

Experiencias de las mujeres con el proceso de atención del parto: revisión integrativa*

* Proyecto financiado mediante la convocatoria PSEM01-2022 con el código 3865 para semilleros de investigación de la Universidad Surcolombiana.

Claudia Andrea Ramírez-Perdomo

<https://orcid.org/0000-0001-9828-773X>
Universidad Surcolombiana, Colombia
graffhe@usco.edu.co

Ana María Flórez-González

<https://orcid.org/0009-0007-3353-2758>
Universidad Surcolombiana, Colombia
florezgonzalezanamaria@gmail.com

✉ **Jairo Daniel Mateus-Peña**

<https://orcid.org/0000-0001-6397-6236>
Universidad Surcolombiana, Colombia
jairo.mateus@usco.edu.co

Recibido: 09/11/2023
Enviado a pares: 10/10/2023
Aceptado por pares: 09/02/2024
Aprobado: 11/03/2024

DOI: 10.5294/aqui.2024.24.2.5

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Ramírez-Perdomo CA, Flórez-González AM, Mateus-Peña JD. <Women's Experiences in the Childbirth Care Process: An Integrative Review>. *Aquichan*. 2024;24(2):e2425. <https://doi.org/10.5294/aqui.2024.24.2.5>

Temática: Promoción de la salud.

Aporte a la disciplina: esta revisión integrativa sobre el parto vaginal es un punto de partida para los profesionales de enfermería, con la cual pueden tomar conciencia de la situación de la mujer atendida por parto vaginal; en esta investigación se caracterizó la evidencia científica mundial sobre cómo debe ser tratada la mujer durante el parto y qué conductas se deben evitar, garantizando que la actuación en enfermería sea adecuada, que la experiencia de la paciente sea positiva y que el cuidado que se brinde sea de calidad.

Resumen

Introducción: el parto es reconocido como un proceso fisiológico que alude a la procreación y al desarrollo entre las sociedades; no obstante, poco se ha hablado sobre la atención humanizada del mismo. Por lo anterior, es necesario identificar la experiencia de las mujeres durante la atención del parto vaginal para generar prácticas que garanticen una mejor calidad en la atención. **Objetivo:** caracterizar la evidencia científica relacionada con las experiencias de las mujeres durante la atención del parto vaginal. **Materiales y Método:** se realizó una revisión integrativa, según Cooper; se revisaron seis bases de datos Cochrane, PubMed, Science Direct, Springer, Scopus y Cinahl, con los descriptores: Parto Normal; Parto Humanizado; Humanización de la Atención; Violencia Obstétrica e Investigación Cualitativa, en idioma español, inglés y portugués, limitada al periodo 2010-2023, con los siguientes criterios de inclusión/exclusión: artículos cualitativos en texto completo sobre partos vaginales, con puntuación mayor o igual a 8 según CASPe. **Resultados:** se obtuvieron seis unidades temáticas: microagresiones y macro-impactos: el parto: entre el dolor y el miedo; actuar con respeto: el parto como proceso natural; silenciar, callar y soportar; mi parto, mi elección; haciendo visible lo invisible: normalizando la violencia durante el parto; y el rito de parir: dignidad de la mujer. **Conclusiones:** las experiencias de las mujeres durante el parto están moldeadas por el contexto cultural en el que viven; el modelo biomédico y el tradicional chocan e impactan la vida de la mujer. Es necesario que las mujeres conozcan sus derechos reproductivos para contribuir con la humanización del parto.

Palabras clave (Fuente: DeCS)

Parto normal; parto humanizado; humanización de la atención; violencia obstétrica; investigación cualitativa.

4 Women's Experiences in the Childbirth Care Process: An Integrative Review*

* Project financed through the call PSEM01-2022 with code 3865 for the research program of the Universidad Surcolombiana.

Abstract

Introduction: Childbirth is recognized as a physiological process essential to procreation and societal development. Nevertheless, it often lacks adequate discussion on humanized care practices. Therefore, it is necessary to identify women's experiences during vaginal birth care to create practices that ensure better quality care.

Objective: To characterize scientific evidence related to women's experiences during vaginal birth care. **Materials and Methods:** An integrative review was conducted following Cooper's methodology; six databases were reviewed: Cochrane, PubMed, Science Direct, Springer, Scopus, and Cinahl, using the descriptors: Normal Birth; Humanized Birth; Humanization of Care; Obstetric Violence; Qualitative Research, in Spanish, English, and Portuguese, limited to the 2010-2023 period, with the following inclusion/exclusion criteria: Qualitative full-text articles on vaginal births with a score of 8 or higher according to CASPe. **Results:** Six thematic units emerged: microaggressions and macro-impacts: childbirth: between pain and fear; acting with respect: childbirth as a natural process; silencing, enduring, and bearing; my birth, my choice; making the invisible visible: normalizing violence during childbirth; and the ritual of childbirth: women's dignity. **Conclusions:** Women's childbirth experiences are influenced by the cultural contexts in which they live; the biomedical model and traditional practices clash and impact women's lives. Women must know their reproductive rights to contribute to a humanized childbirth.

Keywords (Source: DeCS)

Normal birth; humanized birth; humanization of care; obstetric violence; qualitative research.

