

# Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura

*Women's autonomy in the process of labour and childbirth: integrative literature review*

*Autonomía femenina en el proceso de parto y nacimiento: revisión integradora de la literatura*



Thamiza Laureany da Rosa dos Reis<sup>a</sup>  
 Stela Maris de Mello Padoin<sup>a</sup>  
 Thayla Rafaella Pasa Toebe<sup>b</sup>  
 Cristiane Cardoso de Paula<sup>a</sup>  
 Jacqueline Silveira de Quadros<sup>a</sup>

## Como citar este artigo:

Reis TLR, Padoin SMM, Toebe TFP, Paula CC, Quadros JS. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm. 2017 mar;38(1):e64677. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar as evidências disponíveis na produção científica acerca das práticas de assistência à saúde que interferem no exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento.

**Método:** A busca dos artigos foi desenvolvida nas bases de dados LILACS, Scopus e PubMed, no período entre 1996 e 2015, tendo como eixo orientador a questão norteadora e os critérios de exclusão, sendo selecionados 22 artigos como *corpus* de análise.

**Resultados:** Foram evidenciadas como práticas que favorecem o exercício da autonomia feminina: práticas assistenciais extra-hospitalares; práticas assistenciais de apoio e conforto; e práticas assistenciais educativas. Em contrapartida, revelaram-se como práticas limitantes ao exercício da autonomia: práticas assistenciais autoritárias; práticas assistenciais padronizadas ou rotineiras; práticas assistenciais que intensificam a sensação dolorosa do parto; e prática assistencial impessoal e fria.

**Conclusão:** Revelou-se uma situação de alerta relativa ao grande descompasso existente entre o cotidiano assistencial e as recomendações ministeriais.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher. Obstetrícia. Parto. Autonomia pessoal. Preferência do paciente. Tomada de decisões.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the available evidence in scientific literature on healthcare practices that interfere with the autonomy of Brazilian women in the labour and delivery process.

**Method:** The search for papers was conducted in the databases LILACS, Scopus and PubMed, between 1996 and 2015, according to a guiding question and exclusion criteria, resulting in the selection of 22 papers to compose the analytic body.

**Results:** The main practices that favoured the exercise of women's autonomy were out-of-hospital care practices; care practices of support and comfort; and educational care practices. By contrast, the practices that limited autonomy were authoritarian care practices; standardised or routine care practices; care practices that intensify the painful sensation of childbirth; and impersonal and cold care practice.

**Conclusion:** There was an alarming contrast between the daily healthcare routine and ministerial recommendations.

**Keywords:** Women's health. Obstetrics. Parturition. Personal autonomy. Patient preference. Decision making.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la evidencia disponible en la literatura científica acerca de las prácticas de atención de salud que interfieren con el ejercicio de la autonomía de las mujeres brasileñas en el proceso de parto y el nacimiento.

**Método:** La búsqueda de artículos se desarrolló en las bases de datos LILACS, Scopus y en PubMed, en el período comprendido entre 1996 y 2015, con el principio rector de los rectores criterios de interrogación y exclusión, y seleccionó 22 artículos como un corpus de análisis.

**Resultados:** Hemos puesto de relieve las prácticas que favorecen el ejercicio de la autonomía de la mujer: las prácticas de atención ambulatoria; prácticas de apoyo y consuelo; prácticas educativas y atención. Por el contrario se han demostrado como una limitación del ejercicio práctico de la autonomía: las prácticas de atención autoritarias; prácticas de cuidados estandarizados o de rutina; cuidado prácticas que mejoran la sensación dolorosa del parto; y la práctica de la atención impersonal y fría.

**Conclusión:** Se puso de manifiesto una situación de alerta en el gran desajuste entre su vida cotidiana y recomendaciones ministeriales.

**Palabras clave:** Salud de la mujer. Obstetrícia. Parto. Autonomía personal. Prioridad del paciente. Toma de decisiones.

<sup>a</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>b</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Departamento de Enfermagem, Curso de Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

A experiência do nascimento de um filho está associada à renovação da vida, representando, para muitos, um dos momentos mais intensos e significativos da existência humana<sup>(1)</sup>. Devido às suas especificidades, relacionadas a aspectos sociais, culturais, econômicos e biológicos, o parto deve ter a assistência centrada nas necessidades das mulheres, considerando seus direitos e a sua participação ativa no processo de parturição<sup>(2-3)</sup>.

