



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE (CCBS)
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO (EEAP)

Discente: Isabelle Barbosa Feitosa

Orientador(a): Cristiane Rodrigues da Rocha

Coorientador(a): Tais Veronica Cardoso Vernaglia

Trabalho final da disciplina de Seminário de Pesquisa II, apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Título: A Assistência Multiprofissional à Mulher Gestante e a Influência no Desfecho Positivo de Parto: Revisão Integrativa

RIO DE JANEIRO

2023

Artigo Original

ARTIGO DE REVISÃO

ISABELLE BARBOSA FEITOSA

Enfermeira pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

contatoisabarbosa@gmail.com

CRISTIANE RODRIGUES DA ROCHA

Professora Associada EEAP-UNIRIO.

Doutora em Enfermagem. Especialista em Obstetrícia

cristiane.r.rocha@unirio.br

A ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL À MULHER GESTANTE E A INFLUÊNCIA NO DESFECHO POSITIVO DE PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA

Resumo: Para abranger o conceito de saúde integral, a assistência multiprofissional se mostra a melhor alternativa. O objetivo deste trabalho é descrever as evidências existentes que demonstrem os impactos da assistência multiprofissional à mulher gestante no desfecho de parto. Para isso, foi realizada uma revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa do tipo descritiva. Foram encontrados 314 artigos, sendo 28 na BVS, 128 na PUBMED/MEDLINE e 158 na CINAHL. Após triagem e leitura na íntegra, foram selecionados 9 artigos para compor os resultados. Concluiu-se que a assistência multiprofissional, quando realizada no pré-natal, tem papel crucial na auto-eficácia do parto, decorrentes do compartilhamento de informações de qualidade, gerando sentimento de empoderamento e encorajamento dessas mulheres. Além disso, quando realizada intraparto, contribui para a criação de uma cultura positiva de equipe, diminuindo as taxas de cesariana eletiva e violência obstétrica, somado ao aumento do sentimento de segurança para as parturientes.

Descritores: Equipe multiprofissional, Obstetria, Cuidado Pré-Natal, Parto

Abstract: To encompass the concept of comprehensive health, multiprofessional care proves to be the best alternative. The objective of this study is to describe the existing evidence demonstrating the impacts of multiprofessional care for pregnant women on childbirth outcomes. An integrative review of the literature was conducted using a qualitative, descriptive approach. A total of 314 articles were found, with 28 in BVS, 128 in PUBMED/MEDLINE, and 158 in CINAHL. After screening and full-text reading, 9 articles were selected to compose the results. It was concluded that multiprofessional care, when performed during prenatal care, plays a crucial role in childbirth self-efficacy, stemming from the sharing of quality information, generating feelings of empowerment and encouragement in these women. Additionally, when conducted during intrapartum care, it contributes to creating a positive team culture, reducing elective cesarean rates and obstetric violence, while increasing feelings of security for laboring women.

Descriptors: Multidisciplinary team, Obstetrics, Prenatal Care, Childbirth

Resumen: Para abarcar el concepto de salud integral, la atención multiprofesional se muestra como la mejor alternativa. El objetivo de este estudio es describir las evidencias existentes que demuestren los impactos de la atención multiprofesional a las mujeres embarazadas en el desenlace del parto. Para ello, se realizó una revisión integrativa de la literatura con un enfoque cualitativo y descriptivo. Se encontraron un total de 314 artículos, con 28 en BVS, 128 en PUBMED/MEDLINE y 158 en CINAHL. Tras el cribado y la lectura completa, se seleccionaron 9 artículos para componer los resultados. Se concluyó que la atención multiprofesional, cuando se realiza durante el cuidado prenatal, desempeña un papel crucial en la autoeficacia del parto, derivada del intercambio de información de calidad, generando sentimientos de empoderamiento y aliento en estas mujeres. Además, cuando se realiza durante el cuidado intraparto, contribuye a crear una cultura positiva de equipo, reduciendo las tasas de cesáreas electivas y la violencia obstétrica, al tiempo que aumenta los sentimientos de seguridad para las mujeres en trabajo de parto.

Descriptores: Equipo multidisciplinario, Obstetricia, Atención Prenatal, Parto

INTRODUÇÃO

Na antiguidade, os partos eram realizados em ambiente privativo para mulheres, dentro de suas casas, com assistência exclusivamente realizada por mulheres¹. Porém, com o passar dos anos e avanço da ciência, outros sujeitos foram inseridos no cenário do parto, a começar pelos homens e profissionais da medicina². Atualmente entende-se que é de suma importância para além da assistência ao parto, o acompanhamento pré-natal para que haja um desfecho positivo dessa etapa da vida. Entretanto, algumas nuances, infelizmente, ainda são negligenciadas no processo, como por exemplo a educação perinatal e o preparo físico e mental dessa mulher para o parto e pós-parto.