Experiências das mulheres no processo de assistência ao parto: uma revisão integrativa*

* Projeto financiado mediante a chamada PSEMO1-2022 com o código 3865 para grupos de pesquisa da Universidad Surcolombiana.

Resumo

Introdução: o parto é reconhecido como um processo fisiológico que alude à procriação e ao desenvolvimento entre as sociedades; entretanto, pouco se tem falado sobre a assistência humanizada ao parto. Portanto, é necessário identificar a experiência das mulheres durante o parto normal a fim de gerar práticas que garantam uma melhor qualidade de atendimento. **Objetivo:** caracterizar as evidências científicas relacionadas às experiências das mulheres durante a assistência ao parto normal. **Materiais e método:** foi realizada uma revisão integrativa, segundo Cooper, e revisadas seis bases de dados: Cochrane, PubMed, Science Direct, Springer, Scopus e Cinahl, com os descritores em espanhol, inglês e português, “parto normal”, “parto humanizado”, “humanização da assistência”, “violência obstétrica”, “pesquisa qualitativa”, limitados ao período de 2010 a 2023, com os seguintes critérios de inclusão/exclusão: artigos qualitativos em texto completo sobre partos normais, com pontuação maior ou igual a 8 segundo o Critical Appraisal Skills Programme em espanhol (CASPe). **Resultados:** emergiram seis unidades temáticas: microagressões e macroimpactos: parto — entre a dor e o medo; agindo com respeito — o parto como um processo natural; silenciar, calar e suportar; meu parto, minha escolha; tornando visível o invisível — normalizando a violência durante o parto; e o rito do parto — a dignidade da mulher. **Conclusões:** as experiências de parto das mulheres são moldadas pelo contexto cultural em que elas vivem; os modelos biomédico e tradicional colidem e impactam a vida das mulheres. É necessário que as mulheres estejam cientes de seus direitos reprodutivos para contribuir com a humanização do parto.

Palavras-chave (Fonte DeCS)

Parto normal; parto humanizado; humanização da assistência; violência obstétrica; pesquisa qualitativa.

Introducción

Según la Organización mundial de la Salud (OMS), desde el 2018 se presentan aproximadamente 140 millones de nacimientos al año (1). Esta misma organización ha definido al parto normal como un evento de inicio incierto, sin complicaciones, siempre que, posterior al alumbramiento, el binomio madre-hijo se encuentre en buenas condiciones generales (2-4); el parto vaginal es “un parto sin intervención médica, que usualmente involucra técnicas de relajación” (5). La OMS promueve el parto vaginal como forma de terminación del embarazo, incluso cuando existe infección por SARS-CoV-2 (6).

En este sentido, el parto humanizado es aquel que transcurre en condiciones normales, si se tienen en cuenta las opiniones y necesidades de la mujer y los familiares que la acompañan durante el parto y puerperio, trabajando en equipo con el personal de salud, haciendo que sea una experiencia satisfactoria, positiva e inolvidable, en la que prevalece la dignidad humana (4,7). La Red Latinoamericana y del Caribe promueve la humanización del parto y el nacimiento (Relacahupan); esta red se creó en el congreso de Ceará, Brasil y sus actividades se enfocan en acciones de información y promoción (8). En Colombia la Ley 2244 del 2022 (9) asegura la atención humana en el parto, promueve en la mujer y sus familias la capacidad de decidir y abordar el embarazo para mantener el bienestar del binomio madre-hijo (10), impactando de manera positiva a la mujer, la familia y la sociedad en general.

El equipo de salud tiene la responsabilidad de brindar cuidado integral al binomio, respetar la autonomía, el entorno familiar y las características socioculturales, evitando acciones médicas y farmacológicas innecesarias durante el parto, para favorecer las acciones terapéuticas adecuadas acordes a sus necesidades (11,12). La OMS identifica el maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto como una violación de los derechos reproductivos de las mujeres (3). El uso inapropiado y/o desmesurado de procedimientos y tecnologías durante el parto, lejos de garantizar la seguridad, ocasiona iatrogenia o violencia obstétrica (13,14), la cual se caracteriza por maltrato físico, verbal, psicológico y negligencia en la proporción de cesáreas, episiotomía e incluso el uso de fórceps (15,16).

Teniendo en cuenta lo anterior, se exploró la experiencia de las mujeres durante el parto vaginal para generar conocimiento válido para los profesionales y las instituciones de salud que estén interesados en contribuir en el mejoramiento de la atención integral, la promoción de la humanización del parto y la disminución de la violencia obstétrica. Se propone una revisión de la literatura, con el objetivo de caracterizar la evidencia científica con relación a las experiencias de las mujeres durante la atención del parto vaginal.

Materiales y método

Se realizó una revisión integrativa, siguiendo la propuesta de Cooper (17,18): I) identificación del problema; II) búsqueda de literatura; III) evaluación de los datos; IV) análisis de los datos; V) presentación y síntesis de los datos en unidades temáticas; se planteó como pregunta de investigación: ¿cuál es la evidencia científica disponible, relacionada con las experiencias de las mujeres durante la atención del parto vaginal, reportada en el periodo comprendido entre 2010-2023?