No entanto, paulatinamente esses direitos e, portanto, condições para a saúde e para a cidadania, têm sido violados. Caracterizado pela crescente dependência de intervenções técnicas e tecnológicas e pela ampla utilização da cirurgia cesariana como forma de nascer, o modelo de assistência obstétrica vigente é marcado pela desapropriação do controle do corpo das mulheres, inviabilizando assim o exercício de sua autonomia<sup>(4-5)</sup>.

A fim de resgatar a autonomia feminina na cena do parto, a partir da década de 1980, o movimento feminista juntamente com outros setores da sociedade, passou a criticar fortemente esse modelo obstétrico tecnocrático. Questionava-se principalmente a qualidade da assistência prestada durante o ciclo gravídico-puerperal, a institucionalização do parto e o uso rotineiro de intervenções desnecessárias. Este movimento culminou em conferências, documentos e na busca de evidências científicas que articulassem as diversas áreas de conhecimento<sup>(3)</sup>.

Diante do entendimento do impacto das relações de gênero na saúde das mulheres, as políticas de saúde também têm sido ampliadas sob a perspectiva do cuidado integral. Nas últimas décadas, o Ministério da Saúde propôs programas e políticas que assumem compromissos com a garantia dos direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos das mulheres e crianças. Destaca-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento<sup>(6)</sup>, instituído no ano de 2000, que tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido.

Considera-se incontestável ampliar a visão acerca do parto para além dos aspectos biológicos da mulher e da criança, focando no reconhecimento dos seus direitos. A partir da necessidade de discussão de aspectos relacionados ao protagonismo das mulheres no processo do parto e as dificuldades para o cuidado de si e do filho de forma autônoma<sup>(2)</sup>, realizou-se a presente revisão integrativa da literatura. Teve-se como objetivo, identificar as evidências disponíveis nas produções científicas acerca das práticas de assistência à saúde que interferem no

exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento.

## ■ MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura segundo os seis passos metodológicos propostos<sup>(7)</sup>. O primeiro passo consistiu na seleção do tema e da questão norteadora: Quais as práticas de assistência à saúde que interferem no exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento?

No segundo passo, foram definidos os critérios de inclusão: artigos de pesquisa desenvolvidos no Brasil, que respondam à temática, publicados em português, inglês ou espanhol, no período entre 1996 e 2015, disponíveis integralmente *online*. Selecionaram-se apenas estudos desenvolvidos no Brasil devido ao modelo de assistência obstétrica prestado. Quanto ao recorte temporal, utilizou-se o período entre 1996 a 2015, quando houve um movimento intenso de incentivo à humanização e qualificação da assistência obstétrica a partir da publicação pela Organização Mundial de Saúde (OMS) das “Recomendações da OMS - Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”<sup>(8)</sup>. Devido à busca de evidências específicas das práticas de assistência à saúde no processo de parto, independente do tipo/via de nascimento, foram excluídos os estudos com enfoque na decisão pela via de parto e na presença do acompanhante.

A busca dos artigos foi desenvolvida nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *PubMed* e *Scopus*. Em virtude das características específicas das bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para busca dos artigos foram adaptadas para cada uma, tendo como eixo norteador a questão de revisão e os critérios de inclusão adotados pelos pesquisadores.

Na base de dados LILACS, foram usados os descritores controlados obtidos junto aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “tociologia” or “parto” or “parto humanizado” or “parto normal” or “parto obstetrico” or “trabalho de parto” or “saude reprodutiva” or “cesarea”. Estes descritores foram combinados por meio do operador booleano *AND* com palavras definidas a partir do conceito de autonomia, quais sejam: “decisao” or “autonomia” or “direito” or “preferencia” or “escolha” or “participacao”. Utilizou-se esta estratégia de busca com o propósito de ampliar a possibilidade de localização de evidências que respondessem a questão de pesquisa.

Com o mesmo propósito, nas duas bases de dados *Scopus* e *PubMed*, foram usadas as palavras-chave: “*midwifery*”

or "parturition" or "humanizing delivery" or "reproductive health" AND "autonomy" or "patient reference" or "decision", todas selecionando o item "All Fields". O levantamento dos estudos ocorreu no mês de janeiro de 2016. Para aqueles artigos que não foram encontrados disponíveis integralmente na base de dados, esgotaram-se totalmente as estratégias de busca através de contato com os próprios autores e com as instituições de origem do estudo. Estudos duplicados foram analisados somente uma vez.