Tendo em vista as mudanças, durante os anos, no conceito de saúde integral à mulher no ciclo gravídico puerperal, é preciso entender melhor como a Enfermagem atua nesse contexto e de que forma outros profissionais de saúde, em conjunto, contribuem para o cuidado humanizado e a garantia do direito das mulheres de terem a mais completa assistência e o melhor preparo possível que desejar ter.

Para isso, é importante entendermos as evoluções históricas da assistência à saúde no Brasil, que ficou cada vez mais hospitalocêntrica e voltada para o modelo biomédico curativo com o advento de novas tecnologias e conhecimentos. Em 1923 foi criada a Lei Eloy Chaves³ e junto com ela o modelo de assistência médico-previdenciário. Nesse modelo, apenas os que contribuem para a previdência tinham direito a receber atendimento e esse tinha um enfoque curativo, afinal, a finalidade era que esses trabalhadores não se tornassem inválidos ou se ausentassem por muito tempo do seu labor.

Após esse marco, houve a criação do Ministério da Saúde⁴ em 1953, visando cuidar da população pobre e desempregada que não teria acesso à previdência social, porém de forma muito precária e sem muitos investimentos. Ainda nesse contexto, em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS)⁵ que aumentou o acesso da população aos serviços de saúde, entretanto, ainda de forma privatista, com enfoque curativo e hospitalocêntrico, dando ênfase às novas tecnologias que estavam surgindo pelo mundo. Esse modelo foi chamado de Paradigma Flexneriano por ser inspirado na Reforma Flexner⁶ que aconteceu em 1910 nos EUA.

No início da década de 1970, iniciou-se o movimento de Reforma Sanitária⁷ que visava ser uma oposição ao regime militar e suas políticas. Porém, apenas no fim da década, em 1978, aconteceu a Conferência Alma-Ata⁸ que disseminou o debate sobre a importância da saúde pública pelo mundo e impulsionou a discussão sobre um novo modelo de saúde no Brasil.

Apesar disso, somente no ano de 1986 aconteceu o maior marco da saúde no país, a 8ª Conferência Nacional de Saúde⁹ que foi norteada com o princípio de “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, dando origem para o que viria a constituir a Constituição Federal em 1988¹⁰ e posterior criação do SUS com a Lei nº 8.080 de 1990¹¹.

Considerando todo esse contexto histórico dos modelos de saúde e a mudança recente desse entendimento, ainda é um desafio para os profissionais e para a população entender a saúde segundo o conceito do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde⁹: “[A Saúde] é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”; e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS): “[A Saúde é] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (1948). Por isso, a implementação da assistência multiprofissional, independente da área de atuação, visando uma atenção integral e não mais médico-curativa, ainda é uma objeção.

No cuidado à mulher gestante essa realidade não é diferente. É bem consolidado no imaginário da população que a medicina entrou no contexto do parto para salvar vidas. Entretanto, hoje é possível perceber que não é o sujeito profissional de medicina, nem o ambiente hospitalar que reduziram a morbimortalidade materna e sim os avanços em conhecimento epidemiológicos, de vigilância sanitária, de saúde integral, entre outros e, também, a evolução das tecnologias empregadas na saúde

Além disso, tendo em vista os princípios do SUS descritos na Lei nº 8.080/90¹¹, é preciso ter uma integralidade da assistência, percebida como um conjunto articulado de ações e serviços que visam promoção da saúde, a preservação da autonomia do usuário e o incentivo à participação social no cuidado, respeitando a organização em rede. Isso nos oferece um cenário onde a assistência à saúde é articulada entre multiprofissionais e os próprios usuários.

Segundo a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem¹³, o Enfermeiro, como parte integrante da Equipe de Saúde, pode prestar assistência à gestantes, parturientes, puérperas e ao recém nascido, além do Enfermeiro Obstetra e Obstetrizes, poderem, também, prestar assistência ao parto normal, identificar distocias obstétricas e tomar providências, e realizar outros procedimentos pertinentes, como anestesia local e episiorrafia, quando necessário. Por isso, no SUS, é possível perceber que o pré-natal de baixo risco já é realizado quase que em sua totalidade por enfermeiros.

Tendo em vista o exposto, esse estudo justifica-se levando em consideração dados retirados da Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde (Plataforma IVIS)¹⁴ do Ministério

da Saúde, que demonstra que, em 2022, foram registrados 1.252 óbitos maternos, dos quais 855 tinham causas obstétricas diretas. Dentro desses, 820 ocorreram dentro de hospitais ou outros estabelecimentos de Saúde. Ou seja, evidencia-se que a assistência à mulher gestante deve ser observada de maneira mais ampla e multiprofissional, visando evitar mortes por causas previsíveis e tratáveis, objetivando uma melhora dessas taxas de mortalidade.