Estrategia de búsqueda

Se realizó la búsqueda en seis bases bibliográficas Cochrane, PubMed, Science Direct, Springer, Scopus y Cinahl, se emplearon las palabras clave identificadas en los descriptores de ciencias de la salud (19): “Natural Childbirth”, “Humanizing Delivery”, “Humanization of Assistance”, “Obstetric Violence”, “Qualitative Research” y los booleanos AND y OR; la ecuación de búsqueda fue ajustada en cada base de datos.

La evaluación de los datos se realizó a través de los siguientes criterios: artículos cualitativos, en texto completo, sobre experiencias de las mujeres con el parto vaginal, en idioma español, inglés y portugués, limitada al periodo 2010-2023, con puntuación mayor o igual a ocho, según el instrumento Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe) (20).

Los artículos incluidos fueron analizados, los datos extraídos se compararon y los datos similares se clasificaron y agruparon; los temas se organizaron para favorecer el proceso de análisis y síntesis. El análisis se realizó usando la propuesta de Miles y Huberman (18, 21): reducción de datos, visualización de datos, comparación de datos, extracción de conclusiones y verificación.

Tabla 1: Ecuaciones de búsqueda en las distintas bases de datos

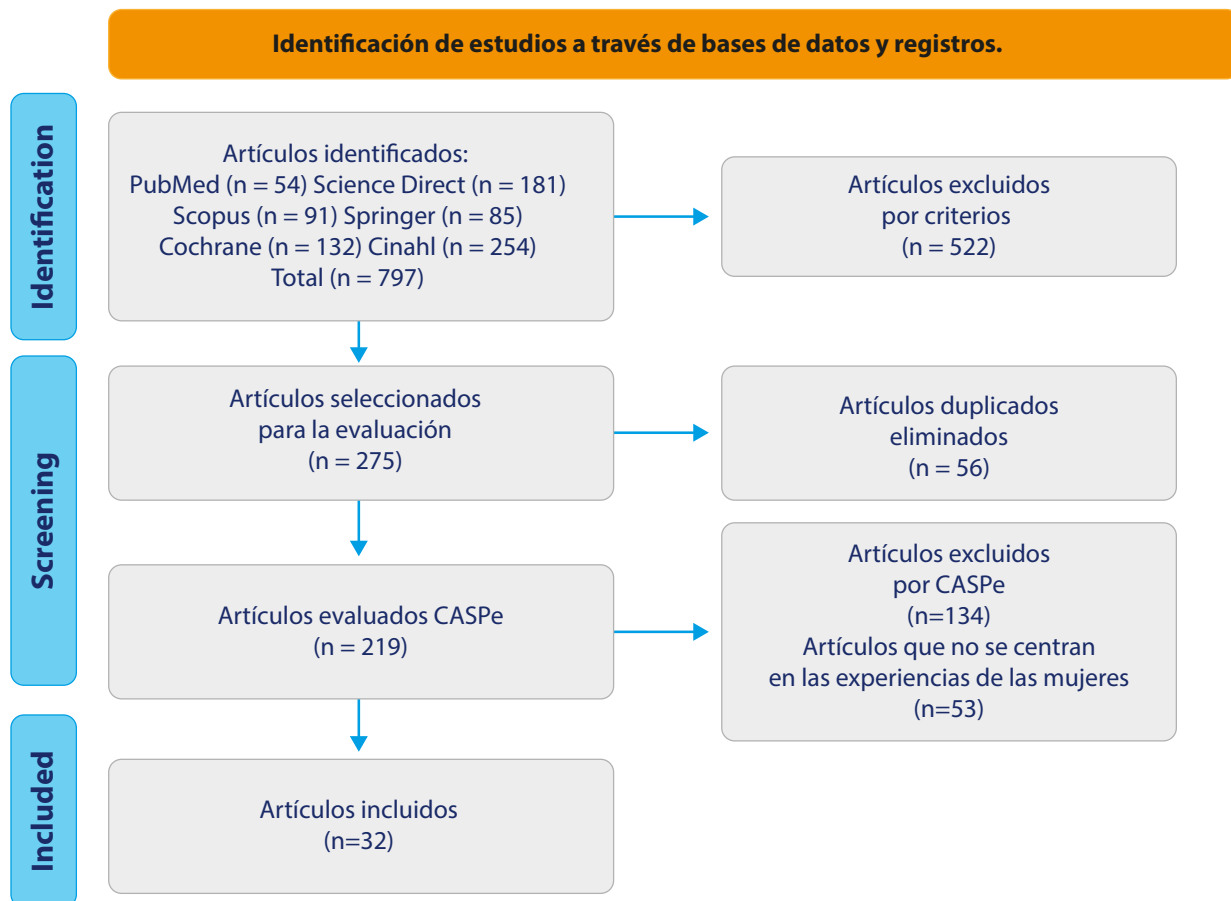
Bases de datos	Ecuación de búsqueda
Cochrane: 132 artículos	“Natural Childbirth” OR “Humanizing Delivery” OR “Humanization of Assistance” OR “Obstetric Violence” AND “Qualitative research”
PubMed: 54 artículos	Search: “Natural Childbirth” OR “Humanizing Delivery” OR “Humanization of Assistance” OR “Obstetric Violence” AND “Qualitative research” Filters: Free full text, Full text, English, Portuguese, Spanish, from 2010 - 2023
Cinahl: 254 artículos	“Natural Childbirth” OR “Humanizing Delivery” OR “Humanization of Assistance” OR “Obstetric Violence” AND “Qualitative research” Limitadores - Texto completo; Fecha de publicación: 20100101-20231231; Hidden NetLibrary Holdings Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase