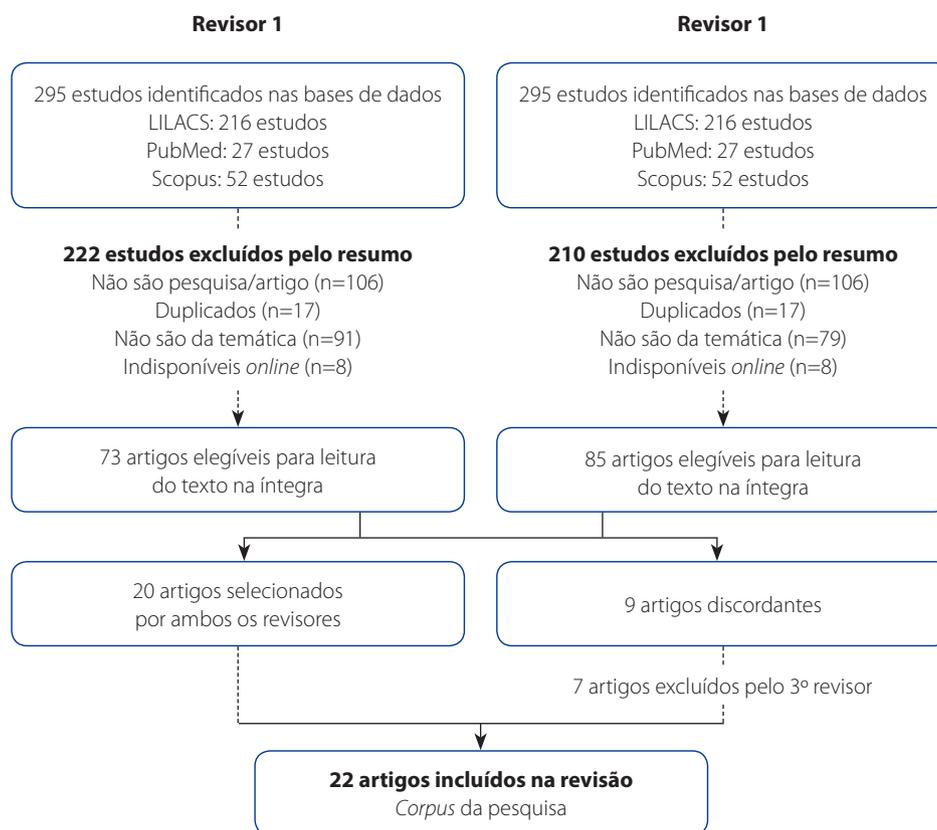
A partir disso foram selecionados, por dois revisores de modo independente, 22 artigos como *corpus* de análise. Quando houve divergência, estes foram avaliadas por um terceiro revisor (Figura 1). Salienta-se que, para minimizar possíveis erros de interpretação, a busca, a avaliação e a análise dos artigos também foram realizadas por dois revisores de forma independente.

O quarto passo consistiu na análise, para tanto, cada estudo foi classificado segundo informações para responder a pergunta de investigação e em relação ao nível de evidência. O método utilizado para classificação da força da evidência propõe três níveis, a saber: 1- Intervenção ou

diagnóstico; 2- Prognóstico ou etiologia; 3- Significado. Em vista do *corpus* desta pesquisa, utilizamos a classificação de evidência de estudos com questão clínica direcionada para o significado, com a seguinte hierarquia: I- Metassíntese de estudos qualitativos; II- Estudos qualitativos individuais; III- Síntese de estudos descritivos; IV- Estudos descritivos individuais; V- Opinião de especialistas<sup>(9)</sup>.

Na sequência os resultados foram apresentados e discutidos de forma descritiva. Primeiramente, descreveu-se dos dados de identificação das publicações (autores, ano, Estado de origem e instituição sede do estudo). Posteriormente, foram avaliadas as características metodológicas dos estudos, classificando-os de acordo com o delineamento de pesquisa e avaliação crítica dos níveis de evidências<sup>(9)</sup>.

No quinto passo, as evidências foram agrupadas por similaridade e as práticas de assistência à saúde que interferem no exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento foram descritas. E, por último, no sexto passo a partir da discussão e interpretação dos resultados, elaboraram-se considerações às práticas assistenciais obstétricas, bem como sugestões de pesquisas.



