. Acesso em: 14 Ago. 2020.

REINDAL, S. M. Independence, Dependence, Interdependence: some reflections on the subject and personal autonomy. **Disability & Society**, [s.l.], v. 14, n. 3, p. 353-367, 1999. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09687599926190>. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09687599926190> Acesso em: 23 Out. 2020.

REIS, T. da R. dos. *et al.* Obstetric Nurses: contributions to the objectives of the Millennium Development Goals. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 94-101, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57393>. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000500094&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500094&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 14 Ago. 2020.

REIS, T. L. da R. dos. *et al.* Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 38, n. 1, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000100503&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100503&lng=pt&tlng=pt) Acesso em: 14 Ago. 2020.

REIS-QUEIROZ, J.; AKIKO, K. H. L.; GONÇALVES, B. G. Momento de buscar assistência ao parto: narrativas de puérperas. **Invest. educ. enferm [online]**, v. 34, n. 1 p. 162-170, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a18>. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/26001> Acesso em: 23 Out. 2020.

RIBEIRO, I. A. P. *et al.* Non-invasive care technologies: perception of puerperal women. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 8, p. 2129-2136, 2018a. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a236584p2129-2136-2018>. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236584> Acesso em: 14 Ago. 2020.

RIBEIRO, J. F. *et al.* Contentment of puerperal women assisted by obstetric nurses. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 9, p. 2269-2275, 2018b. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234777p2269-2275-2018>. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234777> Acesso em: 14 Ago. 2020.

RIBEIRO, J. F. *et al.* Experiência de parto: percepção das puérperas sobre o parto normal e cesáreo. **Revista de Enfermagem UFPE**, [s. l.], v. 10, n. 8, p. 2801–2808, 2016. DOI: [10.5205/reuol.9373-82134-1-RV1008201603](https://doi.org/10.5205/reuol.9373-82134-1-RV1008201603).

<https://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=19818963&AN=118901796&h=N2y1qB0RlpUe18i713Ff5WUUh6vTDUj3cbt9lmjdD9hLqDUmm7X%2b%2f0E1mXBNU2ljhVKXqjBLZoqGV0DIa9XWi3A%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCriNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authType%3dcrawler%26jrnl%3d19818963%26AN%3d118901796> Acesso em: 14 ago. 2020.

ROCHA, F. R. *et al.* Análise da assistência ao binômio mãe-bebê em centro de parto normal. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 22, n. 2, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.49228>.

<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49228> Acesso em: 14 Ago. 2020.

RODRIGUES, D. P. *et al.* A violência obstétrica como prática no cuidado na saúde da mulher no processo parturitivo: análise reflexiva. **Rev. Enferm. Ufpe On Line**, Recife, v. 9, n. 5, p. 8461-8467, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i5a10613p8461-8467-2015>

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10613> Acesso em: 14 jun. 2020.

RODRIGUES, D. P. *et al.* O descumprimento da lei do acompanhante como agravado à saúde obstétrica. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005570015>

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000300319&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300319&lng=pt&tlng=pt) Acesso em: 23 Out. 2020.

RODRIGUES, L. S. P. e SHIMO, A. K. K. Low light in delivery room: obstetric nursing's experiences. **Rev. Gaúcha Enferm. [online]**. Porto Alegre, v. 40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180464>.

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000100433&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100433&tlng=pt) Acesso em: 14 jun. 2020

RODRIGUES, M. S. **Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto**. 2017. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

SALIMENA, A. M. O. *et al.* Trabalho de parto e o parto: compreensão de mulheres e desvelamento da solicitude como possibilidade assistencial. **REME – Rev Min Enferm.** v. 23, 2019. DOI: [10.5935/1415-2762.20190049](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190049)  
<https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1344> Acesso em: 06 Mai. 2020.

SALVIANO, M. E. M. *et al.* Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 69, n. 6, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0331>

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000601240&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000601240&script=sci_arttext&tlng=pt) Acesso em: 06 Dez. 2020.

SAMPAIO, J.; TAVARES, T. L. de A.; HERCULANO, T. B. Um corte na alma: como parturientes e doulas significam a violência obstétrica que experienciam. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 27, n. 3, e56406,

2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n356406>.  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2019000300210&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2019000300210&tlng=pt) Acesso em: 14 Ago. 2020.