Bases de datos	Ecuación de búsqueda
Scopus: 91 artículos	TITLE-ABS-KEY ("Natural Childbirth" OR "Humanizing Delivery" OR "Humanization of Assistance" OR "Obstetric Violence" AND "Qualitative research" AND PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2023 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Portuguese") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar")) AND (LIMIT-TO (OA, "all"))
Springer: 85 artículos	"Natural Childbirth" OR "Humanizing Delivery" OR "Humanization of Assistance" OR "Obstetric Violence" AND "Qualitative research" within English Article 2010 - 2023
ScienceDirect: 181 artículos	"Natural Childbirth" OR "Humanizing Delivery" OR "Humanization of Assistance" OR "Obstetric Violence" AND "Qualitative research"

Fuente: elaboración propia.

En la revisión integrativa se encontraron 797 artículos, que fueron revisados por título y resumen; se excluyeron 522 que no cumplían con los criterios de inclusión y 56 por duplicación. Se sometieron 219 artículos a evaluación de calidad mediante el Critical Appraisal Skills Programme español (CASPe) y se incluyeron para el análisis 85 artículos que obtuvieron un puntaje igual o mayor a 8, de los cuales se excluyeron 53 artículos que no se centraban en las experiencias de mujeres, quedando apenas 32 documentos que si cumplieron con los criterios de inclusión, para realizar el análisis.

Ilustración 1. Búsqueda y evaluación de los datos obtenidos en la revisión integrativa



Fuente: elaboración propia, utilizando el diagrama Prisma 2020.

El análisis temático se realizó con 32 artículos seleccionados; se obtuvieron 603 unidades de significados, que se consolidaron y se agruparon en seis unidades temáticas, permitiendo la profundización del significado de la experiencia en el parto.

Resultados

Tabla 2: Caracterización de los artículos incluidos en las unidades temáticas

Título	Autores	Base de datos	Unidad temática
1. Exploring factors contributing to mistreatment of women during childbirth in West Bank, Palestine (22)	Ibtesam Medhat Mohamad Dwekat; Tengku Alina Tengku Ismail; Mohd Ismail Ibrahim; Farid Ghrayeb.	PubMed	Microagresiones y macro-impactos: el parto: entre el dolor y el miedo
2. A qualitative study of women's experiences with obstetric violence during childbirth in Turkey (23)	Nihal Avcı; Meltem Mecdi Kaydırak.		
3. Motivations for planned home birth: exploratory descriptive study (24)	Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues; Lorena Vicentine Coutinho Monteschio; Eliana Cismer; Maria das Neves Decesaro; Deise Serafim; Sonia Silva Marcon.	Cinahl	
4. 'Safe', yet violent? Women's experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India (25)	Sreeparna Chattopadhyay; Arima MishraB; Suraj Jacob.		
5. Woman's empowerment in planned childbirth at home (26)	Joanne de Paula Nascimento; Diego Vieira de Mattos; Maria Eliane Liégio Matão; Cleusa Alves Martins; Paula Ávila Moraes.		
6. Episiotomy: Feelings experienced by mothers (27)	Janaina Pacheco Villela; Isabella de Souza Ramos da Silva; Elizabeth Rose Costa Martín; Raquel Concepción de Almeida Ramos; Cristiane María Amorim Costa; Thelma Spindola.	Scopus	Actuar con respeto: el parto como proceso natural
7. The pregnancy and delivery process among Kaingang women (28)	Aline Cardoso Machado Moliterno; Ana Carla Borghi; Larissa Helena de Souza Freire Orlandi; rosangelacelia faustino; Deise Seraphim; Ligia Carreira.		
8. Humanization practices in the parturitive course from the perspective of puerperae and nurse-midwives (29)	Mariana Silveira Leal; Rita de Cassia Rocha Moreira; María Lucía Silva Servo; Tania Christiane Ferreira Bispo.		
9. Planned home birth assisted by a midwife nurse: meanings, experiences and motivation for this choice (30)	María Aparecida Baggio; Camila Girardi; Taís Regina Schapko; Maycon Hoffmann Cheffe.	Cinahl	