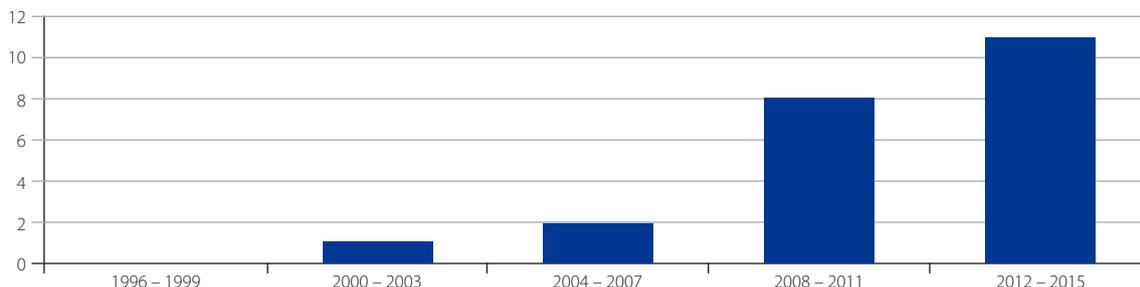
**Figura 1** – Fluxograma da seleção independente dos pares dos estudos *corpus* da pesquisa de revisão integrativa da literatura. LILACS/PubMed/Scopus, 1996-2015

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

## ■ RESULTADOS

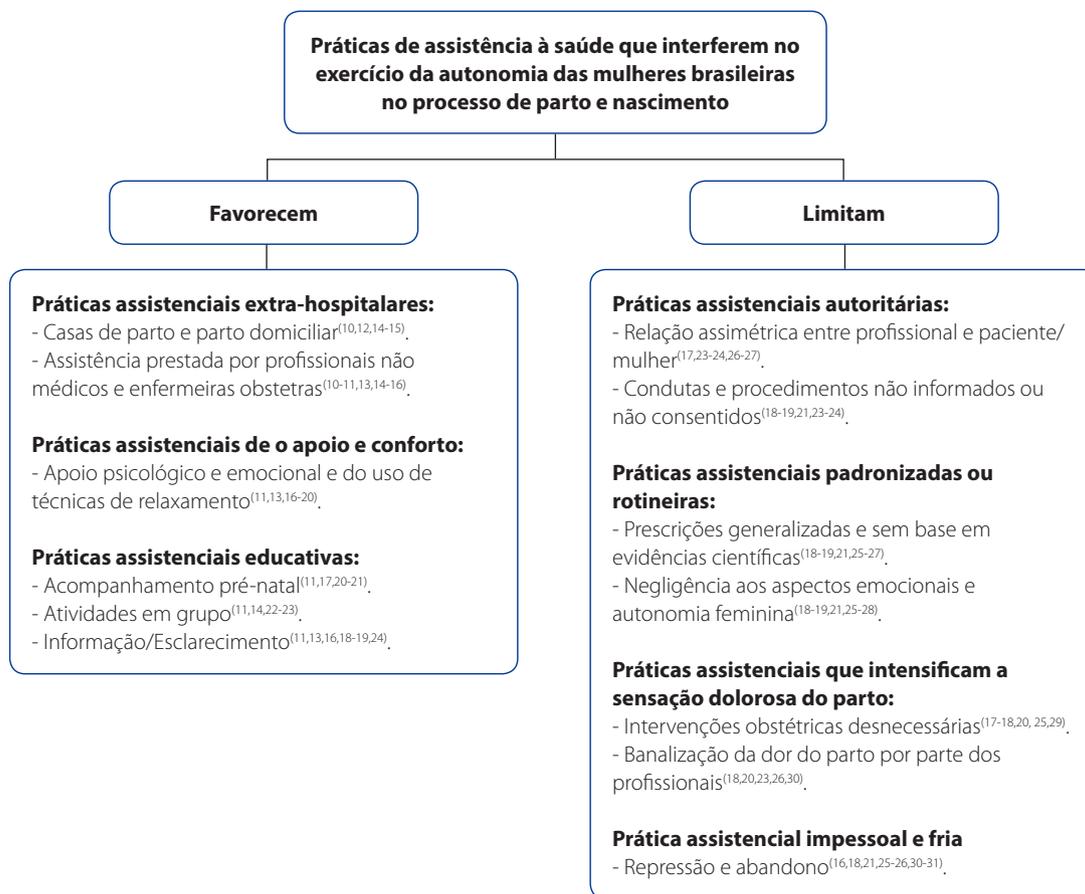
Quanto à distribuição quadrienal de frequência de publicação, houve destaque de publicações entre os anos de 2012 e 2015 (Figura 2). Em relação ao Estado de origem,

observou-se uma maior concentração nos Estados da região Sudeste (8 artigos) e da região Sul (7 artigos) do Brasil. Observou-se ainda que 13 estudos foram desenvolvidos em instituições hospitalares e 9 em instituições extra-hospitalares (unidades básicas de saúde e casas de parto).



**Figura 2** – Gráfico da distribuição quadrienal da frequência de publicação da produção científica acerca das práticas de assistência à saúde que interferem no exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento. LILACS/PubMed/Scopus, 1996-2015

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.



