

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

KAMILA ALVES BROM

**Avaliação da Qualidade da Assistência ao Parto e Nascimento na Visão das Puérperas:
uma revisão de escopo**

BRASÍLIA - DF
2023

KAMILA ALVES BROM

**Avaliação da Qualidade da Assistência ao Parto e Nascimento na Visão das Puérperas:
uma revisão de escopo**

Monografia apresentada no Departamento de Saúde Coletiva na Universidade de Brasília, como parte das exigências para a obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Professora Doutora Dais Gonçalves Rocha

Coorientadora: Daphne Rattner

BRASÍLIA - DF
2023

KAMILA ALVES BROM

**Avaliação da Qualidade da Assistência ao Parto e Nascimento na Visão das Puérperas:
uma revisão de escopo**

Defesa pública em Brasília,
14 de dezembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Dais Gonçalves Rocha (Presidente Orientadora)
Universidade de Brasília

Professora Doutora Rosamaria Giatti Carneiro
Universidade de Brasília

Doutora Denise Yoshie Niy
Universidade de São Paulo

BRASÍLIA - DF
2023

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, expresso minha profunda gratidão aos meus estimados pais, Pedro Carvalho e Rose Alves. Por todos os momentos de minha vida, desde os primeiros instantes da minha existência, ainda no ventre de minha mãe, a presença do amor e carinho de vocês contribuiu para quem hoje sou. Em todas as circunstâncias, felizes ou adversas, contribuíram significativamente para que eu busque uma melhoria constante como ser humano. A ambos, expresso meu sincero agradecimento por nunca terem deixado faltar amor e educação, pilares essenciais para o crescimento individual e coletivo.

Estendo minha gratidão às minhas avós, Carminha e Quita, por mulheres tão corajosas, incríveis, marcantes, e que muito ajudaram quanto aos cuidados durante minha infância e que perduram até hoje, assim como à minha tia Rose Lana, cuja generosidade e bondade sempre foram exemplos inspiradores. Tenho também gratidão aos meus guias, que me amparam e tornam minha jornada em vida menos complexa.

Meu agradecimento à Laura Coutinho, cuja amizade e apoio inabaláveis, ao longo de quase uma década, foram fundamentais na elaboração deste trabalho e por finalmente estarmos finalizando mais uma grande etapa de nossas vidas lado a lado. Agradeço também a Daniel Rabelo, por ouvir cada um dos meus medos, por todo amor diário, companheirismo e idealizações que, aos poucos, estamos concretizando.

Um agradecimento especial é dedicado a Dais Rocha e Daphne Rattner, pela paciência e compreensão demonstradas diante de todos os meus anseios durante este trabalho, mantendo a fé em meu potencial mesmo quando eu duvidava. Agradeço por serem educadoras excepcionais e por incentivarem minha escolha no caminho da ciência. Neste contexto, expresso também minha gratidão a todo o corpo docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Como futura sanitarista, é inevitável não agradecer a todos os envolvidos no Movimento da Reforma Sanitária. Suas contribuições, utilizando a saúde como ferramenta revolucionária e emancipadora, culminaram na criação do Sistema Único de Saúde. Este, apesar dos constantes desafios, continua a ser um pilar fundamental para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 : Fluxograma adaptado do PRISMA.

31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Razão de Mortalidade Materna (RMM), Coeficiente de Mortalidade Neonatal (CMN) e Nascidos Vivos NV. Brasil, 2017 a 2021. 17

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Quantidade de resultados por país, levantamento da literatura sobre qualidade da atenção perinatal, 2013 a 2023.	32
Gráfico 2: Quantidade de publicações no período de 2013 a 2023.	33
Gráfico 3: Metodologias utilizadas em artigos de levantamento sobre qualidade da atenção perinatal, 2013 a 2023.	33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Termos escolhidos baseados no mnemônico.	28
Quadro 2: Estratégia de busca nas bases de dados.	29
Quadro 3: Estudos encontrados conforme autoria e ano de publicação, título, país de produção, metodologia e instrumento, PubMed e LILACS, 2013 a 2023.	56
Quadro 4: Dimensões da qualidade do parto e nascimento segundo puérperas nos estudos incluídos, 2013 a 2023.	35

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Apice-ON - Programa de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino de Obstetrícia e Neonatologia

JBI - *Joanna Briggs Institute*

MS - Ministério da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PHPN - Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNH - Política Nacional de Humanização

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PRISMA-ScR - *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*

RC - Rede Cegonha

RE - Revisão de Escopo

SUS - Sistema Único de Saúde

VO - Violência Obstétrica

RESUMO

Este estudo teve por objetivo geral mapear a produção científica sobre avaliação da qualidade da assistência ao parto e nascimento na perspectiva das puérperas. Para tal, desenvolveu-se uma revisão de escopo objetivando fazer um levantamento de publicações em bases de dados, a fim de identificar as principais lacunas nos estudos encontrados e mapear as principais metodologias, instrumentos utilizados e critérios para avaliação da qualidade o parto e nascimento. Utilizou-se os passos do Manual do *Joanna Briggs Institute* – JBI. Foram identificados 119 estudos na busca, dos quais, após remoção de duplicatas (1), resultaram em 118 estudos para leitura de títulos e resumos. 28 estudos seguiram para leitura de textos completos, onde 10 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Por fim, foram incluídos 18 estudos na presente revisão. A maioria dos estudos eram do ano de 2020 (4), país Brasil (7), adotou método qualitativo e o instrumento mais utilizado foi o questionário. Após análise temática, verificou-se que a dimensão de qualidade compreende 5 categorias: acessibilidade; relacionamento entre paciente e profissionais de saúde; condições da estrutura do serviço; informação à paciente; equidade e opinião da paciente. Ainda há lacunas quanto à acessibilidade, equidade e consideração da opinião da paciente, sendo necessário um olhar mais holístico e inclusivo do conceito de saúde, além de uma necessidade de maior percepção quanto às experiências subjetivas das mulheres no momento da avaliação.

Palavras-chave: Revisão de Escopo; Avaliação da Qualidade; Parto e Nascimento.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 O Parto	16
2.2 A Cesariana	18
2.3 Violência obstétrica	20
2.4 Humanização do Parto e Nascimento	22
2.5 Avaliação da Qualidade da Assistência	24
3. OBJETIVOS	28
3.1.GERAL	28
3.2 ESPECÍFICOS	28
4. METODOLOGIA	29
4.1 Pergunta de Revisão	29
4.2. Critérios de Inclusão e Exclusão	30
4.3 Estratégia de Busca e Seleção dos Estudos	30
4.4 Análise dos Dados	31
5. RESULTADOS	32
6. DISCUSSÃO	39
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
8. REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES	58
1. Apêndice 1:	58

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é baseado em uma pesquisa anterior que foi desenvolvida em disciplina da graduação em Saúde Coletiva. A pesquisa prévia, intitulada como “Avaliação da Qualidade da Atenção ao Parto no Hospital Universitário de Brasília segundo diretrizes da Rede Cegonha: visão das parturientes”, foi quantitativa e objetivou uma avaliação de processos da qualidade dos partos que ocorreram no Hospital Universitário de Brasília, baseando-se em diretrizes da Rede Cegonha através da visão das puérperas. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário. Os resultados encontrados apontaram que o HUB possui boas práticas de parto e nascimento, cumprindo com as Diretrizes II e III da Rede Cegonha, que se referem, respectivamente a garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; e garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento.

No entanto, restrições foram percebidas, como o fato que a investigação não pôde tornar-se uma publicação científica por não ter passado pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP), apenas aprovada pela gestora e representantes da equipe do Ambulatório de Saúde da Mulher no HUB, onde se encontra a maternidade. Outro fator restritivo foi o prazo para a realização da avaliação, que limitou o tempo de coleta da amostragem.

Durante a realização do estudo anterior, foi notado que uma revisão bibliográfica seria fundamental previamente à ida a campo. Essa metodologia possibilita compreender a caminhada de aprendizagem já realizada por outros pesquisadores, permitindo uma melhor visão da produção de conhecimento científico já executada ao longo das décadas. Investir na abordagem preparatória se revela de suma importância, uma vez que contribui para a contextualização do estudo em um panorama mais amplo, enriquecendo a análise de futuros estudos.

A fim de manter uma temática próxima, todavia de maneira mais ampla, a pesquisa atual a ser desenvolvida é uma Revisão de Escopo buscando um mapeamento da produção científica sobre avaliação da qualidade da assistência ao parto e nascimento em bases de dados. Essa proposta de avaliação possui grande valor devido à relevância da temática para a Saúde Coletiva, pois parte desta área se compromete com a elaboração e execução de programas, juntamente com a avaliação e monitoramento dos mesmos.

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da Saúde da Mulher, no Brasil, há uma preocupação de uma assistência obstétrica de qualidade considerando os altos índices de cesarianas desnecessárias (Brasil, 2013) e o não cumprimento das metas da redução da mortalidade materna conforme o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 estabelecido pela Organização das Nações Unidas (2015). Uma das estratégias para enfrentamento deste problema de saúde pública foi a criação do Programa de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino de Obstetrícia e Neonatologia (Apice-ON) em hospitais de ensino. Essa iniciativa teve como objetivo atualizar as práticas de assistência, ensino e gestão, promovendo a adoção de abordagens embasadas em evidências científicas no cuidado e ensino, além de introduzir práticas de gestão participativa (Brasil, 2017 a).

O Apice-ON atua objetivando a efetivação das práticas preconizadas pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal nos 96 Hospitais de Ensino integrantes do programa. Essas Diretrizes foram elaboradas de acordo com a metodologia preconizada pela *National Institute of Clinical Excellence* do Reino Unido e consistem em orientações para promover e assegurar um processo respeitoso e humanizado ao parto normal, incentivando a humanização durante todo o processo de nascimento; o protagonismo da mulher, visto que é esta que realiza o parto e a equipe profissional apenas presta assistência, respeitando suas escolhas e a apoiando emocionalmente. Além disso, enfatizam a relevância da qualificação dos profissionais de saúde, evitando intervenções desnecessárias, respeitando o processo e ritmo fisiológico do parto. Essas diretrizes também promovem a criação de ambientes seguros, equipados e acolhedores para o parto, com a disponibilidade de recursos necessários para lidar com complicações emergenciais, garantindo a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê durante todo o processo (Brasil, 2017b).

O Ministério da Saúde também possui as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Essas Diretrizes surgiram para promover uma abordagem segura e adequada de cirurgias cesarianas, além de objetivar a redução das taxas desnecessárias dessa cirurgia, priorizando o parto natural. Há uma ênfase da importância da discussão e esclarecimento com a mãe a respeito dos riscos e benefícios sobre todos os tipos de parto, bem como a necessidade de um ambiente adequado para a realização da operação. Ademais, são destacados o respeito à autonomia da mulher, valorização do parto natural e a necessidade do

suporte físico e emocional (Brasil, 2015).

Portanto, o programa Apice-ON, que atua em concomitância com diversas estratégias governamentais, surgiu para o aprimoramento no ensino, na assistência e na gestão dos hospitais de ensino para influenciar a formação de profissionais de saúde como obstetras, enfermeiras obstetras e obstetrizas, para que estes atuem em conformidade com a Rede Cegonha.

O programa Rede Cegonha (RC) surgiu por meio da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, e foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) por meio de duas portarias: a GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que faz a determinação de diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde, em complemento com a portaria nº 2.351 de 05 de outubro de 2011 que torna presente no Sistema Único de Saúde (SUS) a RC. Foi regulamentado pela portaria SAS nº 650/2011 (Brasil, 2011a, 2010, 2011b, 2011c).

A RC é uma ação governamental a fim de promover a diminuição das mortalidades materna e neonatal, garantir as boas práticas de atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento, além de ampliar o acesso ao cuidado no período gestacional e puerpério, acompanhando mãe e bebê (Fiocruz, 2012). Baseando-se nos princípios do SUS, este programa também busca, por meio de boas práticas, garantir aspectos da humanização.

Em concordância com o documento “Assistência ao parto normal: um guia prático” (OMS, 1996), as práticas de atenção ao parto e nascimento se definem em quatro categorias: categoria A- práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, como o respeito à escolha da mãe sobre o local do parto; categoria B- práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, como uso rotineiro de tricotomia; categoria C- práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão, como o clampeamento precoce do cordão umbilical; categoria D- práticas frequentemente usadas de modo inadequado, como o controle da dor por analgesia peridural ou a cesariana.. Essas recomendações foram atualizadas em 2018, na publicação “*Intrapartum care for a positive childbirth experience*” (OMS, 2018), a segunda de três publicações que abordam a recomendação de que os cuidados se orientem de forma a proporcionar uma experiência positiva à mulher e quem a acompanha, também na gestação (OMS, 2016) e no pós-parto (OMS, 2022).