Ademais, com alguns casos de Violência Obstétrica vindo à tona, há uma movimentação intensa da população geral de valorização de uma assistência dita “Humanizada”, podendo ser ela da parte dos médicos, enfermeiros, psicólogos, parteiras, doulas, entre outros.

Com o tema da humanização do cuidado em alta, é de suma importância entender os pontos fundamentais da Humanização prevista na Política Nacional de Humanização (PNH)¹⁵, como esse cuidado pode ser realizado de forma multidisciplinar e multiprofissional no contexto da assistência à mulher gestante e de que forma isso impacta num desfecho positivo de parto.

OBJETIVO

O objetivo desta revisão é descrever as evidências científicas existentes sobre a assistência multiprofissional na gestação a fim de entender as dinâmicas que favorecem ou não o desfecho positivo de parto.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa do tipo descritiva, utilizando o acrônimo PICO para formulação da questão norteadora, onde o P (população) são as Mulher Gestante; o C (intervenção) a Assistência Multiprofissional e o Co (contexto) o Serviços de Saúde. Sendo assim, a

As bases de dados utilizadas foram BVS, MEDLINE/PUBMED e CINAHL. Os descritores e operadores booleanos utilizados foram: “Equipe de Assistência ao Paciente” AND “Gestantes” AND “Parto”. Além desses descritores em português, foram utilizados, também, os descritores em inglês “Patient care team” AND “Pregnancy” OR “Pregnant woman” AND “Parturition”.

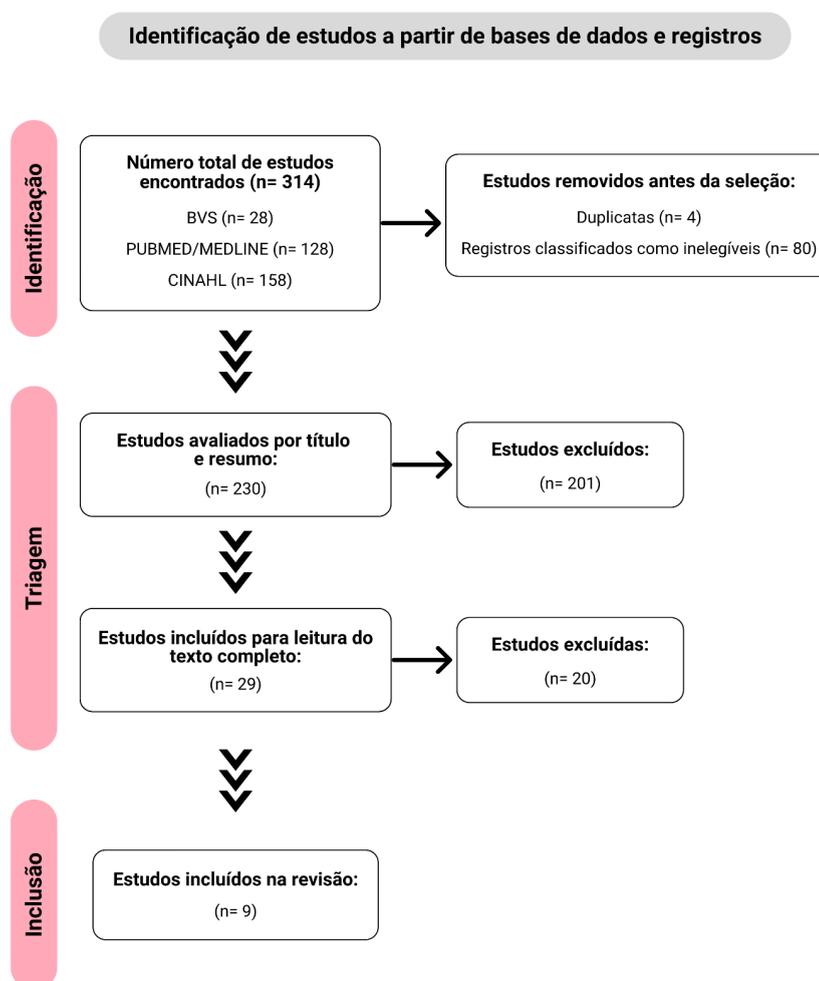
Foram definidos como critérios de inclusão textos dos últimos 5 anos (2019-2023) que referem-se à assistência multiprofissional (mais de um profissional atuando em conjunto) à mulher no ciclo gravídico-puerperal e que possuam a correlação dessa assistência com o desfecho do parto, nos idiomas inglês, português e espanhol, podendo ser evidências de

qualquer local do mundo. Em contrapartida, foram critérios de exclusão textos que não estão disponíveis gratuitamente e/ou não estejam completos, relatos de experiência, matérias e colunas de revistas, estudos farmacológicos e revisões da literatura.