**Figura 3** – Evidências das práticas de assistência à saúde que interferem no exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento. LILACS/PubMed/Scopus, 1996-2015

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Destes, 15 foram realizados em instituições únicas, 7 foram realizados de forma multi-institucional.

Dentre as publicações analisadas, 18 artigos têm entre seus autores somente enfermeiros, 1 foi redigido por fisioterapeutas e enfermeiros e 2 são de autoria exclusiva de médicos. Evidenciou-se ainda que a totalidade dos estudos caracterizou-se metodologicamente como pesquisa qualitativa. Em relação à força das evidências, os 22 artigos pertencem à categoria de significado e possuem nível de evidência 2.

Em relação ao objetivo desta revisão, os artigos evidenciaram como resultados um conjunto de práticas de assistência à saúde no processo de parto e nascimento, apresentadas, segundo as interferências positivas e negativas no exercício da autonomia das mulheres.

Foram evidenciadas como práticas que favorecem o exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento: as práticas assistenciais extra-hospitalares; as práticas assistenciais de o apoio e conforto; e as práticas assistenciais educativas. Como práticas que limitam o exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento revelaram-se: as práticas assistenciais autoritárias; as práticas assistenciais padronizadas ou rotineiras; as práticas assistenciais que intensificam a sensação dolorosa do parto; e a prática assistencial impessoal e fria (Figura 3).

## ■ DISCUSSÃO

Observou-se o reduzido quantitativo de produções científicas voltadas à saúde das mulheres na perspectiva do exercício da autonomia no processo de parto e nascimento. As pesquisas selecionadas, em sua maioria, priorizaram o uso das boas práticas de assistência ao parto recomendadas<sup>(8)</sup>, havendo um déficit de produções que discutiam o assunto sob a ótica desse princípio que é uma precondição para a saúde e cidadania das mulheres.

A prática assistencial extra-hospitalar foi evidenciada como benéfica ao protagonismo feminino na cena do parto<sup>(10-16)</sup>. Bastante associada à busca por uma assistência diferenciada daquela prestada no cenário tradicional hospitalar, esta prática reflete a busca de estratégias para fugir da falta de autonomia e do medo que as mulheres sentem de não estarem no controle durante a vivência do processo parturitivo.

Neste contexto, as casas de parto e o parto domiciliar ganham força. Baseadas em evidências científicas e alicerçadas em um profundo respeito frente às decisões femininas, esta prática extra-hospitalar possibilita a assistência centrada na mulher, principalmente do ponto de vista da

autonomia<sup>(10,12)</sup>. Outro aspecto positivo do cenário extra-hospitalar é a possibilidade de práticas não tradicionais, como as posições verticalizadas durante o processo de nascimento, as quais estão relacionadas à participação mais ativa da parturiente e à assistência por profissionais não médicos que acreditam no potencial do corpo feminino para parir<sup>(14-15)</sup>.

Entre esses profissionais, destaca-se a enfermeira obstetra, a qual demonstra ser favorável à vivência do parto normal e fisiológico, respeitando a autonomia e o exercício da tomada compartilhada de decisões<sup>(11,13-14)</sup>. Sua assistência caracteriza-se pelo diálogo e pela valorização das vivências das mulheres, contribuindo para a potencialização do empoderamento feminino na condução do parto<sup>(10,16)</sup>.

As práticas de o apoio e o conforto realizadas pelos profissionais também se revelam como práticas promotoras da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento<sup>(11,13,16-20)</sup>, uma vez que a assistência não é apenas técnica ou procedimentos assistenciais. Apresentam-se como importantes facilitadores dessa prática os profissionais de enfermagem, principalmente por meio do respeito aos sentimentos das mulheres e valorização de suas queixas, do apoio psicológico e emocional e do uso de técnicas de relaxamento recomendadas pela OMS<sup>(8)</sup> que tragam alívio e conforto às parturientes<sup>(16,19-20)</sup>.

Evidenciam-se ainda como práticas assistenciais que favorecem o exercício da autonomia feminina àquelas relacionadas às ações educativas, corroboradas por grande parte dos estudos<sup>(11,13-14,16,19-24)</sup>. Estas possibilitam o desenvolvimento das potencialidades humanas, permitindo que as mulheres se percebam como sujeitos centrais de sua gravidez e parto, tornando-se ativas nas decisões relacionadas à sua assistência. A informação adquirida pelas mulheres não é utilizada apenas para sustentar as suas escolhas, mas também para que elas vivenciem o nascimento de seus filhos conforme imaginam independente do local.