Título	Autores	Base de datos	Unidad temática
10. "When helpers hurt": Women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka (31)	Dinusha Perera; Ragnhild Lund, Katarina Swahnberg; Berit Schei; Jennifer J. Infanti.	Springer	Silenciar, callar y soportar
11. Obstetric violence in the context of labor and birth (32)	Diego Pereira Rodrigues; Valdecyr Herdy Alves; Raquel Santana Vieira; Diva Cristina Morett Romano Leão; Enimar de Paula; Mariana Machado Pimentel.	Cinahl	
12. Perception of normal delivery puerperal women on obstetric violence (33)	Tayná de Paiva Marques Carvalho; Carla Luzia França Araújo.		
13. Conventional practices of childbirth and obstetric violence under the perspective of puerperal women (34)	Vanuza Silva Campos; Ariane Cedraz Morais Zannety Conceição Silva do Nascimento Souza; Pricila Oliveira de Araújo.		
14. An ethnography on perceptions of pain in Dutch "Natural" childbirth (35)	Katie Logsdon; Carolyn Smith-Morris.	ScienceDirect	Mi parto, mi elección
15. Meanings of the childbirth plan for women that participated in the Meanings of Childbirth Exhibit (36)	Fernanda Soares de Resende Santos; Paloma Andrioni de Souza, Sônia Lansky; Bernardo Jefferson de Oliveira; Fernanda Penido Matozinhos; Ana Luiza Nunes Abreu; Kleyde Ventura de Souza; Érica Dumont Pena.	Scopus	
16. Assistance to women for the humanization of labor and birth (37)	Thais Cordeiro Xavier de Barros; Thayane Marrón de Castro; Diego Pereira Rodrigues; Phanya Gueitcheny Santos Moreira; Emanuele da Silva Soares; Alana Priscila da Silva Viana.	Cinahl	
17. Choosing the home planned childbirth: a natural and drug-free option (38)	Heloisa Ferreira Lessa; María Antonieta Rubio Tyrrell; Valdecyr Herdy Alves; Diego Pereira Rodrigues.		
18. Between rites and contexts: Decisions and meanings attached to natural childbirth humanized (39)	Bárbara Regia Oliveira de Araújo; María Cristina Soares Figueiredo Trezza; Regina María dos Santos; Larisa Lages Ferrerde Oliveira; Laura María Tenório Ribeiro Pinto.		
19. Nurses' practices to promote dignity, participation and empowerment of women in natural childbirth (40)	Andrea Lorena Santos Silva; Enilda Rosendo do Nascimento; Edméia de Almeida Cardoso Coelho.		

Título	Autores	Base de datos	Unidad temática
20. At pains to consent: A narrative inquiry into women's attempts of natural childbirth (41)	Alison Happel-Parkins; Katharina A. Azim	ScienceDirect	Haciendo visible lo invisible: normalizando la violencia durante el parto
21. A qualitative exploration of women's and their partners' experiences of birth trauma in Australia, utilizing critical feminist theory (42)	Paige L. Tsakmakis; Shahinoor Akter; Meghan A. Bohren.		
22. Dehumanization during delivery: Meanings and experiences of women cared for in the Medellín Public Network (43)	Cristina María Mejía Merino; Lida Faneyra Zapata; Diana Patricia Molina Berrío; Juan David Arango Urrea.	PubMed	
23. Obstetric violence a qualitative interview study (44)	Ana Anborn; Hafrún Rafnar Finnbogadóttir.		
24. Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals (45)	Virgínia Junqueira Oliveira; Cláudia Maria de Mattos Penna.	Scopus	
25. Adolescent childbirth: Qualitative elements of care (46)	cleci de Fátima Enderle; nalú Pereira da costa Kerber; Lulie Rosane odeh Susin; bruna Goulart Gonçalves.		
26. Representations of puerperal women regarding their delivery assistance: a descriptive study (47)	Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto; Adriana ValongoZani; Catia Campaner Ferrari Bernardy; Cristina María García de Lima Parada.		
27. Experience of women in the transfer from planned home birth to hospital (48)	Marina Fabricio Ribeiro Pereira; Suellen de Sousa Rodrigues; Mariana de sousa Dantas Rodrigues; Wilma Ferreira Guedes Rodrigues; Morganna Guedes Batista; luanna silva braga; Smalyanna Sgren da Costa Andrade.		
28. The knowledge of puerperal women on obstetric violence (49)	Fabiana da Conceição Silva; Magda Rogeria Pereira Viana; Fernanda Claudia Miranda de Amorim; Juscélia María de Moura Feitosa Veras; Rafael de castro santos; Leonardo López de Sousa.	Cinahl	
29. The extent of the implementation of reproductive health strategies in Catalonia (Spain) (2008-2017) (50)	Marta Benet, Ramon Escuriet, Manuela Alcaraz-Quevedo, Sandra Ezquerria y Margarida Pla	ScienceDirect	
30. Women and waterbirth: A systematic meta-synthesis of qualitative studies (51)	Claire Clews, Sarah Church, Merryn Ekberg	Cinahl	
31. "It was worth it when I saw his face": experiences of primiparous women during natural childbirth (52)	Juliane Scarton; Lisie Alende Prates; Laís Antunes Wilhelm; Silvana Cruz da Silva; Andressa Batista Possati; Caroline Bolzán Ilha; Lúcia Beatriz Ressel.		
32. Model maternity with exclusive nursing care: social representations (53)	Danelia Gómez Torres; Dolores Martínez Garduño; Gabriela Téllez Rojas; Elizabeth Bernardino.		

Microagresiones y macro-impactos: el parto, entre el dolor y el miedo

Las formas de agresión se manifiestan en todos los ámbitos y rigen la conducta cotidiana de los seres humanos; el comportamiento agresivo pasa a ser aceptable socialmente, por ejemplo, en el caso de las microagresiones o expresiones suaves y rutinarias que no dejan entrever un acto violento en sí, pero que, en medio de su inconsciencia, envían mensajes ofensivos hacia otro ser humano, se evoca inferioridad y otorga roles culturalmente asociados a la devaluación como persona (54); los hallazgos en la literatura demuestran que las mujeres en la labor de parto sufren microagresiones, principalmente por el trato que reciben por parte del personal de salud, pues se despersonaliza a la mujer, la dejan sola en el proceso, porque el personal se enfoca en el problema de salud o en el procedimiento, no hablan con ella, no la dejan ser autónoma y la dejan aguantar mucho dolor (22, 23, 25).