Na BVS foram utilizados todos os descritores em português, o filtro “Texto completo” e recorte temporal de 2019-2023. Já na PUBMED/MEDLINE e CINAHL foram utilizados os descritores apenas em inglês sendo o mesmo recorte temporal e filtro “free full text” na PUBMED e “full text” na CINAHL.

A análise dos resultados obtidos na pesquisa foi realizada por meio do Fluxograma Prisma, ilustrado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma Prisma



Nos artigos selecionados, foi realizada análise dos níveis de evidência segundo a categorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)¹⁶ dos Estados Unidos da América, no qual há uma classificação hierárquica segundo 6 níveis. São eles: nível 1,

metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2, estudo individual com delineamento experimental; nível 3, estudo com delineamento quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; nível 4, estudo com delineamento não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; nível 5, relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; nível 6, opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas.

Para a análise do conteúdo foi utilizado o método de Bardin¹⁷ onde foi realizada uma leitura flutuante para formulação de hipóteses. Em seguida, uma leitura mais aprofundada para definição de eixos temáticos. Por último, foi realizado o tratamento dos resultados agregando os dados e interpretando com base na literatura disponível.

RESULTADOS

Tendo por base os critérios de inclusão e exclusão e analisando segundo a questão norteadora do estudo “Quais são as evidências científicas que indicam a contribuição da assistência multiprofissional à mulher gestante nos serviços de saúde e como isso se relaciona com desfechos positivos de parto?” foram selecionados 9 artigos.

Tais artigos foram nomeados por ano de publicação em ordem crescente de 1 a 9 com a letra A, referente à palavra artigo, e ilustrados na tabela da Figura 2.

Figura 2 - Tabela de caracterização dos estudos selecionados

Código Ano	País	OBJETIVO	Tipo de estudo/Nív el de evidência	RESULTADOS
A1 2019 (18)	China	Obter uma compreensão completa dos fatores que podem contribuir para o trauma psicológico do parto sob a perspectiva das parteiras.	Estudo descritivo Nível 4	A equipe médica deve prestar atenção ao trauma psicológico do parto e seus efeitos, enfatizando a triagem e avaliação das mulheres em trabalho de parto com sentimentos negativos, para que o trauma psicológico do parto delas possa ser prevenido e reduzido.
A2 2019 (19)	Brasil	Conhecer o trabalho interdisciplinar desenvolvido pelos profissionais de saúde durante os encontros do grupo de gestantes e/ou casais grávidos no período de 1996 a 2016.	Estudo histórico- social Nível 5	O grupo de gestantes torna-se um espaço para a formação e desenvolvimento de alunos e profissionais de saúde, através de troca de experiências e práticas integradas. Como práticas de saúde, influenciam o parto normal, a amamentação, a autoconfiança da mulher e seu parceiro e o empoderamento no processo de gestar e parir.
A3 2020 (20)	Namíbia	Determinar as opiniões das parteiras sobre como as mulheres nas salas de parto do setor privado decidem sobre o método de parto.	Estudo descritivo- exploratório Nível 4	Os resultados indicaram que a tomada de decisões dependia da mulher, do médico e da instituição. Aspectos como o relacionamento da parteira com o médico, assim como da mulher grávida e da instituição, têm influência nessas decisões. Além disso, a confiança entre os profissionais de saúde, a disponibilidade de políticas e diretrizes, bem como as informações recebidas durante o pré-natal, também afetam a escolha.