Diversos países, incluindo o Brasil, apresentam esmagadoras taxas de cesarianas, variando ao se tratar do setor público e privado. Após a Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para Partos e Nascimento, em 1985, foi gerada uma Declaração, em patrocínio da OMS, com o governo do Ceará, respaldando práticas recomendadas de assistência

hospitalar ao parto, determinando como diretriz uma taxa entre 12% e 15% de cesarianas e que busca amparar políticas, programas e condutas profissionais (Batista, 2018). A partir desta Declaração, foi estabelecido a nível mundial essa mesma taxa como a referência esperada de cesáreas, tornando números acima disso injustificáveis, além de perceber que há uma relação entre as taxas de cesarianas com o coeficiente de mortalidade neonatal e razão de mortalidade materna (OMS, 2015).

Já ao se tratar da humanização do parto, é notório que não há um conceito único para se definir este fenômeno, visto que este é polissêmico, subjetivo e singular para cada indivíduo. Todavia existe um consenso entre a comunidade que luta pela humanização do parto e nascimento, enunciando que este é a redefinição das relações humanas na assistência, uso de práticas baseadas em evidências científicas, é também um meio de promover política, cumprindo com os direitos das mulheres, validando aspectos culturais, garantia da autonomia da mulher, uma forma de redução agravos, entre outros (Diniz, 2010).

A humanização é uma peça-chave para a amenização de medos, inseguranças, além de ser um meio de promoção de bem-estar e saúde mental (Estrela, 2020). A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma maneira de garantir a humanização, devendo estar sempre disponível para as necessidades das mulheres no planejamento gestacional, também durante e após a gravidez, sendo uma facilitadora ao acesso aos exames e atendimentos necessários (Lamy *et al*, 2023).

A rede de apoio à mulher também é essencial para que haja uma segurança durante todo o processo gestacional, no momento do parto e após, esta rede geralmente é composta por companheiro(a), familiares, doula entre outros. O suporte social auxilia contra situações estressoras, aspectos emocionais, informacionais e instrumentais, contribuindo até mesmo contra a depressão pós-parto (Lamy *et al*, 2023) e, uma Rede de Apoio com acesso a informações adequadas auxilia na redução de que ocorra um evento com violência obstétrica.

A violência obstétrica era descrita pela Organização Mundial da Saúde como a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis (OMS, 1996), posteriormente, houve uma atualização da abrangência do termo, definindo assim, como “abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência” (OMS, 2014). Um dos fatores que exercem grande influência é a falta de informação, podendo levar a conformidade com a exploração que, em alguns casos, pode ser confundida como parte da assistência esperada de um profissional, as levando para situações violentas sem questionamentos (Zanardo *et al*, 2017).

Por conseguinte, é notório que aspectos das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, cercando aspectos como a qualificação da equipe de profissionais de saúde, a realização de uma comunicação efetiva à mãe e acompanhante, respeito aos direitos

reprodutivos da mulher, humanização e outras características incluídas nestes âmbitos citados, são caminhos para redução da violência obstétrica.

Todos esses aspectos são indispensáveis para a redução da mortalidade materna no Brasil e no mundo. Conforme o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ONU, 2015) que se define em "assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades", a razão de mortalidade materna, para o Brasil, que não é considerada alarmante é de 30 mortes para cada cem mil nascidos vivos e, para mortalidade neonatal, deve ser de 5 a cada mil nascidos vivos. Ao se tratar da meta geral, para todos os países, os valores passam a ser 70 mortes maternas por cem mil nascidos vivos.

Neste contexto global, a presente pesquisa visa elucidar o panorama científico contemporâneo em relação à avaliação da assistência ao parto sob a perspectiva das puérperas. A avaliação, quando conduzida sob a ótica da principal beneficiária dos serviços de saúde, não só facilita decisões mais alinhadas à realidade específica de cada Sistema de Saúde, mas também fomenta o reconhecimento de necessidades que transcendem o âmbito biomédico. Esta abordagem amplifica o conceito de saúde como bem-estar físico, mental e social, proposto pela Organização Mundial da Saúde, potencializando, assim, o impacto e a abrangência das intervenções de saúde.

No âmbito da avaliação da qualidade da assistência ao parto, o profissional de Saúde Coletiva desempenha um papel crucial. Essa área busca análise e interpretação de dados de saúde relacionados à Saúde da Mulher, objetivando compreender a assistência diante dos fenômenos envoltos do parto para, assim, poder gerar melhorias na prestação de serviços de saúde materna. O sanitarista também atua na implementação de políticas e programas voltados para a experiência do parto, visando não apenas melhoria das técnicas aplicadas, mas também que se preste atenção a aspectos psicológicos da mulher. Para que estas melhorias se concretizem, é necessário um ciclo constante de avaliação e monitoramento da efetividade das práticas de saúde. Dessa forma, o bacharel em Saúde Coletiva pode contribuir significativamente para a promoção de uma experiência de parto mais segura, respeitosa e satisfatória para as mulheres, como preconiza a OMS, para uma experiência positiva recebida durante a gestação, no parto e no pós-parto.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Parto

Há muitos séculos, o ser humano é o animal em maior número de indivíduos da mesma espécie, chegando a mais de oito bilhões espalhados em diferentes continentes, interligados por terras ou separados por imensos oceanos ou até isolados em ilhas de difícil acesso. Para que pudesse ocupar todos os continentes do planeta Terra, uma coisa é certa: conseguiu-se enorme adaptação às condições de vida em cada canto do mundo, e esta adaptação se aplica, primordialmente, à capacidade instintiva das mulheres de dar à luz vida.

O parto era um evento envolto da ambiência doméstica, de maneira íntima e reservado de mulheres, com outras mulheres (Palharini; Figueirôa, 2018). Com a criação dos hospitais por volta do século XIX (Paterno *et al*, 2010), o fenômeno no parto teve sua principal protagonista retirada de cena, tornando-se um acontecimento médico-centrado. Tornando, desta maneira o homem, o suposto primordial para que o parto pudesse ocorrer, minimizando o trabalho que o corpo da mulher é naturalmente capaz de proporcionar e, dessa forma, acentuando as desigualdades de gênero que ainda perduram em nossa sociedade

Conforme acrescentam Palharini e Figueirôa (2018):

Nesse sentido, é possível estabelecer uma relação política entre médicas e parteiras na história das práticas de atenção obstétrica, na medida em que o deslocamento de atores nesse campo se deu graças ao investimento na marginalização das mulheres – seja pelo não acesso às faculdades de medicina, seja pela desqualificação das práticas populares, no caso das parteiras. Essa marginalização operou uma lacuna na presença feminina na atenção ao parto, que está na base da constituição de uma assistência médico-centrada e tutelada por uma ciência masculina.

Ao passar dos séculos, o parto é posto para sociedade como um evento amedrontador. Para sanar este “problema”, a medicina avança com uma combinação sedativa de morfina, escopolamina e ocitócitos, para que, assim, seja possível retirar, de maneira facilitada e rápida, o bebê com fórceps altos. O malefício desta técnica se dá em efeitos alucinógenos da escopolamina, que provocava agitação, levando a equipe a amarrar as parturientes na cama, gerando hematomas e, além de provocar perda de memória e alta morbimortalidade materna e perinatal (Diniz, 2005).

Com isso, há mudanças no cenário obstétrico. Em meados do século 20, as mulheres passam a ter um parto despertas e conscientes, mas ainda sendo padronizadas para que tenham um parto imobilizado e na posição litotômica, em prol da facilidade da realização de exames e procedimentos como a episiotomia por médicos e estudantes (Diniz, 2005). Por volta da

década de 60 surge a anestesia epidural, a fim de tornar o parto ainda mais medicalizado e com controle mais adequado da dor (Szejer; Stewart, 1997).

Até então, o cenário das salas de parto era repleto de desconhecidos e solidão. Sentimento solitário que, até há algum tempo atrás, era desconhecido por muitas mulheres, visto que costumavam, no momento do parto, estar acompanhadas de suas mães e amigas. Agora, a parturiente se encontrava cercada de uma equipe em prontidão para prestar assistência, mas a entrada do acompanhante ainda não era permitida, tendo como consequência uma maior propensão de postura de passividade quanto aos procedimentos realizados em seu corpo (Vendrúsculo; Krueel, 2016).

É incontestável que o processo de transição do parto domiciliar para hospitalar não se deu por uma atitude passiva das parteiras, oposto a isso, as primeiras maternidades se encontravam com poucas mulheres, pelo receio de ferir aspectos que ditavam o conservadorismo social e medo da figura masculina para prestar assistência, já que as parteiras eram referências sábias. Todavia, com o corpo da mulher como espaço em disputa, a medicina, aliada a visão da igreja, fizeram com que as rezas proferidas pelas parteiras fossem estigmatizadas com bruxaria e charlatanismo, além de ressaltar a falta de técnica que estas possuíam com fórceps e bisturi, instrumentos capazes de salvar vidas (Carneiro, 2015).

A obstetrícia finalmente foi evoluindo se baseando na ciência com evidências e, por resultado, de pesquisas realizadas ao redor do mundo. No Brasil, um dos grandes marcos foi o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pela Portaria/GM nº 569, de junho de 2000. Esse Programa visou a diminuição da mortalidade materna, peri e neonatal; também objetivou criar, melhorar e ampliar medidas voltadas para atenção à gestante e bebê durante todo o período de pré-natal, parto e puerpério (Brasil, 2000). O PHPN foi precursor de outros programas como a Rede Cegonha, que também objetiva a redução de mortes de mães e bebês, além do acesso dessas mulheres às maternidades de referência; ainda em consonância, foi criado o Apice-ON, voltado para capacitação de profissionais de saúde em hospitais de ensino, para que estes atuem em conformidade com a Rede Cegonha (Brasil, 2011a; 2017a)

Mesmo com tamanha evolução em técnicas de assistência e estrutura adequada, ainda vivemos no Brasil o “paradoxo perinatal brasileiro” (Lansky *et al*, 2014) e, conforme a Tabela 1, com dados atualizados até 2021, quando comparado a meta proposta pelo ODS 3, ainda nos encontramos acima do idealizado.

Tabela 1: Razão de Mortalidade Materna (RMM), Coeficiente de Mortalidade Neonatal (CMN) e Nascidos Vivos NV. Brasil, 2017 a 2021.

Ano/ RMM, CMN	2017	2018	2019	2020	2021
RMM	58,76	56,30	55,31	71,97	113,18
CMN	8,76	8,54	8,60	8,27	8,39
NV	2.923.535	2.944.932	2.849.146	2.730.145	2.677.101

Fonte: Elaborada pela autora com base em dados do DATASUS, 2023.

Mediante a essa trajetória do parto, brevemente abordada neste tópico, é necessária uma reflexão sobre o quão distante de nossas origens nos encontramos nos dias atuais, mas que com programas, políticas e guias de influentes órgãos caminhamos para um parto cada vez mais seguro e baseado em evidências científicas. O parto é e sempre foi um fenômeno natural, mas que aos poucos foi mudando de protagonista, retirando a autonomia da mulher neste momento singular. Todavia, há esforços de movimentos sociais, políticas públicas, programas entre outros que auxiliam profissionais prestar assistência ao parto, tornando novamente a mulher a protagonista deste fenômeno, garantindo também a segurança, confiança e dignidade conforme os direitos desta mulher como mãe e cidadã.

2.2 A Cesariana

Cesarianas surgiram com o objetivo primário de salvar a vida das mulheres e dos bebês, mesmo sabendo que, nas primeiras “versões” dessa operação, a mortalidade materna seria quase certa, visto que as técnicas e tecnologias da época não eram suficientes para preservar ambas as vidas. O embasamento teórico para as cirurgias cesarianas se iniciou em 1543 com a obra de Andrés Vesalius descrevendo a anatomia feminina. Em 1610, Witteburg realizou o que é considerado por muitos a primeira cirurgia cesariana. A técnica foi sendo aprimorada e após a Segunda Guerra Mundial, as taxas de cesarianas elevaram-se de maneira constante até os tempos atuais (Parente *et al*, 2010).

O modelo que rege nossa sociedade, descrito pela antropóloga e ativista Davis-Floyd (2001), é o tecnocrático. Esta forma de assistência obstétrica não se propõe a considerar o protagonismo da mulher durante o momento do parto, enfatizando ainda mais a presença de regras e práticas masculinas sob o corpo feminino. O corpo da mulher passa a ser considerado

como uma máquina que necessita de correções, incentivando intervenções e técnicas muitas vezes desnecessárias e prejudiciais.

Uma exemplificação do fenômeno descrito no parágrafo anterior se dá por meio de um relato extraído do documentário “Violência obstétrica: A voz das brasileiras” (Exposição Sentidos do Nascer, 2015), em que mulher narra sua experiência de parto por cesariana citando “fiquei sozinha (na sala de parto) como se eu fosse um subproduto”. Isso demonstra que a grande problemática atual não é a operação em si, mas sim como esta tem sido realizada e a maneira que algumas equipes de saúde têm tratado as parturientes.