Las diferencias socioeconómicas, étnicas y culturales influyen en la atención de las instituciones de salud, el personal de salud no comprende las diversidades y barreras de las mujeres de niveles socioeconómicos bajos, razón por la cual brindan un trato diferente y despectivo, actúan con irrespeto hacia esta población vulnerable, haciendo comentarios discriminatorios, especialmente por su condición de madre soltera, madre adolescente, pobre y/o sin educación (22, 25, 31, 50).

Por otra parte, socialmente se comparten experiencias negativas del parto, en cuanto al dolor asociado al miedo y al sufrimiento, pues de antemano las mujeres esperan maltrato previo a su entrada en la sala de parto, porque no están preparadas o tienen conocimientos insuficientes, temor a los hospitales y desconfianza en el personal (22, 43, 52). Las experiencias que producen incomodidad, inseguridad y daño psicológico generan macro-impactos que llevan a la percepción de que las instituciones de salud son ambientes hostiles y poco adecuados para tener un parto natural y humanizado (23, 24, 26).

Actuar con respeto: el parto como proceso natural

El parto es un proceso natural, por eso es necesario que el personal de salud y la comunidad acepten su responsabilidad con las mujeres y mantengan una comunicación empática, apoyando a las que eligieron seguir con su embarazo, piensan y planean su parto, de acuerdo con sus características individuales, expectativas y deseos, para que se sientan seguras, conformes y respetadas (27–29), puedan moverse libremente entre los modelos de atención, es decir, el modelo tradicional, basado en la experiencia cultural; y el modelo biomédico o asistencial, regido por los protocolos de atención del parto que manejan las instituciones de salud (27, 29, 30).

El personal de salud es importante en esta experiencia, pues necesita que las mujeres se sientan seguras en las instalaciones y confíen en ellos durante el parto; para esto, este debe estar a la altura, sin deshumanizar el procedimiento y cultivando la empatía. Por esta razón, se deben crear instalaciones apropiadas para el parto natural, que brinden un ambiente seguro (52), en las cuales se integren conocimientos, habilidades, valores, principios morales y éticos sobre el cuidado de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio; además de atender sus necesidades, respetar su cuerpo y su proceso, para una excelente experiencia durante el parto (27, 37).

El personal de salud debe adherirse a actos como el consentimiento informado, reforzar la autonomía de las mujeres, permitir la capacidad de elegir libremente intervenciones del modelo biomédico o del tradicional (27, 29, 30), dar la opción de escoger su acompañante y hacerlas sentir cómodas, manteniendo su autonomía intacta durante el proceso de parto vaginal (28, 30).

La construcción simbólica del parto está marcada por la diversidad social, cultural y étnica; el parto es un acto cultural que refleja los valores sociales de la humanidad (33), la percepción del acto de parir es de gran valor para las mujeres, por lo tanto, es necesario ejercer acciones que eviten la violencia en su contra y protegerlas con respeto, especialmente en este proceso.

Silenciar, callar y soportar

Alrededor del mundo, la población desconoce los derechos de los seres humanos; las mujeres en estado de gestación y de parto no son la excepción. El desconocimiento las hace perder el control de su cuerpo, quedan a la deriva, en manos de profesionales que ejercen violencia sobre ellas, mientras que estas asumen un rol pasivo (32, 49), y los mecanismos para denunciar son desconocidos, por eso las mujeres prefieren guardar silencio (31).

Las mujeres que dependen del sistema de salud, asumen que las acciones durante la atención son las correctas, prefieren callar a ir en contra de quienes las violentaron, entregan su cuerpo para que los profesionales de la salud se encarguen de todo, por el bien de su bebé, y una vez lo tienen en sus brazos justifican las prácticas a las que han sido sometidas (31, 33, 34) que, en ocasiones, son tan vergonzosas, que prefieren callarlas, por eso las ocultan en lo más profundo de su ser (25, 33).

Las mujeres en condición de vulnerabilidad que ingresan en una institución de salud son reprimidas, deben aguantar y permanecer en silencio durante el parto (46); como consecuencia de esto, dadas sus experiencias pasadas y lo que han escuchado de otras, ocultan sus planes y expectativas para el parto ante la sociedad, pues consideran que la familia puede influir en sus decisiones y que el entorno hospitalario no será amigable, ni compartirá sus

decisiones, por lo que creen que al quedarse calladas será más fácil y rápido el parto, propiciando un ambiente favorable para la violencia obstétrica y para una mala experiencia (31–34).

El contexto sociocultural promueve el parto como un evento doloroso, regido por normas impuestas por el personal de salud que todo lo sabe y decide, impide elegir sobre el cuerpo. El parto doloroso se asocia con experiencias negativas previas, que crean prejuicios sobre el parto vaginal en las instituciones médicas (26). En este sentido, el parto vaginal se convierte en un proceso donde se deben soportar y seguir órdenes para facilitar el trabajo del equipo de salud (32).