A4 2021 (21)	Brasil	Analisar a associação entre a adequação das orientações recebidas durante o pré-natal e o profissional que atendeu a gestante na maioria das consultas na Atenção Primária à Saúde.	Estudo transversal Nível 5	A prevalência de orientações dadas pelos profissionais de saúde às gestantes foi mais elevada quando o pré-natal foi mais compartilhado entre enfermeiros e médicos, em comparação ao atendimento majoritário por profissional de apenas uma profissão.
A5 2021 (22)	Brasil	Descrever a compreensão, a experiência e as proposições da equipe multidisciplinar em saúde em relação à violência obstétrica.	Estudo descritivo-exploratório Nível 4	Ressalta-se a importância do conhecimento da equipe de saúde sobre a violência obstétrica, para que possam identificar, intervir e prestar assistência humanizada. A violência obstétrica é favorecida por falta de reestruturação do ambiente e de materiais, escassez de recursos humanos e sobrecarga de trabalho dos profissionais envolvidos. Considera-se oportuna a promoção de capacitações que aproximem os profissionais de saúde entre si e de condutas baseadas em evidências científicas.
A6 2023 (23)	China	Examinar a autoeficácia materna durante a fase latente do trabalho de parto e identificar os preditores relacionados entre mulheres chinesas de baixo risco grávidas.	Estudo correlacional preditivo Nível 4	Este estudo destacou que o suporte profissional, o conhecimento sobre o parto e a paridade podem afetar a autoeficácia no parto. Profissionais de saúde podem aumentar a autoeficácia materna fornecendo suporte emocional e informações aprimoradas, garantindo que as mulheres recebam informações adequadas sobre o processo de parto e oferecendo suporte para mulheres primíparas durante a fase latente do trabalho de parto.
A7 2023 (24)	Jordânia	Investigar o impacto do cuidado intraparto de suporte nas percepções das mulheres sobre medo, dor e controle durante o parto, em comparação com o cuidado rotineiro.	Estudo quase-experimental Nível 3	O cuidado intraparto de suporte reduziu as percepções de dor e medo das mulheres e melhorou as percepções de controle e apoio. O treinamento e apoio às parteiras podem ser replicados em configurações semelhantes em países de renda média. Políticas voltadas para a implementação rotineira de cuidados intraparto de suporte são essenciais para diminuir a dor e o medo do parto.
A8 2023 (25)	Suécia	O objetivo deste estudo foi investigar o efeito do pertencimento organizacional e da profissão nas atitudes dos clínicos em relação ao apoio ao parto vaginal e ao trabalho em equipe interprofissional na assistência materna sueca.	Estudo transversal Nível 5	No estudo atual, a cultura positiva da equipe correlacionou-se positivamente a uma cultura organizacional favorável ao parto vaginal. Intervenções para apoiar partos vaginais devem incluir esforços para fortalecer o trabalho em equipe entre as profissões, bem como considerar os valores, preferências e escolhas informadas das mulheres.
A9 2023 (26)	China	Este estudo busca investigar se e como a Equipe Multidisciplinar (EMD) afeta o tratamento e os resultados de mulheres grávidas com Hipertensão Pulmonar (HP).	Estudo retrospectivo Nível 5	A implementação da EMD reduziu a taxa de cesarianas urgentes e insuficiência cardíaca em pacientes com HP, e não houve mortes maternas no grupo pós-EMD. Mulheres grávidas com HP grave e FCOMS III/IV podem ter um prognóstico ruim, enquanto o uso de terapia específica para pulmão pode melhorar os resultados da gravidez.

Dos artigos incluídos nesta revisão, foi possível verificar que aproximadamente 44% (4) foram publicados em 2023, 22% (2) em 2021, 11% (1) em 2020 e 22% (2) em 2019. Quanto ao idioma, cerca de 66% (6) estavam em inglês (3, 1, 1 e 1 publicados na China, Namíbia, Jordânia e Suécia, respectivamente), enquanto 33% (3) estavam em português (todos publicados no Brasil). Além disso, houve um maior número de publicações encontradas na BVS (4), seguido da CINAHL (3).

A partir da análise temática dos artigos, tendo como base a questão norteadora, foi possível categorizá-los em 4 eixos temáticos, podendo estar inserido em mais de um eixo.

Figura 3 - Categorização dos artigos em eixos temáticos

Eixo temático	Artigos
O poder da comunicação	A1, A8, A9
Informação de qualidade	A2, A4, A6
Compartilhamento do trabalho	A6, A7, A8, A9
Omissão e subordinação	A3, A5

DISCUSSÃO

O poder da comunicação

O estabelecimento de uma boa comunicação interpessoal é de suma importância para que todos os participantes de uma conversa se entendam. Porém, apesar de basal, estabelecer uma linguagem assertiva nem sempre é uma tarefa fácil.

Assim como em qualquer relacionamento, a comunicação no âmbito da saúde é um pilar, e é estabelecido pela Política Nacional de Humanização (PNH)¹⁵ através da participação popular na gestão do cuidado. Segundo Huang¹⁸ em seu artigo, a comunicação com a gestante durante o trabalho de parto, informando sobre sua condição e a do bebê, ouvindo-a em suas queixas e pedidos, tranquilizando, informando sobre os procedimentos a serem realizados e quando serão realizados, é essencial para evitar que o desfecho desse parto seja traumático psicologicamente, além de trazer uma melhora significativa no sentimento de segurança.

Ademais, a comunicação entre os profissionais, apesar de negligenciada, é tão importante quanto entre profissionais e pacientes, afinal, como estabelecer uma boa comunicação se cada pessoa fala uma língua diferente?