No Brasil e no mundo, há um fenômeno denominado “paradoxo perinatal”, pois, mesmo com partos ocorrendo majoritariamente em âmbito hospitalar e sendo assistidos por médicos, os resultados de mortalidade neonatal e infantil ainda se encontram acima do que é adequado, além de haver alta medicalização do parto e nascimento. As possíveis razões para a ocorrência desse fenômeno se dão pela utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas, dentre estas práticas está a indicação indiscriminada de cesarianas (Lansky *et al*, 2014).

Uma grande motivação no meio obstetra para indicação de cesarianas é o medo de processos judiciais, uma vez que a obstetrícia é uma das especializações médicas que mais sofre denúncias e inquéritos. A relação médico e paciente têm se afinando cada vez mais a uma mera prestação de serviço, reafirmando a comercialização da saúde. As principais queixas recebidas pelos juízes são: questionamentos da causa da morte do neonato, possibilidades em diagnóstico precoce de sofrimento fetal e se havia indicação de cesariana previamente. Sob outra perspectiva, poucos questionamentos são prestados sobre cesarianas já realizadas, sendo desnecessárias ou não (Costa & Ramos, 2005).

Em conformidade com a Declaração da Organização Mundial da Saúde sobre as Taxas de Cesáreas (2015), a taxa considerada aceitável dessa operação é entre 10% e 15%, esses valores foram estabelecidos inicialmente após uma reunião da OMS em Fortaleza -CE em 1985 e reiterados em outras pesquisas. Dado que, a cesariana é um tipo de cirurgia emergencial e, como qualquer procedimento cirúrgico, não é isento de riscos, podendo oferecer riscos à vida de curto a longo prazo. Entre esses riscos estão: aumento de morbidade materna, parada cardíaca, hematoma de parede, histerectomia, propensão a infecção puerperal, complicações anestésicas, tromboembolismo venoso, hemorragia, entre outros (Brasil, 2013).

A indicação de um parto por intermédio de cesariana se dá em situação em que há riscos para a saúde materna ou fetal. Dentre os riscos maternos que cabem indicação dessa operação, estão: inserção placentária anormal, infecções com alto risco de transmissão para o

bebê, risco iminente de rotura uterina, massa obstruindo a vagina, entre outras; já quando os riscos remetem ao bebê, são: prolapso do cordão umbilical, vitalidade do bebê comprometida, diminuição do batimento cardíaco do bebê durante o trabalho de parto e malformações que impedem a passagem do bebê pela vagina (Instituto Nascir, 2020).

A priori, este tipo de parto surge para situações emergenciais, porém por oferecer uma certa segurança por ser um procedimento cirúrgico, se tornou eletiva. Apesar deste fato, a cirurgia oferece benefícios, majoritariamente ao bebê, quando realizada em situações adequadas: evita a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis, asfixia neonatal, hemorragia intracraniana, enterocolite necrosante (grave infecção bacteriana intestinal), entre outros (Gómez *et al*, 2009).

Segundo Braga e colaboradores (2023), “as taxas de cesariana vêm aumentando progressivamente ao longo das décadas em todos os países, e no Brasil ela atingiu a cifra elevada de 56%, ficando atrás apenas da República Dominicana (59%) e muito acima da média dos países em desenvolvimento”. Por conseguinte, é perceptível que toda a história da obstetria, sua caminhada e apoderamento do corpo feminino como campo de dominância, influencia fortemente os números alarmantes de cesarianas sem indicações condizentes com a literatura científica.

2.3 Violência obstétrica

A dignidade, a humanização, o respeito e a assistência baseada em boas práticas são aspectos essenciais que compõem um parto adequado aos direitos das mulheres, seja ele natural, vaginal ou através da cirurgia cesariana. Qualquer ação que não vai ao encontro a essa atmosfera respeitosa, violando os direitos da cidadã, como o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação, é caracterizada como Violência Obstétrica (VO) (OMS, 2014). A Violência Obstétrica é definida como maus-tratos físicos ou mentais, podendo ser causados por meios físicos ou verbais durante o momento de assistência à mulher quando gestante ou puerpera (Tesser, 2015).

A Venezuela, em 2007, foi o primeiro país da América do Sul a reconhecer e definir a Violência Obstétrica e delimitá-la como um delito contra a Saúde da Mulher e seus direitos como cidadã. Isso se concretizou por meio da promulgação da Lei 38.668, a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, que possui a função de prevenção, tratamento, punição e erradicação da violência contra este gênero (Venezuela, 2007).

Diferentemente da Venezuela, o Brasil não possui uma legislação específica que especifique sobre a Violência Obstétrica. Conforme Palma e Donelli (2017) descrevem, baseando-se na Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013):

violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Todavia, há legislações diversas estaduais pelo Brasil, como a lei nº 5.568, de 16 de setembro de 2020 que rege o estado do Mato Grosso do Sul. Em seu segundo artigo, VO é definida como “todo ato praticado por qualquer pessoa no atendimento de serviço de saúde, que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto, no período puerpério ou, ainda, em situação de abortamento”.

Segundo a Fundação Perseu Abramo (2010), uma em cada quatro brasileiras sofre Violência Obstétrica. A VO pode ocorrer por meio de técnicas consideradas sem evidências científicas o suficiente para que sejam recomendadas; técnicas que geram apenas malefícios, arriscando saúde materna e/ou fetal, como a manobra Kristeller (empurrar a barriga da mãe) e a episiotomia (corte na musculatura do períneo), lavagem intestinal sem autorização, entre outras, assim como utilizando frases que diminuem ou culpabilizam a mulher pela gestação.

As Violências também sucedem de maneira mais sutil e com o intuito supostamente protetivo, como na recomendação de cesarianas sem uma real necessidade. A cesariana é uma cirurgia de extremo valor para salvar vidas, todavia esta é recomendada apenas para situações que fogem do normativo, como descrito anteriormente. O Brasil detém a segunda maior taxa de cesarianas em âmbito global, com cerca de 55% de todos os partos no país sendo realizados por meio desse procedimento, apesar das diretrizes que visam à sua redução. No contexto do sistema privado, essa porcentagem se aproxima de 86% (Fiocruz, 2021).

Supostas justificativas para que isso ocorra, da maneira que ocorre há décadas, são muitas: demanda menor tempo no planejamento dos profissionais, visto que a reserva de algumas horas em uma sala de operações é menor que horas de um trabalho de parto fluindo conforme o corpo da mulher conduz; maior controle do obstetra sob o corpo feminino; tradição educacional ainda enraizada nas escolas da saúde e implementada em nossa sociedade de que esta operação é mais segura que o parto natural ou vaginal (Diniz, 2010)

Portanto, percebe-se que a cesariana ainda é recomendada, em muitos casos, por razões que não condizem com a literatura científica a respeito da Saúde da Mulher, podendo,

a depender do contexto, caracterizar-se como VO, quando realizada sem indicação e sem a participação da mulher na decisão sobre seu corpo. Os amedrontamentos coercivos que ainda permeiam nossa coletividade há muitos séculos se mantêm incoerentes, contudo ainda há falas médicas no intuito de induzir a mulher a cesariana como: cegueira por aumento da pressão ocular, ausência dos membros inferiores em mulheres deficientes, cesariana prévia, quadril “estreito”, entre muitas outras falas cotidianamente ditas ao redor do globo (Chauvet, 2018).

Em conformidade a um dossiê desenvolvido pela Rede Parto do Princípio (2012), a VO física é quando são realizadas práticas invasivas, como procedimentos não respeitosos ao corpo feminino, administração de medicações desnecessárias a fim de acelerar o trabalho de parto e outras técnicas sem o consentimento da mãe; VO psicológica: grosserias, coerção, tratamento sem dignidade e discriminação; VO sexual: violação de seu íntimo ou pudor, atentando contra sua integridade sexual, podendo ser por contato físico ou não (Pereira *et al*, 2016).

2.4 Humanização do Parto e Nascimento

Com o propósito de reduzir a taxa de cesarianas, de eliminar a violência obstétrica nos cotidianos de instituições e de trazer mais dignidade e respeito, surgem as lutas por meio do movimento social visando um parto humanizado. Esse movimento se origina por volta da década de 90 no Brasil, busca restabelecer as relações interpessoais e defende o uso racional das tecnologias, dado que estas podem trazer imensos malefícios quando aplicadas em momentos em que não cabe seu uso. Em diferentes locais do mundo, há diferentes nomes atribuídos para tal movimento, todavia, no Brasil, é reconhecido como Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento (Diniz, 2005).

Como proposto por Bourguignon e Grisotti (2018):

A expressão “humanização do parto e nascimento” denomina um movimento social, uma política pública, um modelo de assistência obstétrica, uma concepção de maternidade e de nascimento. Essa expressão, consolidada no Brasil na década de 1990, demarca uma oposição à obstetrícia hegemonicamente praticada no país.

O termo “humanização”, que se destaca como fundamento do Movimento, é polissêmico, ou seja, não há um único conjunto de palavras que caiba a potencialidade da expressão. O PHPN compreende humanização como respeito a dignidade da mulher, seus familiares e bebê, juntamente com uso de procedimentos benéficos para mãe e bebê, evitando

práticas intervencionistas desnecessárias e as que podem ou geram riscos materno e fetal/neonatal (Brasil, 2000).

No Brasil, há a ReHuNa- Rede de Humanização ao Parto e Nascimento, uma organização civil que teve seu surgimento em 1993, compondo uma Rede de unidades parceiras como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Conselho Nacional de Secretários em Saúde entre outros. A ReHuNa atua na gestão do cuidado, influenciando no modelo de assistência à mulher e bebê; formação de profissionais; também há um compromisso com a difusão do conhecimento e implementação de recomendações internacionais no SUS através da formulação de políticas públicas; realização de eventos promovendo uma integração; toda a Rede é envolta de uma militância, pois, sem cobrança e resistência, transformações no modelo de assistência jamais ocorrerão. A ReHuNa e seus parceiros se fazem fundamentais para que as mulheres brasileiras tenham um parto humanizado.

O parto humanizado é constituído por um tripé: autonomia da parturiente, assistência de equipe de saúde e condutas baseadas em evidências científicas. A parturição pode suceder de múltiplas maneiras, a depender da situação de risco e também de conforto para cada mulher. O parto pode ser normal, sendo este apenas o fato do bebê sair pelo canal vaginal; pode ser natural, ainda pelo canal vaginal, mas respeitando a anatomia e fisiologia feminina; e ainda há o parto culturalmente sintonizado, que é aquele que estima as particularidades, cultura e a mãe como um todo (Rede Humanizausus, 2018).

A concretização desse movimento se dá mediante a leis e programas garantindo a humanização. Uma grande referência é o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (2000); por conseguinte, obtivemos o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (2001), que gerou a Política Nacional de Humanização (PNH) (2003), sendo esta além da esfera da maternidade; também há o programa Rede Cegonha (RC) (2011), que busca ampliar os programas e leis já em vigência, além do incentivo a criação de Centros de Parto Normal, visando a humanização do nascimento e tornando o parto centrado na mãe e família; e, para sustentabilidade da Rede Cegonha, estabeleceu-se o Apice-ON (2017a), desenvolvido para capacitação de profissionais em hospitais de ensino.

O PHPN foi instituído no ano 2000, através das portarias GM/MS nº 569 e 570, sendo a publicação do Ministério da Saúde que orienta as gestões estaduais e municipais de 2002. Este descreve a humanização como um dever de unidades de saúde a ser ofertado à mulher, rede de apoio que a acompanha e ao recém-nascido; também como a adoção de medidas e

procedimentos que serão benéficos para mãe e bebê. Neste Programa, a humanização é envolta de um aspecto de cidadania.

Em 2003, foi criada a PNH, buscando reforçar diretrizes do SUS, tendo como principal a descentralização do poder, tornando também responsáveis pela humanização gestores e profissionais de saúde, exercendo, estes, um papel de agente ativo na sociedade. A PNH tem como princípios a transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. A humanização se torna mais ampla e subjetiva, sendo definida como “inclusão das diferenças nos processos de gestão e cuidado” e tendo preocupação com o cuidado em um olhar interseccional (Brasil, 2010).

Após oito anos, em que foram realizadas atividades referentes ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004), em 2011 surge a Rede Cegonha, objetivando a redução da mortalidade materna e neonatal e, para efetivar isso, há uma busca pela melhoria da assistência à mulher e bebê (até os 24 meses de vida) durante o período gestacional, do parto e pós-parto. O Programa também existe para melhor estruturar as Redes de Atenção à Saúde, oferecendo estrutura e transporte para as mães (UNA-SUS/UFMA, 2015), também é evidenciado uma preocupação no modelo de assistência proposto pela RC.

Em parceria com a EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/ FIOCRUZ, há o Apice-ON. Este Projeto se propõe na qualificação de profissionais e estudantes da área da saúde em hospitais de ensino, capacitando estes para prestarem assistência de maneira humanizada (sendo esta, neste contexto, o respeito, dignidade e execução de boas práticas em conformidade com a RC).