Dentre as ações educativas, destacam-se como principais estratégias a assistência pré-natal e as atividades em grupo. A assistência pré-natal possibilita o acesso a informações indispensáveis à preservação da autonomia feminina e ao fortalecimento das decisões ligadas ao parto<sup>(11,17,20-21)</sup>. Já as atividades em grupo contribuem para a segurança e autonomia do casal, gerando mudanças de atitudes e comportamento. O processo educativo desenvolvido em grupo gera um impacto positivo não apenas nas mulheres, mas na sociedade como um todo, podendo representar um instrumento de mudança no cenário obstétrico atual<sup>(11,14,22-23)</sup>.

A informação caracteriza-se como fator essencial e constitui a base para que a parturiente tenha autonomia

para escolher ou recusar todo procedimento que diz respeito ao seu corpo, assim como o apoio dos profissionais e a assistência extra-hospitalar. No entanto, se não estiver claro para as mulheres quais são seus direitos e como elas podem reivindicá-los, esta possibilidade torna-se ainda mais distante. O desconhecimento sobre o próprio corpo e os processos reprodutivos dá sustentação aos mecanismos de controle e opressão assumidos pelas mulheres no contexto hospitalar<sup>(11,13,16,18-19,24)</sup>.

Oposto ao descrito anteriormente, o modelo de assistência obstétrica técnico-assistencial esteve diretamente atrelado às práticas que restringem a autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento, sendo descrito na totalidade dos estudos. Evidencia-se como princípio básico desse modelo: as práticas autoritárias de assistência à saúde<sup>(14,17-19,21,23-27)</sup>, ou seja, a posição de autoridade assumida pelo profissional sobre a pessoa cuidada, neste caso, a mulher desapropriada do controle do próprio corpo.

Neste modelo de assistência predomina a ideia da existência de uma relação assimétrica entre profissional e paciente<sup>(17,23-24,26-27)</sup>, o que se torna visível no momento do parto, pois, mesmo quando a mulher participa, é para colaborar com o trabalho do profissional e não para garantir o exercício de sua autonomia. Não lhe é permitido expor seus sentimentos ou opinar sobre seu parto, silencia-se. Seu corpo não lhe pertence; mesmo que falem, as mulheres parecem não serem escutadas.

Somam-se a esse modelo de atenção obstétrica as práticas assistenciais não informadas ou não consentidas<sup>(18-19,21,23-24)</sup>. Comumente alguns procedimentos são impostos ou realizados sem que as mulheres ao menos sejam informadas. A imposição de práticas assistenciais é considerada uma violação do direito da mulher à sua integridade corporal e de estar livre de maus tratos. Nos casos em que são informadas, não lhes é oferecida a oportunidade de participar da decisão sobre o seu corpo, o que limita e impede o exercício de sua autonomia. Essa ausência de comunicação por parte dos profissionais demonstra, de certo modo, o descaso quanto ao direito à informação dessas mulheres.

Igualmente, as práticas assistenciais padronizadas ou rotineiras revelaram-se limitadoras do exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento<sup>(18-19,21,23,25-27)</sup>. Sobrepõe-se a ideia de que a mulher que está passando pelo parto é incapaz de decidir os cuidados que necessita, subordinando-as à aceitação do discurso do profissional. Prescrições generalizadas e sem base em evidências caracterizam uma assistência massificada e autoritária, onde as mulheres são tomadas como corpos iguais.

Em meio às estas práticas não individualizadas e sem base científica, destacam-se a preparação para o parto, en-

volvendo banhos de aspersão, retirada de pêlos, enema, jejum prolongado, infusão de ocitocina e a episiotomia no momento do parto, procedimento nos quais os profissionais são unânimes em afirmar que a decisão não compete às mulheres<sup>(18-19,21,25-27)</sup>. Da mesma forma, na assistência ao parto cesáreo se incluem práticas como: amarrar as mãos das mulheres durante a cirurgia, o uso de medicamentos sedativos e a postergação do primeiro contato com o recém-nascido, o que reforça a negligência com os aspectos emocionais e a autonomia feminina<sup>(28)</sup>.

Reconhece-se que a indicação e realização de determinadas práticas é de responsabilidade do profissional presente no momento do parto, uma vez que este possui qualificação para avaliar a necessidade de intervenções e evitar complicações. Porém, a padronização ou imposição autoritária e a não solicitação do consentimento informado às mulheres subjugam-nas, dificultando sua emancipação como agente ativo do processo de parturição<sup>(19,21,23)</sup>.