Quando se tem o que chamamos de “trabalho em equipe” é possível perceber os resultados favoráveis, tanto para o desfecho do parto, como para a criação de um ambiente de trabalho saudável. Apesar de não incluso dentre os artigos selecionados por não apresentar os resultados de suas colocações em relação ao parto, Neuhaus²⁷ trás em seu artigo uma visão interessante sobre um serviço obstétrico de emergência onde a comunicação deve ser levada a sério por todas as partes. Nesse artigo, é posto as falas dos profissionais que expõe sua satisfação em ver que, mesmo havendo questões de afinidade, inerentes aos relacionamentos, a comunicação entre todos é (e precisa ser) respeitosa de forma a cada um não se ater apenas à sua responsabilidade, sendo, também, apoiadores uns dos outros em momentos de sobrecarga de tarefas ou extremos em que precisam de “muitas mãos”.

Tendo essa visão em mente, também é possível observar como uma “cultura positiva da equipe” é favorável aos desfechos não intervencionistas²⁵. Quando há um apoio, comunicação e confiança entre as partes, é possível termos melhoras nas taxas de cesariana eletivas.

A comunicação entre os profissionais de diversas áreas, para além da obstétrica, pode diminuir, também, a quantidade de cesarianas de emergência e, até mesmo, óbitos maternos e fetais²⁶. Isso se dá, pois, ao nos comunicarmos com outros profissionais, estamos respeitando o princípio da transversalidade descrito na PNH¹⁵ e tendo em mente o conceito de saúde integral⁹, olhando para a mulher como um todo e não apenas para sua gestação, buscando encontrar outras condições associadas que podem não ter sido vistas antes, e, assim, estamos evitando complicações mais sérias e entregando uma assistência completa.

Informação de qualidade

Além da comunicação, a informação é uma grande aliada para termos uma percepção do parto positiva. Há uma imagem propagada de geração em geração e reforçada pela mídia que ilustra o momento do trabalho de parto de forma assustadora para a maioria das pessoas, com longos períodos de dor forte e contínua, violências e abandono por parte dos profissionais. Além disso, muitas crenças limitantes sobre o assunto perpassam a comunidade. O desafio das equipes responsáveis por essa gestante durante o pré-natal e parto é desconstruir essa imagem através da informação e suporte²⁸.

Durante o pré-natal é o momento perfeito para se preparar para o que está por vir. Marques vem demonstrar em seu artigo como o acompanhamento perinatal que não se restringe a um só profissional se apresenta como a melhor alternativa para uma educação perinatal mais completa e eficaz²¹. Com a junção de enfermeiros e médicos nessa atenção, como preconiza o Caderno de Atenção Básica nº 32 (CAB 32)²⁹, é possível entregar uma atenção mais ampla e conhecimentos diversos que advém das áreas distintas de formação.

As rodas de gestantes e/ou casais grávidos, por exemplo, são um ótimo dispositivo pré-natal de interdisciplinaridade e multiprofissionalismo que não se detém a esses dois agentes e tem como enfoque trazer cada vez mais conhecimento de qualidade, atualizado e diverso. Essa estratégia se mostra muito eficaz no trabalho de preparo mental para a gestação, parto e puerpério, permitindo que os participantes tirem dúvidas, compartilhem experiências e desmistifiquem o processo. Com isso, é possível vivenciarem experiências muito mais positivas e se sintam seguros e prontos para lidar com as adversidades¹⁹.

Como já falado anteriormente, a comunicação durante o parto é extremamente importante e não deixa de ser ambiente fértil para ser disseminada informações baseadas em evidência. Trazer ao conhecimento dessas mulheres durante o parto o porquê de determinadas intervenções ou o embasamento para alguma conduta pode ser responsável para um sentimento de segurança, principalmente falando de primíparas. Infelizmente, não podemos garantir que, apesar de preconizado, as mulheres em sua totalidade vão receber um bom embasamento teórico dos fenômenos desse momento do parto durante o pré natal. Por isso, não podemos deixar de lado qualquer oportunidade de manter essa mulher, acompanhante e rede de apoio munidos de informação de qualidade²³.

Compartilhamento do trabalho

Ainda, unindo a comunicação assertiva e a entrega de informação de qualidade, temos o compartilhamento do trabalho. Quando dividimos a tarefa do cuidado com outros profissionais com diferentes saberes, para além de estarmos oferecendo maiores possibilidades de informações confiáveis, também estamos ofertando a possibilidade de se ter mais atenção voltada à mulher e com profissionais menos sobrecarregados^{23, 24}.

Com o trabalho em equipe aliado à comunicação de qualidade, há a oportunidade de cada um dos agentes do cuidado realizar o seu trabalho de maneira mais tranquila e minimizando as consequências do cansaço. As mulheres percebem esse efeito quando tais atitudes minimizam as violências e melhoram o suporte intraparto, sendo mais um colaborador para os desfechos positivos dos partos.