Portanto, pode-se afirmar que o Movimento pelo Parto Humanizado é composto por meio de políticas, programas e lutas constantes. Desta forma, a humanização do parto é um convite para desvencilhar-se do automático, recuperando aspectos culturais e os cientificamente válidos, que oferecem conforto, segurança, dignidade e respeito à singularidade de cada mulher. É uma maneira de reconhecer o feminino pelo seu todo, além de apresentar o parto como um evento que é fruto da natureza e com dores que não são penalidades cristãs.

2.5 Avaliação da Qualidade da Assistência

A saúde é um direito constitucional de todos os cidadãos, sendo essencial proporcionar a cada usuário um sistema de alta qualidade. Com o aumento dos ambientes e

serviços de saúde oferecidos à população, surge uma necessidade igualmente crescente de avaliar a qualidade desses serviços, de modo a garantir o fornecimento, aos indivíduos, do que é previsto por lei (Almeida *et al*, 2018; Frias *et al*, 2010).

A técnica de avaliação da qualidade se diferencia de uma avaliação normativa por integrar-se de princípios que propõe emissões de juízo de valor às intervenções de saúde que vêm a ocorrer, juntamente com uma avaliação qualitativa que busca compreender fenômenos não quantificáveis. A avaliação da qualidade em saúde tem como foco central o processo de avaliação previamente proposto por Donabedian, que compreende a tríade de elementos: estrutura, processo e resultado. (Bosi; Uchimura, 2007).

Avedis Donabedian, dedicou parte de sua carreira a propor um formato de avaliação da qualidade em saúde, compondo um modelo sistêmico baseado na tríade: estrutura, processos e resultado; sendo o primeiro: instrumentos e recursos utilizados, compreendendo também condições físicas e organizacionais; o segundo pilar é composto por bens e serviços prestados; e, o terceiro, as consequências causadas pelos pilares anteriores, observando-se as mudanças do estado de saúde dos assistidos. Para este, a qualidade pode ser definida como “grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes” (Frias *et al*, 2010).

A avaliação da qualidade se faz de suma importância no âmbito da atenção ao parto e nascimento para contribuir com o monitoramento de políticas e programas em vigência. Em relação ao parto normal, o índice mais adequado para se utilizar em uma avaliação é o Índice de Bologna. Este é considerado pela OMS o mais adequado para se avaliar a qualidade de maneira quantitativa, visto que este contempla aspectos de apoio à gestante e procedimentos técnicos realizados (Giglio *et al*, 2011).

O Índice de Bologna possui 5 aspectos avaliados pelas puérperas em notas de 0 a 5, tendo cada aspecto a nota máxima 1, portanto a nota máxima que a assistência pode ter é 5. Dentre os elementos avaliados estão: presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto; presença de plano de parto; ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externa do fundo uterino) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (uso de fórceps e/ou vácuo extrator); parto em posição diferente da litotômica; contato pele a pele da mãe com o bebê é (recomendado pelo menos 30 minutos na primeira hora após o nascimento) (Oliveira *et al*, 2015).

Já ao tratar de nascimentos por cesariana, a OMS (2015) recomenda como padrão o uso da Classificação de Robson. Michael Robson foi responsável pela criação dessa Classificação objetivando a redução da taxa de cesáreas, identificando grupos de gestantes

cl clinicamente relevantes para, posteriormente, realizar comparações de determinada instituição em níveis internacionais. Este método também permite a identificação de populações de risco, podendo favorecer intervenções e direcionamento de políticas (Cananéa *et al*, 2020). Os 10 grupos que compõem a Classificação de Robson são:

1. Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo;
2. Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto;
3. Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo;
4. Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto;
5. Todas as multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas.
6. Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica;
7. Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesáreas(s) anterior(es);
8. Todas mulheres com gestação múltipla incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es);
9. Todas Gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesáreas(s) anterior(es);
10. Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).

Além dos modelos propostos, há também uma imensa necessidade de avaliação qualitativa em relação a atenção ao parto e nascimento pela visão das mulheres que usufruem o serviço, oportunizando a identificação de lacunas na assistência e tornando possível uma melhoria na prestação de cuidados. Um encantador exemplo é a pesquisa *Listening to Mothers*, realizada na Califórnia-EUA através de um questionário abrangendo desde o pré-natal até o pós-parto e períodos do recém-nascido.

Em 2018, *Listening to Mothers* conseguiu incluir 2.539 mulheres. Por meio do questionário, percebeu-se que a maioria das mulheres desejavam evitar intervenções desnecessárias, todavia experienciaram o oposto. Além disso, esta pesquisa foi capaz de auxiliar a tomada de decisão compartilhada, identificação de lacunas de conhecimento das mulheres e a necessidade de oferta de serviço que as melhor instrua, ademais foi ainda mais nítida a desigualdade racial, demonstrando quais desafios e em que proporção estes são enfrentados pelas mulheres negras.

Desta maneira, em um contexto onde a saúde é um direito fundamental de todos os cidadãos, a avaliação da qualidade dos serviços de saúde desempenha um papel crucial na garantia de que esse direito seja efetivamente assegurado. Portanto, a avaliação da qualidade da assistência ao parto e nascimento não se limita a números e estatísticas, mas se estende à experiência e percepção das parturientes, contribuindo para aprimorar continuamente a prestação de cuidados. É fundamental que essa abordagem esteja em sintonia com os princípios da literatura científica, reforçando assim o compromisso com a excelência na assistência à saúde.

3. OBJETIVOS

3.1.GERAL

- Mapear a produção científica sobre avaliação da qualidade da assistência ao parto e nascimento na perspectiva das puérperas.

3.2 ESPECÍFICOS

1. Realizar um levantamento de publicações, de 2013 a 2023, nas bases de dados LILACS e PubMed;
2. Identificar as principais lacunas nas avaliações da qualidade da assistência ao parto e nascimento já realizadas;
3. Mapear as principais metodologias e instrumentos utilizados nas avaliações já produzidas.

4. METODOLOGIA

A metodologia da presente pesquisa é a Revisão de Escopo (RE), sendo esta de caráter descritivo. A RE é um meio de mapear a produção científica sobre determinado assunto em um recorte definido de tempo, não objetivando verificar quais falhas de cada estudo, mas sim reunir evidências e apresentar os processos de produção, identificação de exequibilidade e verificar há quanto tempo estas temáticas têm sido pauta científica (Cordeiro & Soares, 2019).

A RE pode ser considerada um método de pesquisa recente quando comparado a outros que ambientam a ciência há muitas décadas. A RE surge através da publicação das autoras Arksey e O'Malley (2005), quando ainda denominada como Revisão Sistemática de Escopo. Posteriormente, foi sendo aperfeiçoada ao avançar da ciência até a publicação do primeiro guia em 2015. Já em 2017 ocorreu a sua implementação no manual do *Joanna Briggs Institute* (JBI) que se mantém em constante atualização (Peters, 2020).

A metodologia proposta pelo Manual de Revisões do JBI foi selecionada como a norteadora desta pesquisa pela confiabilidade (Teixeira, 2023), ofertando como produto à sociedade dados de alta fidedignidade. Como protocolo a ser seguido, utilizou-se *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), que é *check list* contendo 22 itens para uma RE adequada e completa, este possui autores em consonância com o Manual JBI (Tricco, 2018).

4.1 Pergunta de Revisão

Consonante com o JBI, é necessário o estabelecimento de uma pergunta de pesquisa que irá nortear toda a Revisão, sendo fundamental para orientar a seleção de artigos por meio do mnemônico “PCC”, sendo: P, população; C, conceito; C, contexto.

Quadro 1: Termos escolhidos baseados no mnemônico.

Mnemônico (PCC)	Termos escolhidos
População (P)	Puérperas
Conceito (C)	Avaliação da qualidade da assistência ao parto e nascimento
Contexto (C)	Hospitais, casa de parto, parto domiciliar

Fonte: Autora (2023)

Considera-se puérperas, mulheres em um período imediato após o parto com término imprevisto (Fiocruz, 2021b). Como conceito, tem-se a avaliação da qualidade da assistência ao parto e nascimento. Em contexto, foram considerados os locais que se possam realizar um parto com assistência profissional.

Após a seleção de termos para a definição do “PCC”, elaborou-se a seguinte pergunta de revisão: qual o cenário científico atual em relação à avaliação da qualidade da assistência ao parto e nascimento na perspectiva das puérperas?

4.2. Critérios de Inclusão e Exclusão

Para os **critérios de inclusão**, foram selecionados artigos cujo método permitisse ouvir o que as mulheres têm a dizer sobre toda a assistência durante o momento do parto; mulheres que realizaram seus partos nas instituições hospital e casa de parto, também partos domiciliares. Neste estudo, **excluiu-se** todas as produções que tiveram foco em avaliar a experiência do parto por meio de profissionais e/ou pessoas próximas à puérpera; qualquer estudo cujo método foi análise de prontuários ou banco de dados; também foram descartados para análise aqueles realizados previamente ao período pós-parto. Também é tido como recorte temporal de publicações entre 2013 a 2023, nas bases de dados Pubmed e LILACS, nos idiomas português, inglês e espanhol.

4.3 Estratégia de Busca e Seleção dos Estudos

Por conseguinte, foi realizada a procura nas bases de dados, utilizando os seguintes operadores booleanos. Na base PubMed, aplicou-se "Birth" AND "Evaluation", “Natural ChildBirth” e “Humanizing ChildBirth”, unidos ao termo “Quality of Health Care”, em cada busca. Já na base LILACS, "Parto Normal" e "Parto Humanizado" unidos ao termo "Qualidade da Assistência à Saúde" em cada busca (Tabela 3).

Ao todo, foram identificados 119 artigos. Para a triagem, foi utilizado o software Rayyan QCRI, realizando a exclusão de duplicatas e leitura dos títulos e resumos, em conformidade com os critérios de elegibilidade.

Quadro 2: Estratégia de busca nas bases de dados.

DATA DA BUSCA	BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
18/11/ 2023	PubMed	"Birth" AND "Evaluation" AND "Quality of Health Care"

16/11/2023	PubMed	“Natural ChildBirth” AND “Quality of Health Care”
16/11/2023	PubMed	“Humanizing ChildBirth” AND “Quality of Health Care”
02/10/2023	LILACS	"Parto Normal" AND "Qualidade da Assistência à Saúde"
02/10/2023	LILACS	"Parto Humanizado" AND "Qualidade da Assistência à Saúde"

Fonte: autora (2023).

4.4 Análise dos Dados

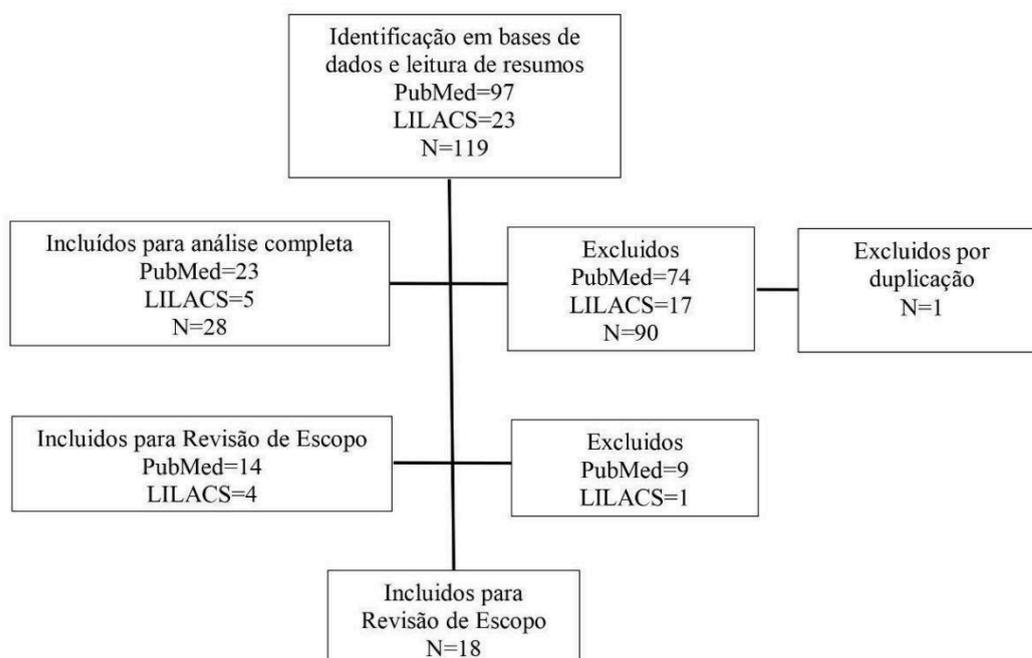
Seguidamente, elaborou-se o quadro matriz que compreende os artigos selecionados, contendo autoria e ano de publicação, título do estudo, metodologia e instrumento.