SANFELICE, C. F. de O. e SHIMO, A. K. K. Boas práticas em partos domiciliares: perspectiva de mulheres que tiveram experiência de parto em casa. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, v. 18, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.31494> <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/31494> Acesso em: 12 de jun. 2020.

SANTOS, A. H. L. dos *et al.* Care practices in normal birth: residence type formation. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 1-9, 2016. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i1a11871p1-9-2017> <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11871> Acesso em: 14 Ago. 2020.

SANTOS, F. A. P. S. *et al.* Autonomia do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v.19, n. 2, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000200012> [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292019000200471&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#:~:text=A%20enfermeira%20obstetra%20nesta%20hospital,e%20os%20outros%20profissionais%20tamb%C3%A9m](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000200471&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#:~:text=A%20enfermeira%20obstetra%20nesta%20hospital,e%20os%20outros%20profissionais%20tamb%C3%A9m) Acesso em: 23 Out. 2020.

SANTOS, J. A. dos *et al.* Percepção do acompanhante quanto ao seu acolhimento durante o parto. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [s.l.], v. 12, n. 10, p. 2535, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a235934p2535-2545-2018> <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235934> Acesso em: 14 jun. 2020.

SANTOS, R. A. A. dos; MELO, M. C. P. de; CRUZ, D. D. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Cultura e Ciência**, Crato, v. 13, n. 2, p. 76-89, 2015. DOI: [10.14295/cad.cult.cienc.v13i2.838](https://doi.org/10.14295/cad.cult.cienc.v13i2.838) [https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1067255572?and\\_facet\\_journal=jour.1105547](https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1067255572?and_facet_journal=jour.1105547) Acesso em: 23 Out. 2020.

SCARTON, J. *et al.* "It was worth it when I saw his face": experiences of primiparous women during natural childbirth. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 143-151, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56786> [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000500143&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500143&tlng=pt) Acesso em: 14 Ago. 2020.

SCHIFFLER, A. C. da R.; ABRAHÃO, A. L. Care from the perspective of midwives from the Amazon: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 256-267, 2018. DOI: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175938> <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5938> Acesso em: 14 Ago. 2020.

SEHNEM, G. D. *et al.* Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. **Revista de Enfermagem Referência**, n.1, 2020. DOI: 10.12707/RIV19050 <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserVn1/vserVn1a05.pdf> Acesso em: 23 Out. 2020.

SIEGLER, M. **Las tres edades de la medicina e la relacion medico-paciente**. Barcelona: Fundacion Victor Grifols i Lucas, 2011. Disponível em: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4688851/cuaderno26.pdf/cb3ee480-680f-440a-abe4-691f8753fd84>. Acesso em: 05 Set. 2020.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R. do; COELHO, E. de A. C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 424-431, 2015. DOI: 10.5935/1414-8145.20150056 [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1414-81452015000300424&script=sci\\_abstract&tlng=p](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1414-81452015000300424&script=sci_abstract&tlng=p) Acesso em: 23 Out. 2020.

SILVA, J. C. B. da *et al.* Educational workshops with pregnant women about good obstetric practices. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 255-260, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a237573p255-260-2019> <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237573> Acesso em: 14 Ago. 2020.

SILVA, J. K. da *et al.* Obstetric violence within the hospital environment: experience report on inconsistencies and controversies. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 9, n. 12, p. 1345-1351, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i12a10843p1345-1351-2015>. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10843> Acesso em: 14 Ago. 2020.

SILVA, L. S. *et al.* Os Saberes Das Mulheres Acerca Das Diferentes Posições De Parir: Uma Contribuição Para O Cuidar. **Revista de Enfermagem UFPE**, [s. l.], v. 10, p. 3531–3536, 2016. DOI: 10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201604. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11127/12615> Acesso em: 14 ago. 2020.

SILVA, M. C. da *et al.* Labor and birth in the rural region: obstetric violence. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 9, p. 2407-2417, 2018. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234440p2407-2417-2018>. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234440> Acesso em: 14 Ago. 2020.

SILVA, R. M. *et al.* Listening to fathers opinion that participated in the birth of his son in a maternity. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 9, n. 6, p. 8253-8260, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i6a10585p8253-8260-2015>. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10585/11538> Acesso em: 14 Ago. 2020.

SILVA, U. *et al.* Nursing care experienced by women during the child-birth in the humanization perspective. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 10, n. 4, p. 1273-1279, 2016. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i4a11113p1273-1279-2016>. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11113> Acesso em: 14 Ago. 2020.