Omissão e subordinação

Por último, foi encontrado artigos que retratavam a exata consequência que nós profissionais buscamos evitar. Com a ausência das características apresentadas ao longo da discussão, percebemos um ambiente de trabalho hostil e violento, não só para os trabalhadores como para as mulheres.

Com uma lógica verticalizada e hierarquizada do processo de cuidado, encontramos profissões se sobressaindo às outras. Isso se dá principalmente com a categoria médica, que acaba ocupando um lugar de poder nessa hierarquia. Orso²² traz uma realidade comum no cotidiano brasileiro, onde enfermeiros, técnicos e outros agentes são subordinados às decisões e condutas dos médicos, muitas vezes sem poder ir contra alguma delas ou opinar de forma diferente.

Além disso, também é posto a realidade de conhecimento de toda a equipe, onde muitos profissionais desconhecem, por exemplo, o que é considerado violência obstétrica e a praticam ativamente desde a admissão à alta, sendo, também, conseqüentemente, omissos frente à condutas desatualizadas e violentas dos médicos.

Apesar da presença das enfermeiras, igualmente graduadas e treinadas para exercer o suporte intraparto, e as parteiras que, fora do Brasil, possuem bacharelado em obstetrícia, ainda é muito comum observarmos a invisibilização dessas profissionais e o silenciamento institucional delas. Uma vez que elas sentem seus empregos ameaçados pelo poder de outro profissional, se torna uma tarefa difícil agir de maneira a proteger essa mulher.

A consequência disso é uma assistência repleta de violência obstétrica e um maior número de cesarianas eletivas²⁰, muitas vezes contrariando o direito de autonomia e escolha dessas mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo pode-se perceber que o trabalho em equipe desempenha um papel crucial no contexto perinatal, proporcionando desfechos positivos como: o apoio físico, o emocional, nos cuidados para a mulher e na segurança da assistência.

Uma equipe multiprofissional e familiar de apoio pode incentivar e motivar a mulher durante o processo da gestação e trabalho de parto. Isso é essencial para mantê-la concentrada, positiva e determinada, contribuindo para um ambiente mais propício ao parto. Além disso, o trabalho de parto pode ser emocionalmente desafiador. Uma equipe solidária, composta por parceiro, familiares, amigos ou profissionais de saúde, pode oferecer o suporte emocional necessário para ajudar a mulher a enfrentar o desconforto, o medo e a ansiedade associados ao parto.

No contexto da segurança nos cuidados ofertados observa-se que aumenta, pois ter uma equipe ao redor permite que as responsabilidades sejam compartilhadas com vários olhares para a checagem das decisões tomadas. Ademais, a presença de uma equipe pode facilitar a troca de informações e opiniões, encorajando que a mulher opine em tais escolhas. Isso promove um ambiente de respeito pelas preferências e desejos da mulher durante o parto.

Em resumo, o trabalho em equipe desempenha um papel fundamental no apoio e segurança à mulher em trabalho de parto, proporcionando uma experiência mais positiva e empoderadora.

Dessa forma, foi possível encontrar, para além do objetivo principal desta revisão, uma estratégia efetiva para a melhora na qualidade da assistência à mulher durante o período perinatal, a equipe multiprofissional, no entanto nos faz distanciar da diminuição da morbidade e mortalidade materna as lutas individualizadas por mercado de trabalho e não pela saúde da mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vandrúscolo CT, Kruel CS. A HISTÓRIA DO PARTO: DO DOMICÍLIO AO HOSPITAL; DAS PARTEIRAS AO MÉDICO; DE SUJEITO A OBJETO 1. 2015; 16(1): 95–107. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/download/1842/1731>> Acesso em: 27/06/2023
2. Mott ML. Dossiê: Parto. Revista Estudos Femininos, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 399-401, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ref/a/4LyJdHLxRzz9rpOYXB7hqbt/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 13/07/2023
3. Brasil. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no paiz, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Rio de Janeiro, RJ, 24 jan. 1923. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d4682.htm> Acesso em: 23/06/2023.
4. Brasil. Lei nº 1.920 de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ, 25 jul. 1953. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/11920.htm> Acesso em: 23/06/2023.