A análise dos dados coletados foi realizada mediante Análise Temática (AT) proposta por Virginia Braun e Victoria Clarke (2006), tendo em vista a flexibilidade da abordagem reflexiva que consiste em alguns passos: análise da literatura selecionada; primeiro levantamento de códigos; procura por potenciais temas; revisão dos temas; definição e identificação de cada tema; produção do relatório. Pretendeu-se, mediante a AT, uma abordagem de tipo *Codebook*, fundamentada em categorias previamente elaboradas (Souza, 2019), que buscou padrões emergentes segundo convergências, divergências e singularidades entre os estudos observados.

5. RESULTADOS

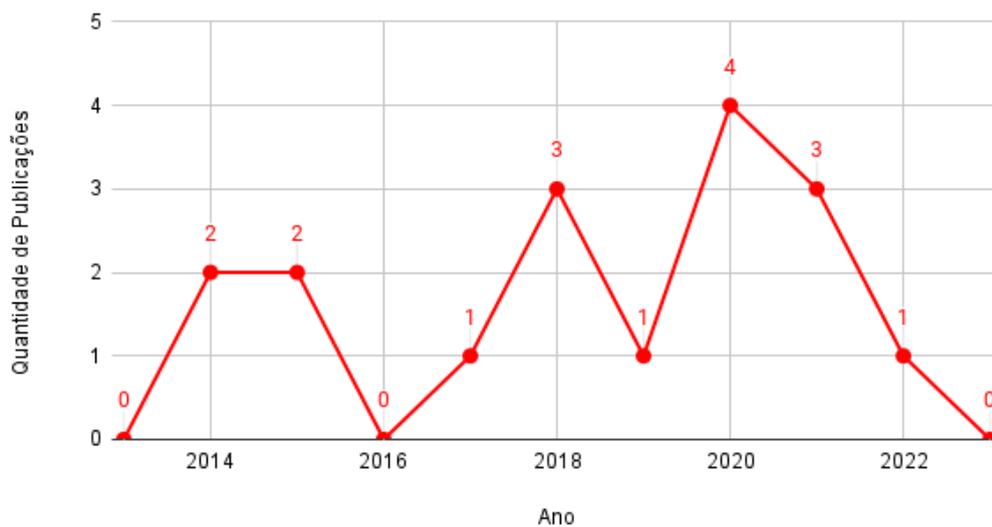
Após uma pesquisa nas bases de dados PubMed e LILACS, procedeu-se à análise dos resumos, empregando-se os critérios de elegibilidade estabelecidos. Deste processo emergiram 119 resultados, dos quais 28 foram identificados como pertinentes para uma análise detalhada e abrangente. Após uma análise secundária, considerando uma leitura completa dos artigos, 18 atendiam a todos os critérios, oferecendo respostas elucidativas à questão orientadora do estudo (Quadro 3). A principal razão para exclusão foi não ter atendido o critério de população.

Figura 1: Fluxograma adaptado do PRISMA.



Fonte: adaptado de Hortelan et al. (2019).

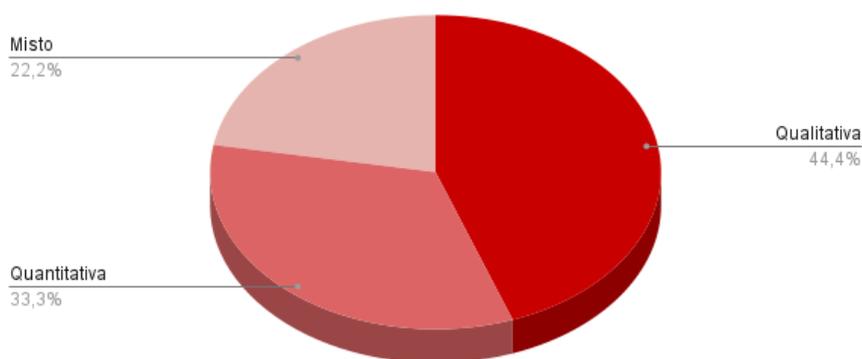
Dentre os 18 estudos selecionados (Anexo 1), observa-se que a maior parcela se origina do Brasil, com um total de 7 (Almeida *et al.* 2018; Leal *et al.*, 2021; d'Orsi *et al.*, 2014; Pereira *et al.*, 2021; Romão *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2014; Soares *et al.* 2017) estudos. Em seguida, destacam-se Espanha (Donate-Manzanares *et al.*, 2021; Benet *et al.*, 2020), Irã (Pazandeh *et al.*, 2015; Khodarahmi *et al.*, 2022) e Austrália (Mander & Miller, 2015; Stulz *et al.*, 2020), cada um contribuindo com 2 estudos. Países como Áustria (Luegmair *et al.*, 2018), Etiópia (Asefa *et al.*, 2020), Canadá (Reszel *et al.*, 2020), Nigéria (Bohren *et al.*, 2017) e Moçambique (Mocumbi *et al.*, 2019) apresentaram uma contribuição singular, fornecendo 1 estudo cada (Gráfico 1).



Fonte: autora (2023).

A metodologia predominante nos estudos analisados foi a qualitativa, empregada em 8 investigações. Seguidamente, a abordagem quantitativa foi identificada em 6 artigos. Por fim, o método misto, que integra as metodologias qualitativa e quantitativa, foi adotado em 4 estudos.

Gráfico 3: Metodologias utilizadas em artigos de levantamento sobre qualidade da atenção perinatal, 2013 a 2023.



Fonte: autora (2023).

No que diz respeito aos instrumentos metodológicos empregados, os questionários revelaram-se como as mais prevalentes, sendo utilizadas em 9 estudos. Em sequência, as entrevistas, que foram adotadas em 7 pesquisas. Observou-se também a combinação destes dois métodos em 2 estudos. Ademais, em uma única ocasião, foram empregados o grupo focal e a observação como técnicas de coleta de dados. Quanto ao que concerne aos objetivos dos

estudos, 13 investigações tiveram como foco averiguar a experiência e/ou a satisfação das puérperas em relação à assistência recebida de diversos profissionais da saúde. Por outro lado, 5 dos artigos adotaram uma abordagem comparativa em relação aos mesmos aspectos, contudo, neste caso, após a implementação de uma intervenção de saúde.

Mediante análise temática, buscou-se a observação das dimensões da qualidade do parto e nascimento segundo puérperas nos estudos para, desta forma, identificar lacunas e similaridades. Neste processo, emergiram códigos significativos que, após uma análise, foram sistematicamente categorizados em cinco grupos distintos (Quadro 4): acessibilidade, compreendendo 4 artigos; relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde, baseando todos os 18 estudos; condições da estrutura do serviço, contendo 10 artigos; informação à paciente abrangendo 11 publicações; e, por fim, equidade e opinião da paciente sendo critério de qualidade em 8 estudos.

Em relação ao período/intervalo de tempo após o parto em que as avaliações foram realizadas, 7 não informaram; 6 consideraram o período de pós-parto imediato; 2 até cinco anos (Luegmair *et al.*, 2018; Bohren *et al.* (2017); 1, aproximadamente, no décimo quinto dia (Almeida *et al.*, 2018); 1 até um ano (Mocumbi *et al.*, 2019); 1 até seis meses (Khodarahmi *et al.*, 2022).

Quadro 3: Dimensões da qualidade do parto e nascimento segundo puérperas nos estudos incluídos, 2013 a 2023.

Autoria e Ano de Publicação	Título	Instrumento	Período/Intervalo de Tempo após o Parto	Dimensões de Qualidade
Khodarahmi <i>et al.</i> (2022)	The effect of backup midwife on maternal experience after vaginal childbirth - a qualitative study	Entrevista	Até 6 semanas após o parto	Relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde; informação à paciente; equidade e opinião da paciente.
Leal <i>et al.</i> (2021)	Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas	Questionário	Não informa	Relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde; condições da estrutura do serviço; equidade e opinião da paciente.
Donate-Manzanar es <i>et al.</i> (2021)	Mixed-method study of women's assessment and experience of childbirth care	Entrevista semiestruturada e questionário	Não informa	Relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde; condições da estrutura do serviço; informação à paciente; equidade e opinião da paciente.
Pereira <i>et al.</i> (2021)	Tecnologias não invasivas de cuidado: percepção das puérperas	Questionário	Puerpério imediato	Relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde; informação à paciente; equidade e opinião da paciente.
Asefa <i>et al.</i> (2020)	Mitigating the mistreatment of childbearing women: evaluation of respectful maternity care intervention in Ethiopian hospitals	Questionário	Não informa	Relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde; informação à paciente.
Benet <i>et al.</i> (2020)	Women's agenda for the improvement of childbirth care: Evaluation of the Babies Born Better survey data set in Spain	Questionário	Não informa	Relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde; condições da estrutura do serviço; informação à paciente.
Stulz <i>et al.</i> (2020)	Evaluation of a student-led midwifery group practice: A woman's perspective	Questionário e Entrevistas	Não informa	Relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde; informação à paciente; equidade e opinião da paciente.
Reszel <i>et al.</i> (2020)	Client Experience with the Ontario Birth Center Demonstration Project	Questionário	Não informa	Acessibilidade; relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde; condições da estrutura do serviço; informação à paciente; equidade e opinião da paciente.
Mocumbi <i>et al.</i> (2019)	Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: a	Questionário	Até 12 meses após o parto	Acessibilidade; relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde; condições da estrutura do serviço.

	cross-sectional survey in southern Mozambique			
Luegmair <i>et al.</i> (2018)	Women's satisfaction with care at the birthplace in Austria: Evaluation of the Babies Born Better survey national dataset	Questionário	Até 5 anos após o parto	Relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde; condições da estrutura do serviço.
Romão <i>et al.</i> (2018)	Qualidade da assistência obstétrica relacionada ao parto por via vaginal: estudo transversal	Entrevista e Índice de Bologna	pós parto imediato	Relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde.
Almeida <i>et al.</i> (2018)	Ouvidoria ativa em saúde: avaliação da qualidade da atenção ao parto e nascimento	Questionário	Aproximadamente no 15º dia após o parto	Acessibilidade; relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde; condições da estrutura do serviço; informação à paciente; equidade e opinião da paciente.
Bohren <i>et al.</i> (2017)	Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria: a qualitative study on perceptions and experiences of women and healthcare providers	Grupo Focal e Entrevistas	Até 5 anos após o parto	Relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde; condições da estrutura do serviço.
Soares <i>et al.</i> (2017)	Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal	Entrevista semiestruturada	pós parto imediato	Relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde; condições da estrutura do serviço.
Mander & Miller (2015)	Perceived Safety, Quality and Cultural Competency of Maternity Care for Culturally and Linguistically Diverse Women in Queensland	Questionário	Não informa	Acessibilidade; relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde; condições da estrutura do serviço; informação à paciente; equidade e opinião da paciente.
Pazandeh <i>et al.</i> (2015)	An evaluation of the quality of care for women with low risk pregnancy: The use of evidence-based practice during labour and childbirth in four public hospitals in Tehran	Entrevista e Observação	pós parto imediato	Relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde.
Silva <i>et al.</i> (2014)	Atendimento prestado à parturiente em um hospital universitário	Entrevista semiestruturada	pós parto imediato	Relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde; informação à paciente; equidade e opinião da paciente.

d'Orsi <i>et al.</i> (2014)	Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar	Entrevista e dados do prontuário	pós parto imediato	Relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde; condições da estrutura do serviço; informação à paciente.
--------------------------------	--	----------------------------------	--------------------	--

Fonte: autora (2023).

6. DISCUSSÃO

Neste levantamento, verificou-se uma predominância da abordagem qualitativa, mesmo que unida à quantitativa. Conforme Severino (2014), no início da era moderna, a autenticação de dados científicos era exclusivamente realizada por meio de métodos matemáticos, consolidando assim a ciência em uma perspectiva positivista. Posteriormente, reconheceu-se que certos aspectos do conhecimento científico não poderiam ser confinados a parâmetros e critérios rigorosamente definidos, o que validou também o uso da abordagem qualitativa de pesquisa (Severino, 2014). No contexto da saúde, esta modalidade de abordagem oferece subsídios imprescindíveis para a compreensão do comportamento de indivíduos ou coletividades frente a eventos, inter-relações, práticas e fenômenos sociais. Além disso, ela permite uma apreciação mais aprofundada dos processos diante destas situações (Deslandes & Assis, 2002).

Outro fator observado foi o instrumento utilizado para concretização das pesquisas, sendo encontrado como o mais utilizado, neste contexto, o questionário. Este instrumento possui grandes vantagens, incluindo a eficiência no uso do tempo e dos recursos, alcançando efetivamente um vasto número de indivíduos de diferentes regiões. Este instrumento contribui para a redução de despesas operacionais, especialmente em relação ao pessoal, e promove a coleta de respostas tanto rápidas quanto precisas, com o anonimato garantindo liberdade e segurança nas respostas. Todavia, o questionário é limitante ao se tratar de indivíduos analfabetos ou pela própria falta de compreensão de perguntas, além da possibilidade de que as respostas sejam fornecidas por pessoas não previstas inicialmente no estudo (Oliveira et al., 2016).