SOARES, Y. K. da C. *et al.* Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 11, p. 4563-4573, 2017. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a231195p4563-4573-2017>.<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231195> Acesso em: 14 ago. 2020.

SOLBAKK, J. H. Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois. *In*: PORTO, D.; GARRAFA, V.; MARTINS, G. Z.; BARBOSA, S. do N. (coord.). **Bioética no divã**. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/ SBB, 2012. p. 63-76.

SOUSA, A. M. M. *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016. DOI: 10.5935/1414-8145.20160044 [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200324&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200324&script=sci_abstract&lng=pt) Acesso em: 23 Out. 2020.

SOUSA, S. dos S.; FURTADO, M. D.; NISHIDA, F. S. Parto normal ou cesáreo? Fatores que influenciam na decisão de gestantes pela via de parto. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 4, 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i4.7975>. <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/7975> Acesso em: 10 jan. 2020.

SOUZA, M. A. R. de *et al.* Experience of the parturient's assistant in the delivery process. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 626-634, 2018. DOI:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a230979p626-634-2018><https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230979> Acesso em: 14 Ago. 2020.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Integrative review: what is it? how to do it?. **Einstein**. [s.l.]. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&tlng=en) Acesso em: 14 Ago. 2020.

TELO, S. V.; WITT, R. R. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 11, p. 3481-3490, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.20962016>. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018001103481&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103481&lng=pt&tlng=pt) Acesso em: 20 Mar. 2020.

TEODOSIO, S. S-C. e PADILHA, M. I. "Ser enfermeiro": escolha profissional e a construção dos processos identitários (anos 1970). **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.



69, n. 3, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690303i>  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000300428&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300428&lng=pt&tlng=pt) Acesso em: 06 de Dez. 2020.

UNA-SUS. Especialização em Saúde da Família. **Atenção Primária à Saúde e Política Nacional de Atenção Básica**. São Paulo, 2016. 20 p.

VALE, L. D. *et al* . Preference and factors associated with the type of delivery among new mothers in a public maternity hospital. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 86-92, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.50032>.  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000300086&lng=en&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000300086&lng=en&tlng=en) Acesso em: 14 Ago. 2020.

VELHO, M. B. *et al*. Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2019. DOI: [10.1590/0102-311X00093118](https://doi.org/10.1590/0102-311X00093118)  
<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n3/e00093118/pt> Acesso em: 23 Out. 2020.

VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital, da parteira ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas**, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. DOI: <https://doi.org/10.37780/ch.v16i1.1842>

VERAS, T. V. de C. P. *et al*. Nursing care and prenatal care: essential strategies essential strategies to encourage natural birth. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 9, n. 7, p. 8578-8582, 2015. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i7a10630p8578-8582-2015>.  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10630> Acesso em: 14 Ago. 2020.

VICO, A. F. de *et al*. **Avaliação da Implantação dos Centros de Parto Normal no Sistema Único de Saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

VIEIRA, B. da C. *et al*. Applying best practices to pregnant women in the obstetric center. **Rev. Bras. Enferm. [online]**. v.72, suppl.3, p.191-196, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0422>  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000900191&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900191&tlng=en) Acesso em: 10 Mai. 2020.

VILELA, A. T. *et al*. Perception of obstetric nurses before humanized birth. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 13, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241480>  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/241480> Acesso em: 14 Ago. 2020.

WHO. **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneve: World Health Organization; 2018.

ZIRR, G. de M. *et al.* Autonomia da mulher no trabalho de parto: contribuições de um grupo de gestantes. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 1205, p. 0-0, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190053>. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051589> Acesso em: 14 jun. 2020.