5. Brasil. Lei nº 6.439 de 1º de setembro de 1977. Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 1º set 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6439.htm> Acesso em: 23/06/2023.
6. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Revista Brasileira de Educação Médica. Universidade do Planalto Catarinense, Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. 2008 Dec. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>> Acesso em: 23/06/2023.
7. Menicucci TMG. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [Internet]. 2014 Mar; 21(1):77-92. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 22/11/2023
8. Ministério da Saúde. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Brasil. 2002. Disponível em: <https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf> Acesso em: 23/06/2023.
9. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final, 1986, Brasília, DF. Disponível em: <https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> Acesso em: 23/06/2023
10. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 18/06/2023
11. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 18/06/2023.
12. Bezerra IMP, Sorpreso ICE. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. Journal of Human Growth and Development [Internet]. 2016 Apr 28;26(1):11. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/113709>> Acesso em: 22/11/2023.

13. Brasil. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 25 jun. 1986. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm> Acesso em: 18/06/2023.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Plataforma IVIS: Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde. Disponível em: <<http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/materna/>> Acesso em: 28/06/2023
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/humanizasus_2004.pdf> Acesso em: 23/06/2023
16. Galvão CM. Evidence hierarchies. Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. 2006 Jun 1; 19(2): 5–5. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=en> Acesso em: 21/11/2023
17. Mendes RM, Miskulin RGS. A análise de conteúdo como uma metodologia. Cadernos de Pesquisa [Internet]. 2017 Sep; 47(165): 1044–66. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v47n165/1980-5314-cp-47-165-01044.pdf>> Acesso em: 21/11/2023
18. Huang D, Dai L, Zeng T, Huang H, Wu M, Yuan M, et al. Exploring Contributing Factors to Psychological Traumatic Childbirth from the Perspective of Midwives: A Qualitative Study. Asian Nursing Research [Internet]. 2019 Oct 1; 13(4): 270–6. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31605769/>> Acesso em: 06/11/2023
19. Vieira AN, Padilha MI, Costa R, Petry S. Trabalho interdisciplinar desenvolvido por profissionais de saúde em grupo de gestantes e/ou casais grávidos (1996-2016). Hist enferm, Rev eletrônica [Internet]. 2019; 51–63. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1120826>> Acesso em: 06/11/2023
20. Mlambo S, Morgan-Cramer J, Young C. Women’s Decision Making on Birthing Choices in the Private Sector of Namibia: Midwives’ Perspectives. Africa Journal of Nursing and Midwifery. 2020 May 22; 22(1). Disponível em: <<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=c91658db-343c-49e6-b191-53bb96e01d16%40redis>> Acesso em: 07/11/2023

21. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva S dos S, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2021; Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1124783>> Acesso em: 06/11/2023
22. Orso LF, Silva A de L e, Marques SRA, Mazzetto FMC, Jamas MT, Costa MCG da. Violência obstétrica: experiência da equipe multidisciplinar em saúde. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2021; [1-15]. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1291979>> Acesso em: 06/11/2023
23. Li M, Chintana Wacharasin, Tatirat Tachasuksri. Factors predicting self-efficacy during birth in Chinese women: a cross-sectional study. British journal of midwifery. 2023 Jul 2; 31(7): 396–406. Disponível em: <<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=61fcc7d8-022b-4e04-bf c7-165a01542397%40redis>> Acesso em: 07/11/2023
24. Mohammad K, Shtayah S, Saleh S, Mohammed Al Bashtawy, Abdullah Alkawaldeh, Asem Abdalrahim, et al. The effect of supportive intrapartum care during birth in Jordan: a quasi-experimental study. British journal of midwifery. 2023 Aug 2; 31(8): 445–53. Disponível em: <<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=54d0de32-6c3f-490a-96 6a-166248eec37c%40redis>> Acesso em: 07/11/2023
25. Johnson K, Elvander C, Johansson K, Saltvedt S, Edqvist M. The effect of organizational belonging and profession on clinicians' attitudes toward supporting vaginal birth and interprofessional teamwork-a cross-sectional study. Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2023 Mar 27]; 102(3): 355–69. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36629126/>> Acesso: 07/11/2023
26. Chen W, Luo J, Chen J, Chen Y, Li Z, Qiu H, et al. Effect of multidisciplinary team (MDT) centred on pregnant women with pulmonary hypertension on treatment and outcomes of pregnancy. BMC Pulmonary Medicine. 2023 Feb 11; 23(1). Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36765334/>> Acesso em: 07/11/2023
27. Neuhaus C, Lutnæs DE, Bergström J. Emergence of power and complexity in obstetric teamwork. Mordaunt DA, editor. PLOS ONE. 2022 Jun 9; 17(6): e0269711. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35679305/>> Acesso em: 07/11/2023

28. Leal M do C, Gama SGN da. Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2014 Aug; 30 (suppl 1): S5–5. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/TfDWbFMJSGTBDGLBH5jrc5w/?lang=pt>> Acesso em: 22/11/2023
29. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 32: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília, DF. Brasil. 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf> Acesso em: 22/11/2023