Mi parto, mi elección

El parto es un momento único, especial e inolvidable, demanda una conexión física y mental de la madre y el entorno, pero no es necesario que ocurra en el hospital (35); para algunas mujeres el parto es un proceso que tiene la influencia de los antepasados y de los orígenes, abuelas y madres; por esta razón, deciden no acudir a instituciones médicas (35). Humanizar el parto es tener a la mujer como protagonista e interactuar con ella durante la toma de decisiones entorno a su cuidado (36,37,39).

Lo ideal es que las mujeres escuchen su cuerpo y puedan decidir con base en la educación que reciben por parte del profesional que las ayuda a despejar las dudas y a aclarar conceptos sobre el parto (35). Fortalecer el empoderamiento y promover la autoeducación es un factor clave en la toma de decisiones y el control del parto desde su planeación hasta la culminación. Proporcionar la información completa y el apoyo médico adecuado a todas las mujeres facilita que estas tengan el control de su alumbramiento (35, 40).

La educación que brindan los profesionales de salud debe dar a conocer los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres e incluir información para que ellas entiendan el significado de la violencia obstétrica, que les permita detectar, detener y denunciar a tiempo, para garantizar su integridad y dignidad durante el trabajo de parto. Adicionalmente, ellas deben estar en la capacidad de elegir el plan de parto que quieren tener: parto tradicional, domiciliario o en el agua, esto fortalecerá su autonomía a la hora de tomar decisiones (38).

Algunos procedimientos se realizan por necesidad para mantener y/o restablecer el estado de salud de la paciente; sin embargo, las mujeres deben saber cuáles son las intervenciones que les van a practicar (41); por esta razón, es fundamental la comunicación respetuosa, firmar el consentimiento en el que el profesional informa cuándo, por qué y cómo va a realizar el parto, para que las mujeres conozcan su estado de salud y lo compartan con su acompañante; ellos deben conocer la evolución de la mujer para brindar apoyo según la particularidad de la situación (36).

Haciendo visible lo invisible: normalizando la violencia durante el parto

Poco se habla sobre las experiencias de las mujeres durante el parto en los centros de salud, porque por lo general la atención es poco satisfactoria; solo hasta cuando las madres y sus bebés están en la casa, estas comparten sus experiencias negativas con la familia (31, 48); en los hospitales se realizan intervenciones médicas para acelerar el proceso de parto sin respetar los deseos y los factores culturales de las pacientes (41, 46); el personal actúa de manera insensible, pues priorizan intervenciones como la maniobra de Kristeller, la episiotomía de rutina o el fórceps, la mayoría desconocidos por ellas (42, 43, 49).

Las mujeres normalizan estas situaciones, adoptan el papel de la buena parturienta, no molestan, no hace preguntas, creen que ir en contra de las decisiones de estos les traerá represalias (43, 44); el personal de salud trabaja sin decir nada, con regaños o golpes imponen su autoridad y las atemorizan para lograr que adopten la posición correcta para atender el parto (41, 44, 45, 47, 48), hablan sin dar importancia al proceso de la madre, su interés se centra en que el feto salga vivo (41, 42, 44).

Las instituciones y el personal de salud actúan con rudeza, eliminan el empoderamiento de las mujeres (48), estas son insultadas e ignoradas (41, 43, 44); el personal médico utiliza el miedo para convencerlas y dejar que les realicen las intervenciones bajo presión y la mayoría firma el consentimiento para que ejecuten el procedimiento y aceleren el parto (41, 43). Algunas agradecen que no sufrieron más (41), esto tiene repercusiones y desequilibrios emocionales que les impide desarrollar la vida normal después del parto o cambia sus planes en la dimensión sexual y reproductiva (48, 49). Los profesionales han normalizado la violencia, esta situación continúa y no se habla sobre el tema debido a que son muy pocas las mujeres que se atreven a denunciar, pues ellas han aceptado este tipo de tratos (32, 42).

El rito de parir: dignidad de la mujer

El parto es un rito de vida en el cual se brinda asistencia sin intervenciones o procedimientos y para el cual el personal de salud se convierte en apoyo emocional y científico (51), pues brinda privacidad y buen trato durante la atención (52, 53). Algunas mujeres realizan un plan de parto (35, 50) con el cual toman el control y solicitan privacidad, limitan el número profesionales presentes (50) y obtienen silencio, toman decisiones y se expresan libremente (50, 52).

Satisfacer los deseos de la mujer durante el parto hace de esta experiencia un momento enriquecedor; el parto en el agua es un espacio estabilizador, temporal y protector que facilita la transi-

ción del bebé del útero al agua (51), se puede realizar en las instituciones de salud o con personal entrenado que al mismo tiempo se convierte en educador y apoyo para las mujeres (50, 53). El mejor lugar para el parto es donde la madre se sienta segura, siempre que el hogar, el agua o la institución de salud favorezca el vínculo madre-hijo (51, 52).

Alguien importante para la satisfacción y dignificación de las mujeres es su acompañante, un guardián o protector que pueda evitar la violencia obstétrica (50, 52, 53). La pareja que está presente en todo el proceso de gestación y se prepara junto con la madre para el parto manifiesta la satisfacción de compartir e involucrarse en esa experiencia llena de significados (50, 53).