Evidenciou-se ainda que as práticas assistenciais que intensificam a sensação dolorosa do parto interferem negativamente no exercício da autonomia das mulheres brasileiras<sup>(17-18,20,23,25-26,29-30)</sup>. Muitas vezes são intervenções obstétricas não recomendadas<sup>(8)</sup> como: o isolamento e abandono no centro obstétrico, o uso abusivo de ocitocina artificial, a manobra de Kristeller e a episiotomia<sup>(18,20,25)</sup>. Este quadro agrava-se na medida em que não são utilizados métodos para o alívio da dor e analgesia de parto<sup>(17,29)</sup>.

O sofrimento causado pela dor é determinante para impotência feminina, ao aliviar ou minimizar a experiência da dor, permite-se que a mulher assuma o controle sobre o processo de parturição, tornando-se mais ativa e participativa. Porém, apesar do uso de técnicas para alívio da dor durante o trabalho de parto ser amplamente recomendado, sua utilização varia conforme a filosofia da instituição<sup>(20)</sup>. Quando o profissional banaliza ou não considera as queixas físicas da parturiente, acreditando que a dor é legítima da vivência do parto, não há escuta e nem negociação possível, mas sim, limitação, imposição e violência<sup>(18,23,26,30)</sup>.

A prática assistencial impessoal, fria e distanciada das recomendações ministeriais também se revelou uma barreira ao exercício da autonomia das mulheres brasileiras no nascimento de seus filhos<sup>(16,18,21,25-26,30-31)</sup>. É reflexo da solidão, do medo e da tristeza diante do abandono no centro obstétrico. Muitos profissionais transferem totalmente para as mulheres a responsabilidade do enfrentamento do processo do trabalho de parto, distanciando-se e priorizando as prescrições médicas durante a assistência<sup>(16,18,21)</sup>.

Durante o trabalho de parto, a maioria das mulheres almeja a presença permanente e qualificada dos profissionais, em especial quando estão vivenciando contrações

dolorosas<sup>(18,21)</sup>. Todavia, quando os limites do comportamento esperado pela equipe são ultrapassados pelas mulheres, é gerada uma forte tensão entre os profissionais. Passa a ser adotada então, uma postura que denota desrespeito com a cultura feminina e, através de atitudes de repressão, obriga-se a mulher a agir conforme as regras de comportamento impostas<sup>(25-26,30-31)</sup>.

Compreende-se que algumas condutas obstétricas perpetuadas por longos períodos são difíceis de serem mudadas, sendo necessário um processo de discussão, com intuito de fomentar a mudança no cenário obstétrico atual<sup>(21)</sup>. É preciso repensar a atuação dos profissionais de saúde e o modelo de atenção que valoriza a técnica em prol do relacionamento humano, visando oferecer a todos os envolvidos no processo de gestação e nascimento a individualização e melhoria do atendimento e o resgate da autonomia feminina<sup>(16,20-21)</sup>.

## ■ CONCLUSÕES

Esta revisão integrativa da literatura apresentou a produção científica sobre as práticas de assistência à saúde que interferem na participação ativa e tomada de decisões das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento. Evidenciou-se como práticas que interferem positivamente no exercício de sua autonomia: as práticas assistenciais extra-hospitalares; as práticas assistenciais de apoio e conforto; e as práticas assistenciais educativas. Como práticas assistenciais que interferem negativamente: as práticas assistenciais autoritárias; as práticas assistenciais padronizadas ou rotineiras; as práticas assistenciais que intensificam a sensação dolorosa do parto; e a prática assistencial impessoal e fria.

Considera-se como possível limitação desta revisão a análise apenas de estudos realizados no Brasil, não sendo possível avaliar o panorama geral da assistência obstétrica, no entanto este fato justifica-se pelos modelos díspares de assistência obstétrica prestada em âmbito mundial.

Destacou-se a potencialidade das práticas educativas como estratégias para promoção do protagonismo das mulheres no cenário obstétrico e na efetivação de seus direitos. Entretanto, revelou-se uma situação de alerta relativa ao grande descompasso existente entre o cotidiano assistencial e as recomendações ministeriais, uma vez que a maioria dos estudos evidenciou práticas que limitam a autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento. Claramente há um retrocesso no reconhecimento e concretização dos direitos femininos na sua plenitude, impossibilitando o exercício de sua autonomia diante do próprio corpo e parto.