Outro procedimento metodológico que também foi destaque foi a entrevista. Conforme Lima (2016), esta técnica para coleta de dados é rica em informações, devido a estímulos que podem ser dados aos participantes ao longo da entrevista, podendo ser exploradas temáticas que são relevantes para uma investigação que não estava prevista. Ainda sob à luz da mesma autora, este instrumento aumenta as informações que correm ao longo do momento, visto que a linguagem não verbal também pode ser analisada.

Durante a leitura integral dos artigos selecionados, foi notório o aspecto da falta do termo “humanização” ou suas adaptações para outras línguas como “humanizing” ou “humanization”, sendo um vocábulo abordado na grande maioria dos estudos brasileiros e, fortemente vinculado à iniciativa Rede Cegonha, um programa dedicado a assegurar a humanização no atendimento às mulheres. Ainda que considerada durante os estudos do

Brasil, apenas em dois (Silva *et al.*, 2014; Soares *et al.*, 2017) estavam presentes nos questionários ou entrevistas.

A terminologia “humanização” em suas diversas traduções, ainda se mostra escassamente explorada em pesquisas de contextos internacionais. Destaca-se que apenas dois artigos (Benet, *et al.* 2020; Bohren, *et al.* 2017) empregaram o termo oposto “dehumanization” (desumanização). No entanto, uma terminologia com sentido próximo é “*disrespect and abuse*” (desrespeito e abuso), descrevendo, nesta expressão, fatores como violência obstétrica verbal e física, e negligência assistencial, entre outros.

A temática da Violência Obstétrica (VO), mesmo que subjetivamente, permeou todos os estudos analisados. As definições de VO identificadas nestas pesquisas expandem o conceito previamente estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (2015), abrangendo qualquer ato que viole os direitos da mulher, seja ele discriminatório ou desrespeitoso. Essas violações podem manifestar-se de diversas formas, incluindo a negação de cuidados, abusos verbais ou físicos. Na maior parte das pesquisas, as diversas terminologias que definem este tema serviram como critério para a determinação da qualidade abordada nos artigos.

No início da década de 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) introduziu uma definição de qualidade em assistência à saúde, a qual delimita este conceito a um espectro de fatores essenciais. Estes incluem elevada competência profissional, eficiência na utilização de recursos, minimização de riscos aos pacientes, e a obtenção de um alto grau de satisfação dos mesmos (D’Innocenzo *et al.*, 2006). Ao se tratar dos artigos, qualidade foi apresentada como: cumprimento de diretrizes de Programas, como a Rede Cegonha; cumprimento das expectativas das mulheres no momento do parto; práticas baseadas em evidências, respeito e promoção da autonomia. Apenas um único considerou a tríade de Donabedian (Mocumbi *et al.*, 2019) como fator avaliativo da qualidade.

Uma das principais lacunas identificadas foram estudos que se concentram exclusivamente em técnicas baseadas em evidências para mensurar a qualidade do atendimento. Tal abordagem é restritiva, uma vez que delimita o conceito de saúde a parâmetros rígidos, desconsiderando que a saúde engloba dimensões físicas, mentais e sociais. É necessário que os profissionais de saúde reconheçam a individualidade de cada mulher antes, no momento do parto e após, considerando suas necessidades e urgências de saúde. Este entendimento mais holístico e inclusivo é fundamental para garantir um atendimento mais efetivo e empático no contexto da saúde da mulher.

Os estudos que só consideravam o parto vaginal também são limitantes, pois vários aspectos da qualidade também estão presentes em uma cirurgia cesariana. Durante um

processo avaliativo, é vital compreender os fatores que conduzem à realização de cesarianas, especialmente à luz das diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (2015), que classifica como preocupantes taxas superiores a 15%. Ademais, protocolos recomendados, como a prática do contato pele a pele imediatamente após o nascimento e a amamentação nos primeiros momentos de vida, são essenciais para a qualidade da assistência. Outra questão que é debatida é se o nascimento por cesariana pode ou não ser humanizado, uma discussão que aborda não apenas procedimentos clínicos, mas também a atenção e o cuidado com a experiência emocional e psicológica da mãe.

Alguns profissionais afirmam que um nascimento por cirurgia cesariana pode ser humanizado e, para que isso ocorra, os campos cirúrgicos devem ser abaixados, deve haver um constante fluxo de informação de profissionais com a mãe e acompanhante, o corte do cordão umbilical não deve ser imediato, deve haver contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida, entre outros fatores (Cunha *et al.*, 2021). Todavia, há também profissionais que discordam e afirmam que não é possível e que um nascimento pela via cirúrgica, se eletivo, não pode ser humanizado, pois este fere a autonomia da mulher, importante componente da humanização do parto e nascimento (Instituto Nascir, 2021).

Um aspecto notável refere-se aos periódicos responsáveis pela publicação dos artigos brasileiros. Dos sete artigos analisados, três foram veiculados em revistas que abrangem o campo da Saúde Coletiva, sendo elas: “Ciência & Saúde Coletiva” (Almeida *et al.*, 2018), “Revista de Saúde Pública” (Leal *et al.*, 2021) e “Cadernos de Saúde Pública” (d’Orsi *et al.*, 2014). Este fato é de alta relevância, visto que contribui substancialmente para a integração e gestão efetiva do Sistema Único de Saúde, que norteia a saúde no Brasil. Tal disseminação de conhecimento em periódicos de prestígio não apenas enaltece o campo da Saúde Coletiva, mas também reforça a importância da pesquisa no âmbito da gestão de saúde.

Nas falas das puérperas destacadas ao longo dos artigos, constata-se que a qualidade é fortemente atrelada ao tipo de relacionamento estabelecido com os profissionais de saúde que as atenderam (Almeida *et al.*, 2018). Essa tendência se deve, em parte, ao fato de que esta dimensão de qualidade foi um critério comum em todos os estudos analisados. Outro aspecto relevante da qualidade está na correlação entre as expectativas pré-parto das mulheres e a maneira como essas expectativas são efetivamente atendidas durante o parto (Donate-Manzanares *et al.*, 2021). Para algumas mulheres, a acessibilidade mostrou-se um fator determinante para a satisfação, especialmente quando havia barreiras linguísticas entre elas e a equipe de saúde (Mander & Miller, 2015). Além disso, conforme destacado por Khodarahmi *et al.* (2022), o respeito e a autonomia emergem como elementos essenciais para

estabelecer uma relação equitativa e satisfatória, podendo ser mesmo na solicitação de permissão tocá-la em um simples exame, como destaca uma das puérperas.

Nas avaliações conduzidas, observou-se uma notável variação no intervalo de tempo pós-parto em que o método avaliativo foi aplicado às puérperas. Salienta-se que uma parcela expressiva dos estudos optou por um período imediato após o parto. Entretanto, há indícios de que essa escolha temporal pode constituir uma limitação para a pesquisa. Isto se deve ao fato de que a sensação de alívio vivenciada pelas mulheres logo após o nascimento pode influenciar significativamente suas avaliações. Além disso, existe a preocupação de que as puérperas possam hesitar em expressar-se livremente, temendo que suas respostas sejam, de alguma forma, compartilhadas com os profissionais de saúde, apesar da garantia de confidencialidade restrita aos pesquisadores (Reppen *et al.*, 2023). Portanto, torna-se essencial permitir um período adequado após o parto, de modo que as mulheres possam concluir plenamente sua experiência no serviço de saúde antes de reportarem suas impressões e vivências.

Diante das dimensões de qualidade observadas, destacaram-se cinco temas: acessibilidade, relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde, condições da estrutura do serviço, informação à paciente, equidade e opinião da paciente.

Em relação à acessibilidade, considera-se possibilidade de o paciente receber assistência quando necessário e adaptações à diversidade cultural ou limitações por deficiência. Esta dimensão de qualidade foi escassamente considerada, abrangendo somente 4 estudos. A acessibilidade engloba tanto a disponibilidade dos serviços de saúde quanto a efetividade no acesso a esses serviços pelos indivíduos (Castro *et al.*, 2011). Dentro do contexto da qualidade da assistência ao parto e nascimento, é relevante que as maternidades disponham de vagas suficientes, garantam a não negação do atendimento e realizem adaptações que respeitem a cultura das parturientes. Isso pode incluir, por exemplo, a possibilidade de a mulher optar por ser atendida exclusivamente por profissionais do gênero feminino. Adicionalmente, é relevante considerar situações em que se faz necessária a presença de um intérprete, devido a divergências linguísticas entre a paciente e a equipe de saúde, ou mesmo surdez (intérprete de Libras) assegurando assim uma comunicação efetiva e inclusiva (Mander & Miller, 2015).

Ao abordarmos a dimensão relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde, considera-se o estabelecimento de um vínculo significativo entre a mulher e o profissional. Este vínculo engloba não apenas as técnicas empregadas, mas também o suporte emocional fornecido durante o trabalho de parto e o parto propriamente dito. Esta dimensão,

que detém uma importância substancial na determinação da satisfação ou insatisfação com o serviço prestado (Almeida *et al.*, 2018), foi base da avaliação em todos os 18 artigos.

A formação de um vínculo respeitoso e humanizado com os profissionais de saúde representa um aspecto crucial para assegurar o direito a uma assistência de qualidade e segurança, gerando a promoção de um cuidado humanizado que abrange a tríade mulher-bebê-família (Monteiro *et al.*, 2020). Além disso, esta relação desempenha um papel central na satisfação da paciente, visto que ao longo da gravidez, diversas expectativas são formadas, particularmente em relação ao atendimento que será recebido no momento do parto. Portanto, conforme apontado por Lopes e colaboradores (2009), o cumprimento dessas expectativas prévias é um elemento decisivo para definir a qualidade do atendimento. Ainda quanto a esta dimensão, é imprescindível que o estabelecimento de uma boa relação está intrinsecamente ligado às práticas adequadas de atenção ao parto e nascimento, respeitando a fisiologia, preferências e as individualidades da mãe.

Para a efetivação de uma assistência ideal, é de imensa relevância que não ocorram minimizações de qualquer forma de violência. A Violência Obstétrica pode se manifestar de diversas maneiras: como maus-tratos físicos, que incluem procedimentos realizados sem consentimento, agressões, ou violações da intimidade da paciente; violência verbal, que abrange xingamentos, ameaças, coerção, entre outras formas; e ainda a negação da prestação de assistência (Tesser, 2015; Pereira *et al.*, 2016). Reconhecer e evitar tais práticas é essencial para garantir uma assistência de saúde respeitosa e eficaz.

Quanto à dimensão condições da estrutura do serviço, 10 dos 18 artigos consideraram este fator para aferir a qualidade do serviço. Esta é descrita por Donabedian em seu modelo sistêmico como instrumentos, recursos utilizados profissionais disponíveis para atendimento, compreendendo também condições físicas e organizacionais (Frias *et al.*, 2010). Neste contexto, as boas condições estruturais constituem pré-requisitos essenciais para um processo eficiente, o qual, por sua vez, amplia significativamente a probabilidade de desfechos positivos (Niquini *et al.*, 2010).

No que se refere à dimensão da informação à paciente, 11 estudos destacaram este aspecto como um critério fundamental de qualidade. A informação, neste contexto, refere-se à capacidade de esclarecer as mães sobre os eventos correntes e as ações possíveis em um dado cenário. Para que a informação seja transmitida adequadamente, é crucial reconhecer que, no momento do parto, nem todas as mães possuem plena consciência do arcabouço legal, técnico-científico e humanização. A compreensão integral por parte da mulher e de seu

acompanhante sobre o que está acontecendo depende de um fluxo constante de informações por parte da equipe de saúde.

Neste cenário, o Letramento em Saúde (LS) assume um papel de grande importância como uma ferramenta no processo comunicativo, atuando na tradução do conhecimento. Este Letramento é crucial para assegurar que as mulheres estejam plenamente cientes das implicações de suas decisões acerca do parto. Além disso, o LS promove a autonomia das mulheres durante todo o processo de gravidez e no pós-parto, visando o repasse de informações relevantes para efetivar transformações positivas na saúde da usuária (Ribas & Araújo 2021).

Por fim, a dimensão de equidade e opinião da paciente engloba somente 8 artigos e se refere à prática de decisões equilibradas e justas, que consideram não só a factibilidade biomédica de implementar certas intervenções, mas também, unificadamente, respalda a perspectiva da parturiente. Estes aspectos são essenciais e constituem um dos pilares fundamentais da humanização do parto e nascimento, enfatizando a autonomia da mulher. Tal enfoque sublinha a importância de honrar a singularidade, as tradições culturais e os limites individuais da mulher no contexto do parto. Griboski e Guilhem (2006) salientam que o parto humanizado envolve um respeito profundo pela natureza biológica, social, cultural e espiritual da mulher, reconhecendo a necessidade de uma abordagem holística e individualizada no cuidado materno.