## APÊNDICE A – PROTOCOLO PARA BUSCA SISTEMÁTICA DA LITERATURA

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b>  <b>BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA</b>  <b>SERVIÇO DE REFERÊNCIA</b>  <b>PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO</b>			
<b>PROTOCOLO PARA BUSCA SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b>			
<b>1. QUESTÃO OU PROBLEMA DE PESQUISA</b>  <b>Como a literatura aborda a tomada de decisão da gestante durante o trabalho de parto?</b>			
<b>1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA</b>  <b>Analisar, por meio de revisão da literatura, como se dá o processo de tomada de decisão da mulher/gestante durante o trabalho de parto.</b>			
<b>2. BUSCA NA LITERATURA</b>  <b>2.1 SELEÇÃO DOS TÓPICOS</b>			
<b>Tópico 1:</b> <b>Parto</b>	<b>Tópico 2:</b> <b>Participação do paciente</b>	<b>Tópico 3:</b> <b>Tomada de decisão/Autonomia pessoal</b>	<b>Tópico 4:</b> <b>Gestantes</b>
termos alternativos/ sinônimos  Parto Obstétrico  Liberação Obstétrica  Trabalho de Parto Parto  Alívio do Nascimento Parturição	termos alternativos/ sinônimos  Participação do Paciente	termos alternativos/ sinônimos  Decisão Compartilhada Decisão Conjunta Decisões Compartilhadas Decisões Conjuntas Tomada Compartilhada de Decisão Tomada Compartilhada de Decisões Tomada Conjunta de Decisão Tomada Conjunta de Decisões Tomada de Decisão Tomada de Decisão Compartilhada	termos alternativos/ sinônimos  Grávidas Gestante Grávidas Grávida Parturiente Parturientes

		Tomada de Decisão Conjunta Tomada de Decisão Partilhada Tomada de Decisões Compartilhadas Tomada de Decisões Conjunta Tomada de Decisões Conjuntas Tomada de Decisões Partilhadas  Autonomia Autodeterminação Livre-Arbitrio	
--	--	---	--

## 2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

estudo	tipo de	<b>Sem restrição</b>	incluir	excluir
geográfica	área	<b>Sem restrição</b>	incluir	excluir
de tempo	período	<b>2015-2019</b>	Incluir <b>X</b>	excluir
	Idioma	<b>Inglês, português e espanhol</b>	Incluir <b>X</b>	excluir
	Outros		incluir	excluir

## 2.3 FONTES DE INFORMAÇÃO

### 2.3.1 Fontes de informação eletrônica (base de dados, bibliotecas digitais, mecanismos de busca, repositórios, etc.)

Tipo de fonte	Nome
<b>Base de dados</b>	<b>Scielo</b>
<b>Base de dados</b>	<b>LILACS/BVS/Scopus/Web of Science</b>
<b>Base de dados</b>	<b>CINAHL</b>
<b>Base de dados</b>	<b>PUBMED</b>

<b>2.3.2 Outras fontes de informação</b>	
<b>2.4 Estratégia de busca de acordo com o recurso utilizado</b>	
Estratégia da Fonte A	
Estratégia da Fonte B	
Estratégia da Fonte C	
<b>3.AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	
<b>4.APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS (RELATÓRIO)</b>	

APÊNDICE A - RELATÓRIO (CHECKLIST)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM SEMESTRE 2020.1**

**Comissão TCC:** Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza, Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos,

Profa. Dra. Soraia Dornelles Schoeller

**CÓDIGO DA DISCIPLINA:** NFR 5182

**NOME DA DISCIPLINA:** Trabalho de Conclusão de Curso II

**RELATÓRIO DO TCC – CHECKLIST 1**

**Data:** 27/11/2020

**ETAPAS DO PROJETO DE PESQUISA E/OU INTERVENÇÕES:**

**1. Elaboração do projeto de pesquisa e/ou intervenção:**

elaboração total ( ) elaboração parcial

**2. Submissão do projeto de pesquisa à Plataforma Brasil**

( ) submetido ( ) não submetido (X) não aplica-se ao método de pesquisa

Se submetido à Plataforma: ( ) em análise ( ) aprovado ( ) com pendências

**3. Coleta de dados:**

( ) não iniciada ( ) em andamento (X) concluída

**4. Análise de dados:**

( ) não iniciada ( ) em andamento (X) concluída

**5. Elaboração do texto final do TCC**

( ) não iniciada ( ) em andamento (X) concluída

Nome e Assinatura do Aluno:

Juliana Carlos e Souza

---

Nome e Assinatura do Professor:

Luciana das Neves da Silva Bampi

---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**DISCIPLINA: NFR 5182 - Trabalho de Conclusão de Curso II**

### **DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o TCC da acadêmica **Juliana Carlos e Souza** foi revisado e aprovado pela Profa. Dra. Luciana das Neves da Silva Bampi.

**Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos**

Coordenador da Disciplina NFR 5182 - Trabalho de Conclusão de Curso II