Os resultados encontrados valorizam a necessidade de maior intervenção da enfermagem em prol da autonomia das mulheres, propiciando um resgate do seu protagonismo no processo de parto e nascimento. Ressalta-se ainda a importância da enfermagem obstétrica neste cenário, pois além de fundamentar sua assistência nos preceitos da desmedicalização e valorização do parto fisiológico, encontra-se em ascendência profissional e possui forte representatividade no campo da enfermagem em geral. Assim, tornam-se relevantes estudos pautados na valorização das singularidades e subjetividades femininas, na democratização das relações entre profissionais e pacientes e na percepção dos envolvidos na cena do parto sobre aspectos conceituais e éticos relacionados à autonomia das mulheres.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Souza JP, Pileggi-Castro C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Supl):S11-S13.
2. Carneiro MS, Teixeira E, Silva SED, Carvalho LR, Silva BAC, Silva LFL. Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. *Rev Min Enferm*. 2013 [citado 2016 set 26];17(2): 446-453. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/662>.
3. Silva ALS, Nascimento ER, Coelho EAC. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Esc Anna Nery*. 2015;19(3):424-31.
4. Oladapo OT, Souza JP, Bohren MA, Tunçalp Ö, Vogel JP, Fawole B, et al. WHO Better Outcomes in Labour Difficulty (BOLD) project: innovating to improve quality of care around the time of childbirth. *Reproductive Health*. 2015;12:48.
5. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):e3570014.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, no âmbito do sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2000 jun 8;138(110-E Seção 1):4-6.
7. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987 Feb;10(1):1-11.
8. Organização Mundial da Saúde (CH). *Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra; 1996.
9. Fineout-Overholt E, Stillwell SB. Asking compelling, clinical questions. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 25-39.
10. Zweiter M, Souza IEO. Solicitude constituindo o cuidado de enfermeiras obstétricas à mulher-que-dá-à-luz-na-casa-de-parto. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):86-92.
11. Pereira ALF, Bento AD. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev Rene*. 2011;12(3):471-7.
12. Clementino MOS, Silva JV. Os significados e os motivos de dar à luz em Casa de Parto: as representações sociais no contexto bioético de puérperas de São Paulo, SP. *Mundo Saúde*. 2008;32(4):452-7.

13. Gonçalves R, Aguiar CA, Merighi MAB, Jesus MCP. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):62-70.
14. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(3): 875-82.
15. Gayeski ME, Brüggemann OM. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(2):153-9.
16. Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC, Felipe GF. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rev. Rene*. 2010;11(esp):32-41.
17. Melo KL, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Leão DCMR, Silva LA. O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal. *Rev Pesqui: Cuid Fundam Online*. 2014 [citado 2016 fev 19];6(3):1007-20. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3124>.
18. Santos LM, Pereira SSC. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. *Physis*. 2012;22(1):77-97.
19. Santos JO, Shimo AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Esc. Anna Nery*. 2008;12(4):645-50.
20. Pinheiro BC, Bittar CML. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal*. 2013;25(3):585-602.
21. Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Gonçalves BG, Rodrigues EF, Azambuja EP. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(1):30-7.
22. Almeida MRCB, Souza KV, Maciel VB, Ribeiro JT, Amaro MLM, Costa MJ, et al. Percepção e perspectivas de gestantes sobre o processo do parto a partir de oficinas educativas. *Rev Min Enferm*. 2011;15(1):79-85.
23. Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):60-5.
24. Griboski RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(1):107-14.
25. Pimenta LF, Silva SC, Barreto CN, Ressel LB. A cultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto. *R Pesq: Cuid Fundam Online*. 2014 [citado 2016 fev 19];6(3):987-97. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3165>.
26. Nakano AMS, Ferreira CHJ, Almeida AM, Gomes FA. Childbirth experience according to a group of Brazilian primiparas. *Midwifery*. 2012;28(6):e844-e849.
27. Sodré TM, Lacerda RA. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):82-9.
28. Salgado HO, Niy DY, Diniz CSG. Meio gregue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *J Human Growth Develop*. 2013;23(2):190-7.
29. Barbosa CM, Dias MD, Silva MSS, Carício MR, Medeiros APDS. Mulheres e parteiras tradicionais: práticas de cuidado durante o processo de parto e nascimento em domicílio. *R Pesq: Cuid Fundam Online*. 2013 [citado 2016 fev 19];5(1):3206-20. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1893>.
30. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Sup.2):S419-S427.
31. Pimenta LF, Ressel LB, Stumm KE. A construção cultural do processo de parto. *R Pesq: Cuid Fundam Online*. 2013 [citado 2016 fev 19];5(4):591-8. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2344>.

■ **Autor correspondente:**

Thamiza Laureany da Rosa dos Reis  
E-mail: [thamiza1@hotmail.com](mailto:thamiza1@hotmail.com)

Recebido: 22.05.2016  
Aprovado: 10.01.2017