Ao analisarmos as dimensões de qualidade percebidas nos estudos, identifica-se uma convergência significativa no que tange ao relacionamento entre a paciente e os profissionais de saúde. Este relacionamento abrange fatores cruciais como respeito durante o parto, ausência de violência obstétrica, discriminação, e suporte tanto técnico-científico quanto emocional. Outro aspecto comum e significativo é a ênfase na informação fornecida à paciente, ressaltando a importância do processo comunicativo e os efeitos que este exerce sobre a qualidade dos serviços prestados. Contudo, as principais lacunas identificadas nas avaliações abrangem as questões de acessibilidade, equidade e a opinião da paciente. Estes aspectos, ao não serem plenamente contemplados, limitam a abrangência do cuidado em saúde e atenuam o processo de humanização do parto, que idealmente promoveria um tripé de autonomia da parturiente, assistência qualificada da equipe de saúde e a adoção de condutas embasadas em evidências científicas (Rede Humanizadas, 2018).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, é evidente que estudos a respeito da qualidade da assistência ao parto revelam uma complexidade que desafia os paradigmas tradicionais de avaliação. Embora a abordagem qualitativa, muitas vezes combinada com a quantitativa, tenha se mostrado em maior evidência, é crucial reconhecer a necessidade de um olhar mais abrangente que integre tanto a realidade objetiva quanto às experiências subjetivas das mulheres. Este enfoque mais holístico e inclusivo é fundamental para garantir um atendimento mais efetivo e empático no contexto da saúde da mulher. A humanização da assistência perinatal, seja pela via vaginal ou pela cesariana, surge como um conceito relevante, abrangendo não apenas práticas clínicas, mas também a atenção e o cuidado com a experiência emocional e psicológica da mãe. Essa diversidade de perspectivas ilustra a dinâmica da avaliação da qualidade do parto, um campo em constante aprimoramento.

Em conformidade com a produção científica atual, esta revisão revela valiosas informações para o aprimoramento do saber científico quanto às lacunas e convergências nos aspectos que moldam a qualidade em saúde. Notavelmente, há a dimensão da relação entre parturiente e profissionais de saúde, evidenciando a importância do respeito, suporte técnico-científico e emocional. Assim como ocorre quanto à informação durante o momento do parto, sublinhando o papel vital da comunicação clara e efetiva. Todavia, as lacunas em acessibilidade, equidade e consideração da opinião da paciente apontam para a necessidade de um enfoque mais abrangente de saúde na prestação de cuidados, compreendendo a concepção de saúde e fortalecendo o Movimento do Parto Humanizado, que busca a centralização do fenômeno do parto no feminino, rompendo com um modelo médico-centrado que ainda permeia nossa sociedade. A humanização do parto, com ênfase na autonomia da parturiente, na competência da equipe de saúde e na aplicação de práticas baseadas em evidências científicas, permanece como um objetivo crucial a ser alcançado. Este estudo, portanto, não apenas reflete as atuais práticas e percepções, mas também sinaliza caminhos para futuras melhorias no campo da avaliação da qualidade da assistência ao parto e nascimento.

A avaliação no âmbito da Saúde da Mulher, em especial a Saúde Coletiva, revela-se como um elemento imprescindível frente às demandas para a promoção da humanização do parto e nascimento, bem como para a avaliação da efetividade de programas e políticas relevantes. Esse tipo de investigação é fundamental para fomentar a equidade e assegurar os direitos das cidadãs, iniciando-se pela coleta e análise de dados que, posteriormente, servirão de subsídio para decisões de gestão. Estas decisões, por sua vez, têm o potencial de

influenciar significativamente a forma como a saúde é percebida e praticada em nossa sociedade. Portanto, tal avaliação não é apenas um componente crítico para a melhoria dos serviços de saúde, mas também um passo crucial na garantia dos direitos e no fortalecimento da autonomia das mulheres no contexto da saúde.

O método utilizado nesta pesquisa, a revisão de escopo, se constitui em uma metodologia ampla, distinta de outros modelos de revisão, pois não visa a identificar a evidência mais robusta acerca de uma intervenção em saúde. Outro fator limitante se dá ao processo de triagem, este se inicia apenas com leitura de títulos e resumos, podendo excluir, de maneira não intencional, algum título que poderia ser de relevância para a atual pesquisa (Ferraz *et al.* 2020). Um outro elemento restritivo é observado durante a fase de seleção das bases de dados para pesquisa. Ao delimitar o âmbito do ambiente investigativo, ocorre um afastamento de estudos adicionais que, potencialmente, poderiam enriquecer a presente pesquisa. O mesmo também ocorre ao se tratar dos descritores usados e linguagem delimitada.

Apesar das limitações, a Revisão de Escopo é um caminho fundamental para se pensar em outras formas de pesquisa, visto que esta é capaz de oferecer aos pesquisadores uma melhor contextualização de como outros estudos na área têm sido elaborados e executados, preenchidas através da adoção de metodologias de pesquisa diversificadas. Isso abre portas para investigações que visam não somente catalogar a produção científica relacionada à avaliação, mas também aplicá-la sob a ótica das usuárias do Sistema de Saúde. Tal enfoque não apenas amplia o escopo da pesquisa científica, mas também promove uma aplicação prática e centrada no usuário, enriquecendo assim a relevância e o impacto desses estudos no campo da saúde.

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. J. Q. de; ROURE, F. N. de; BITTENCOURT, R. J.; SANTOS, R. M. D. B. dos; BITTENCOURT, F. V.; GOTTEMS, L. B. B. D.; AMORIM, F. F. Active health Ombudsman service: evaluation of the quality of delivery and birth care. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 52, p. 76, 2018. DOI: 10.11606/S1518-8787.2018052017291. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/148649>. Acesso em: 14 de outubro de 2023.

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal Of Social Research Methodology**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 19-32, fev. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/1364557032000119616>>. Acesso em: 12 de julho de 2023.

ASEFA, Anteneh *et al.* Mitigating the mistreatment of childbearing women: evaluation of respectful maternity care intervention in Ethiopian hospitals. **BMJ Open**, [S. l.], p. 1-14, 3 set. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32883738/>>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

BATISTA Filho, M., & Rissin, A.. (2018). WHO and the epidemic of cesareans. *Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil*, 18 (1), 3–4. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000100001>. Acesso em: 12 de julho de 2023

BENET, Marta *et al.* Women's agenda for the improvement of childbirth care: Evaluation of the Babies Born Better survey data set in Spain. **Birth**, [S. l.], p. 1-13, 27 set. 2020. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12505>>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

BOHREN, Meghan A. *et al.* Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria: a qualitative study on perceptions and experiences of women and healthcare providers. **Reproductive Health**, [S. l.], p. 1-13, 17 jan. 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28095911/>>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y.. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150–153, fev. 2007. Acesso em: 09 de setembro de 2021.

BOURGUIGNON, Ana Maria e GRISOTTI, Marcia. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. **Saúde e Sociedade** [online]. 2018, v. 27, n. 4 , pp. 1230-1245. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170489>>. Acesso em: 13 de julho de 2023.

BRAGA, Antonio et al. Aumento de cesáreas no Brasil – um apelo à reflexão. **Femina**, [S. l.], v. 51, n. 3, p. 135-136, 2023. Acesso em: 08 de outubro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Apice-on - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**. 1º edição, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Caderno de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: MS; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. 2017. Acesso em 10 de julho de 2023.

BRASIL. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: documentos fundamentais - Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Programa Nacional De Humanização Da Assistência Hospitalar**. Brasília: MS; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília: MS; 2000.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde – Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: MS; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. **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. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. **Portaria nº 570**, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – Incentivo à assistência Pré-natal. Brasília (DF); 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 2011; 24 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 2.351**, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2010.

BRAUN, V., CLARKE, V.. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, 3:2, 77-101, 2006. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa. Acesso em: 12 de julho de 2023.

CANANÉA, B. A.; DE MESQUITA, G. N.; COUTINHO, L. C.; RIBEIRO, L. H. dos S.; DE MEIRELLES, L. X. Utilização da Classificação de Robson na redução da taxa de cesárea / Use of the Robson Classification in reducing the rate of cesarean section. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 6, n. 11, p. 89043–89053, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n11-358. Acesso em: 28 de outubro de 2023.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Da casa para o hospital: a medicalização. In: CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de Parto e Políticas do Corpo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. cap. O parto humanizado no Brasil, p. 47-53.

CASTRO, S. S. et al.. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 99–105, fev. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000048>>. Acesso em: 30 de novembro de 2023.

COSTA, S. M.; RAMOS, J. G. L.. A questão das cesarianas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 10, p. 571–574, out. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/6FZWVh83TSqBJ8SnnwcGRtL/#>>. Acesso em: 29 de novembro de 2023.

CORDEIRO, Luciana e SOARES, Cassia Baldini. **Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa**. Boletim do Instituto de Saúde - BIS, v. 20, n. 2, p. 37-43, 2019. Tradução. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021863/bis-v20n2-sintese-de-evidencias-qualitativas-37-43.pdf>. Acesso em: 24 setembro 2023.

CUNHA, ALSF; ANJOS, TIS; MIRANDA, ASC; OLIVEIRA, LL; SOUZA RR. Humanização durante o trabalho de parto normal e cesárea. **Glob Acad Nurs**. 2021;2(Spe.1):e98. Disponível em: <<https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/130/201>> Acesso em: 29 de novembro de 2023.

DATASUS. Estatísticas vitais, **Tabnet**. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm.

DAVIS-FLOYD R. *The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth*. **Int J Gynecol Obstet**. 2001;75(supl. 1):5-23. Acesso em: 10 de outubro de 2023

Defensoria Pública do Estado de São Paulo. (2013). Violência Obstétrica: você sabe o que é? Núcleo especializado de promoção e defesa dos direitos da mulher e Associação Artemis. **Escola da Defensoria Pública do Estado**. São Paulo. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças, pp. 195-226. In MCS Minayo & SF Deslandes (orgs.). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

DINIZ, C. S. G.. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627–637, jul. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/#>>. Acesso em: 01 de outubro de 2023.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O.. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 84–88, jan. 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>>. Acesso em: 28 de novembro de 2023

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank memorial fund quarterly**. 1966; 166-206.

DONATE-MANZANARES *et al.* Mixed-method study of women's assessment and experience of childbirth care. **Journal of Advanced Nursing**, [S. l.], p. 4195-4210, 23 jul. 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34297861/>>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

D'ORSI, E. *et al.*. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S154–S168, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/ZfLNJPcLjcrxDbRVg4sfj4S/#>>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL. **Lei nº 5.568**, de 16 de setembro de 2020. Altera e acrescenta dispositivos à Lei nº 5.217, de 26 de junho de 2018. Campo Grande, 16 set. 2020.

Exposição Sentidos do Nascer. Violência obstétrica: A voz das brasileiras. Youtube, 16 de abril de 2015. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=RMfAvgfqd9g&t=1s>>. Acesso em: 09 de outubro de 2023.

FERRAZ, Lucimare; PEREIRA, Rui Pedro Gomes; e PEREIRA, Altamiro Manuel Rodrigues da Costa. Tradução do Conhecimento e os desafios contemporâneos na área da saúde: uma revisão de escopo. **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n. spe2, pp. 200-216. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S215>>. Acesso em: 28 de novembro de 2023.

FIOCRUZ. No Brasil das cesáreas, falta de autonomia da mulher sobre o parto é histórica. **Casa de Oswaldo Cruz**, 9 jun. 2021. Disponível em: <<https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1967-no-brasil-das-cesareas-a-falta-de-autonomia-da-mulher-sobre-o-parto-e-historica.html>>. Acesso em: 09 de outubro de 2023.

FIOCRUZ. Principais Questões sobre a Consulta de Puerpério na Atenção Primária à Saúde. 5 de maio de 2021. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>>. Acesso em 3 de outubro de 2023.

FIOCRUZ. Rede Cegonha: Fundação integra programa que combate a mortalidade materna e infantil. **Portal Fiocruz**, 10 de setembro de 2012. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/rede-cegonha-fundacao-integra-programa-que-combate-mortalidade-materna-e-infantil>>. Acesso em: 5 de julho de 2023.

FRIAS, Paulo Germano de et al. Atributos da Qualidade de Saúde. In: SAMICO, Isabella et al (Org.). **Avaliação em Saúde: Bases conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. Cap. 4. p. 43-55. Acesso em: 09 de setembro de 2021.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO (FPA). Pesquisa Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. FPA, Sesc, agosto 2010. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2011/02/21/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>>. Acesso em: 28 de outubro de 2023.

GIGLIO, M. R. P.; FRANÇA, E.; LAMOUNIER, J. A.. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 10, p. 297–304, out. 2011. Acesso em: 28 de outubro de 2023.

GÓMEZ, Paola Morales et al. Cesárea: benefícios y riesgos. **Rev Invest Med Sur Mex**, [S. l.], v. 16, n. 4, p. 181-184, 18 dez. 2009. Acesso em: 27 de outubro de 2023.

GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D.. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 107–114, jan. 2006. Acesso em: 30 de novembro de 2023.

HORTELAN, M. DOS S. et al.. Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: scoping review. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 32, n. 2, p. 229–236, mar. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/tt3Y6pqFfw5b8KrymRVmBYb/#>>. Acesso em: 29 de novembro de 2023.

INSTITUTO Nascer. 4 INDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA UMA CESARIANA. Instituto Nascer, 2020. Disponível em:

<<https://institutonascerc.com.br/4-indicacoes-absolutas-para-uma-cesariana/>> . Acesso em: 11 de outubro de 2023.

INSTITUTO Nascerc. Existe Cesariana Humanizada?. Instituto Nascerc, 2021. Disponível em: <<https://institutonascerc.com.br/>>. Acesso em: 29 de novembro de 2023.

JOHNSON, N.; PHILLIPS, M. Rayyan for systematic reviews. **Journal of Electronic Resources Librarianship**, v. 30, n. 1, p. 46-48, 2018. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1941126X.2018.1444339>>. Acesso em: 29 de novembro de 2023.

KHODARAHMI, Shiva *et al.* The effect of backup midwife on maternal experience after vaginal childbirth - a qualitative study. **Journal of Medicine and Life**, [S. l.], p. 539-546, 4 abr. 2022. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

LANSKY, Sônia *et al.* Pesquisa Nascerc no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**. 2014, v. 30, n. Suppl 1, pp. S192-S207. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>>. Acesso em: 09 de outubro de 2023.

LEAL, N. P. *et al.* Práticas sociais do parto e do nascerc no Brasil: a fala das puérperas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 941-950, mar. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/c8q3b3jhmnqHQftKxfJQBrm/#>>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

LIMA, Márcia. O uso da entrevista na pesquisa empírica. In: SESC/CEBRAP. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: Bloco Qualitativo**. São Paulo: [s. n.], 2016. p. 24-41.

LOPES, Caroline Vasconcellos *et al.* EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELA MULHER NO MOMENTO DO PARTO E NASCIMENTO DE SEU FILHO. **Cogitare Enferm**, [S. l.], p. 484-490, 2009. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16178/10697>>. Acesso em: 30 de novembro de 2023.

LUEGMAIR, Karolina *et al.* Women's satisfaction with care at the birthplace in Austria: Evaluation of the Babies Born Better survey national dataset. **Midwifery**, [S. l.], v. 59, p. 1-40, abr. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29425896/>>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

MANDER, Sarah; MILLER, Yvette. Perceived Safety, Quality and Cultural Competency of Maternity Care for Culturally and Linguistically Diverse Women in Queensland. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, [S. l.], p. 83-98, 16 maio 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26896108/>>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

MOCUMBI, Sibone *et al.* Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: a cross-sectional survey in southern Mozambique. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S. l.], p.

1-14, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31426758/>>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

MONTEIRO, Maria do Socorro da Silva et al. Importância da Assistência de Enfermagem no Parto Humanizado. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, [S. l.], p. 51-58, 16 jun. 2020. Disponível em: <<https://faculdadejk.edu.br/wp-content/uploads/2022/05/139-Texto-do-Artigo-332-1-10-2020-1105.pdf>>. Acesso em: 30 de novembro de 2023.

NIQUINI, R. P. et al.. Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. s61–s68, nov. 2010. Acesso em: 30 de novembro de 2023.

OLIVEIRA, F. A. M. *et al.* O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe, p. 177–184, 2015. Acesso em: 28 de outubro de 2023.

OLIVEIRA, José Clovis Pereira. *et al.* O Questionário, o Formulário e a Entrevista como Instrumentos de Coleta de Dados: vantagens e desvantagens do seu uso na pesquisa de campo em ciências humanas. III Congresso Nacional de Educação, Campina Grande, p. 1-13, 5 out. 2016. Acesso em: 30 de novembro de 2023

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. A Agenda 2030: Um plano de ação global para um 2030 sustentável. **Assembleia Geral da ONU**. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Organização Mundial de Saúde. Declaração sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: OMS, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Organização Mundial da Saúde. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: OMS, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Organização Mundial da Saúde. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Genebra: OMS, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Organização Mundial da Saúde. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Genebra: OMS, 2022.

PALMA, C. C.; DONELLI, T. M. S. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico**, [S. l.], v. 48, n. 3, p. 216–230, 2017. DOI: 10.15448/1980-8623.2017.3.25161. Acesso em: 10 de outubro de 2023.

PARENTE, Raphael Câmara Medeiros *et al.* A história do nascimento (parte 1): cesariana: [revisão]. **Femina**, set. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a481-486.pdf>> Acesso em: 23 de setembro de 2023

Parto do Princípio–Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa Dossiê da Violência Obstétrica. “Parirás com dor”. Elaborado para a CPMI Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em 09 de outubro de 2023.

PAZANDEH, Farzaneh *et al.* An evaluation of the quality of care for women with low risk pregnancy: The use of evidence-based practice during labour and childbirth in four public hospitals in Tehran. **Midwifery**, nov. 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26292760/>>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

PEREIRA, J. S. *et al.* Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 15, p. 103-108, 2016. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf>. Acesso em: 09 de outubro de 2023.

PEREIRA, Pedro Samuel Lima *et al.* Tecnologias não invasivas de cuidado: percepção das puérperas / Non-invasive care technologies: perception of puerperal women. **Revista de Enfermagem. UFPE on line**, [S. l.], p. 2129-2136, ago. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a236584p2129-2136-2018>>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

PETERS, M. D. J. *et al.* Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris, E., Munn, Z. (Org). **JBIC Manual for Evidence Synthesis**, JBI, 2020. Disponível em: <<https://wiki.jbi.global/display/MANUAL>>. Acesso em: 12 de julho de 2023.

RIBAS, K. H.; ARAÚJO, A. H. I. M. de . The importance of Health Literacy in Primary Care: integrative literature review . **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 16, p. e493101624063, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i16.24063. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24063>. Acesso em: 29 de novembro de 2023.

REDE HUMANIZA SUS. Bate Papo sobre parto humanizado. **Rede Humaniza SUS**. 08 de março de 2018, 1:07:28h. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/bate-papo-sobre-parto-humanizado/>. Acesso em: 3 de março de 2022.

REHUNA- Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Nossa História. Disponível em: <https://rehuna.org.br/nossa-historia/>. Acesso em: 28 de outubro de 2023.

RENASCIMENTO do parto 2. Direção: Eduardo Chauvet. Produção de Diogo Moyses e Eduardo Chauvet. Brasil. 2018.

REPPEN K, HENRIKSEN L, SCHEI B, MAGNUSSEN EB, INFANTI JJ. Experiences of childbirth care among immigrant and non-immigrant women: a cross-sectional questionnaire study from a hospital in Norway. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2023 May 27;23(1):394. DOI: 10.1186/s12884-023-05725-z. Acesso em: 12 de julho de 2023.

RESZEL, Jessica *et al.* Client Experience with the Ontario Birth Center Demonstration Project. **Journal of Midwifery & Women's Health**, [S. l.], p. 174-184, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33336882/>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

ROMÃO, R. S.; FUZISSAKI, M. de A.; PRUDÊNCIO, P. S.; DE FREITAS, E. A. M. Qualidade da assistência obstétrica relacionada ao parto por via vaginal: estudo transversal. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 8, 2018. DOI: 10.19175/recom.v8i0.2907. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/2907>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

SAKALA et al. Listening to Mothers. **National Partnership for Woman & Families**. California, 2018.

SEVERINO, A. J. Teoria e Prática Científica. In: SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. [S. l.: s. n.], 2013. cap. 3, p. 78-98.

SILVA, Francisca Francineide Andrade da *et al.* Atendimento prestado à parturiente em um hospital universitário. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, [S. l.], p. 282-293, jan. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/bde-25393>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

SILVA, L. M. V. & FORMIGLI, V. L. A. Health Evaluation: Problems and Perspectives. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10(1): 80-91, Jan/Mar, 1994. Acesso em: 29 de julho de 2021.

SOARES, Yndiara Kássia da Cunha *et al.* Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S. l.], p. 4563-4573, nov. 2017. Disponível:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231195/25187>>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

SOUZA, Luciana Karine de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Acesso em: 12 de julho de 2023.

STULZ, Virginia *et al.* Evaluation of a student-led midwifery group practice: A woman's perspective. **Midwifery**, [S. l.], v. 86, p. 1-9, 8 jul. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102691>>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

SZEJER, Myriam; STEWART, Richard. Nove meses na vida da mulher: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 1997. Acesso em 08 de outubro de 2023.

TEIXEIRA, Luan Diego Marques. **Barreiras e Potencialidades para Educação Médica Permanente e Continuada em Saúde Mental na Atenção Primária: Uma Revisão de Escopo**. Orientador: Dais Gonçalves Rocha. 91 p.. 2023. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília. 2023. Acesso em: 24 setembro 2023.

TESSER, C.D.; KNOBEL R; ANDREZZO, H.F.; DINIZ, S. G. Violência obstétrica e prevenção quaternária/ : o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Família Comunidade**. 2015;10(35):1-12. Disponível em: <>. Acesso em 10 de outubro de 2023.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Ann Intern Med**. v. 169, n. 7, out. 2018, p. 467-473. Disponível em: <<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850>>. Acesso em: 12 de junho de 2023.

UNA-SUS/UFMA. Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha. Consuelo Penha Castro Marques (Org.). - São Luís, 2015

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**, [S. l.], p. 95-107, 15 jun. 2016. Disponível em: <<https://www.semanticscholar.org/>>. Acesso em: 10 de outubro de 2023.

VENEZUELA. **Lei 38.668 de 23 de abril de 2007**. *Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Disponível em: <<http://www.derechos.org/ve/pw/wpcontent/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-VidaLibre-de-Violencia.pdf>>. Acesso em: 08 de outubro de 2023.

APÊNDICES

1. Apêndice 1:

Quadro 4: Estudos encontrados conforme autoria e ano de publicação, título, país de produção, metodologia e instrumento, PubMed e LILACS, 2013 a 2023.

Autoria e ano de publicação	Título	País	Metodologia	Instrumento
Khodarahmi <i>et al.</i> (2022)	The effect of backup midwife on maternal experience after vaginal childbirth - a qualitative study	Irã	Qualitativa	Entrevistas
Leal <i>et al.</i> (2021)	Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas	Brasil	Qualitativa	Questionário
Donate-Manzanar es <i>et al.</i> (2021)	Mixed-method study of women's assessment and experience of childbirth care	Espanha	Quantitativa e Qualitativa	Entrevista semiestruturada e questionário
Pereira <i>et al.</i> (2021)	Tecnologias não invasivas de cuidado: percepção das puérperas	Brasil	Quantitativa	Questionário
Asefa <i>et al.</i> (2020)	Mitigating the mistreatment of childbearing women: evaluation of respectful maternity care intervention in Ethiopian hospitals	Etiópia	Quantitativa	Questionário
Benet <i>et al.</i> (2020)	Women's agenda for the improvement of childbirth care: Evaluation of the Babies Born Better survey data set in Spain	Espanha	Quantitativa e Qualitativa	Questionário
Stulz <i>et al.</i> (2020)	Evaluation of a student-led midwifery group practice: A woman's perspective	Austrália	Quantitativa e Qualitativa	Questionário e Entrevistas
Reszel <i>et al.</i> (2020)	Client Experience with the Ontario Birth Center Demonstration Project	Canadá	Quantitativa	Questionário
Mocumbi <i>et al.</i> (2019)	Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: a cross-sectional survey in southern Mozambique	Moçambique	Qualitativa	Questionário
Luegmair <i>et al.</i> (2018)	Women's satisfaction with care at the birthplace in Austria: Evaluation of the Babies Born Better survey national dataset	Áustria	Qualitativa	Questionário
Romão <i>et al.</i> (2018)	Qualidade da assistência obstétrica relacionada ao parto por via vaginal: estudo transversal	Brasil	Quantitativa	Entrevista e Índice de Bologna
Almeida <i>et al.</i>	Ouvidoria ativa em saúde: avaliação	Brasil	Quantitativa	Questionário

(2018)	da qualidade da atenção ao parto e nascimento			
Bohren <i>et al.</i> (2017)	Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria: a qualitative study on perceptions and experiences of women and healthcare providers	Nigeria	Qualitativa	Grupo Focal e Entrevistas
Soares <i>et al.</i> (2017)	Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal	Brasil	Qualitativa	Entrevista semiestruturada
Mander &, Miller (2015)	Perceived Safety, Quality and Cultural Competency of Maternity Care for Culturally and Linguistically Diverse Women in Queensland	Austrália	Quantitativa	Questionário
Pazandeh <i>et al.</i> (2015)	An evaluation of the quality of care for women with low risk pregnancy: The use of evidence-based practice during labour and childbirth in four public hospitals in Tehran	Irã	Quantitativa e Qualitativa	Entrevista e Observação
Silva <i>et al.</i> (2014)	Atendimento prestado à parturiente em um hospital universitário	Brasil	Qualitativa	Entrevista semiestruturada
d'Orsi <i>et al.</i> (2014)	Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar	Brasil	Qualitativa	Entrevista e dados do prontuário

Fonte: autora (2023).