Los artículos analizados relatan procesos de parto satisfactorios. En ellos se evidencia la paciencia, la privacidad y el respeto que el profesional de salud (50, 52, 53) mantiene con la paciente, pasando de ser asistente a cómplice y coautor del suceso, siempre que exista una relación basada en la comunicación (41, 53), con conversaciones extensas antes de empezar el parto, para despejar dudas y brindar un parto seguro, saludable y satisfactorio para el binomio (41, 52). Esto produce un impacto positivo a nivel individual y social, una experiencia agradable que las hace acudir de nuevo (47) a esos espacios donde se sienten seguras y protegidas.

Discusión

La revisión integrativa permitió evidenciar lo que se debe evitar y lo que se debe hacer durante el parto; aunque se han realizado avances tecnológicos para la atención de las usuarias que asisten a las instituciones médicas, aún falta humanizar la atención a la mujer durante su alumbramiento (23, 27, 29, 30, 33, 41, 42, 46–48). Asimismo, se debe evitar el prejuicio, la toma de decisiones por encima de los deseos de la paciente y el maltrato, especialmente cuando la madre es de bajos recursos (31, 32, 40, 45). El personal de salud debe ser paciente y evitar comportamientos que promuevan la violencia obstétrica (22, 24, 34, 36, 37, 39, 49).

La violencia obstétrica se presenta debido a condiciones laborales degradantes, especialmente cuando el personal de salud se siente abrumado por la carga de trabajo, pues pierde la paciencia, maltrata a las madres durante el parto, mostrando falta de respeto, violencia y acoso (55). En estas investigaciones se plantea la visión del profesional que atiende la labor del parto, en relación con las dinámicas de poder entre médicos y enfermeras, situación que se suma a condiciones inadecuadas que contribuyen con la violencia obstétrica; por esta razón, es necesario plantear intervenciones sobre el servicio que prestan estos profesionales a las pacientes (56, 57).

Otras investigaciones abordan las experiencias de los acompañantes, especialmente del padre, que con información adecuada, un entorno propicio, una actitud positiva de las parteras y voluntad,

promueven la participación masculina durante el parto. Además, las parteras tienen el deber de garantizar que los hombres estén preparados para que esta experiencia sea positiva y fortalezca la unión familiar (58, 59).

Aunque existe literatura que habla sobre parto humanizado, se ha encontrado que alrededor del mundo se presenta violencia hacia la mujer en el parto, por eso, para lograr impactar de manera positiva en la atención durante este evento, es indispensable cumplir con las expectativas y con el plan de parto de la mujer, fortalecer su autonomía, acompañarla, respetar su privacidad y sus derechos sexuales y reproductivos (25, 28, 38, 44, 47, 50, 51, 53). El mejor equipo de salud es el que brinda seguridad, no impone, aconseja y se vuelve participe del proceso, permite un proceso libre y hace que la mujer sienta que cuenta con un equipo de salud capacitado, conforme al plan. (26, 29, 30, 35, 39, 43, 46, 52).

Dentro de las limitaciones de la investigación, en los resultados no se tuvieron en cuenta las percepciones acerca de la experiencia del acompañante, ni del personal de salud que atiende el parto. El estudio solo se centró en lo que la mujer consideraba sobre la atención del parto natural; por lo que tampoco se incluyó la experiencia de mujeres en relación con la cesárea.

Conclusión

Las experiencias de las mujeres durante la atención del parto alrededor del mundo son tanto positivas como negativas, y están influenciadas por el contexto socio-cultural en el que se desenvuelve el modelo biomédico y tradicional, impactando a las mujeres por el resto de sus vidas. Se evidencia la necesidad inherente de educar a la sociedad y las mujeres, quienes históricamente han sido violentadas en situaciones de vulneración como el parto, donde son minimizadas, discriminadas, juzgadas y tratadas como objetos, sin poder decidir. Es momento de garantizarles sus derechos reproductivos y sexuales, siendo reconocidas como mujeres dignas y merecedoras de respeto.

Por tanto, este proyecto se convierte en un punto de partida para conocer la realidad sobre los diferentes servicios de salud en el mundo, especialmente, los relacionados con las experiencias de mujeres durante el parto, para lograr que las mujeres tengan experiencias placenteras, seguridad, empoderamiento y apropiación de los servicios de salud, haciendo parte activa de la triada equipo-parturienta-familia para un proceso exitoso de parto natural y humanizado.

Los autores declaran no tener conflictos de interés

- OMS, World Health Organization. Care during childbirth for a positive birth experience. World Health Organization; 2018. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>
- Borges Damas L, Sánchez Machado R, Domínguez Hernández R, Sixto Pérez A. Humanized childbirth as a necessity for comprehensive care for women. *Rev Cuba Obs ginecol*. 2018;44(3):1-12. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300002&lng=es&nrm=iso
- OMS, World Health Organization. Prevention and eradication of disrespect and mistreatment during childbirth care in health centers; 2014. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/134590>
- Hernández-Espinosa CJ. The epidemic of cesarean sections as a limitation of humanized childbirth. *Rev Médicas UIS*. 2019;32(1):9-12. <https://doi.org/10.18273/revmed.v32n1-2019001>
- Carvajal Cabrera JA, Martinovic CP, Fernández CA. Natural childbirth ¿What does the evidence tell us? *Ars medica Rev Ciencias Médicas*. 2017;42(1):49-60. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v42i1.532>
- Navarro-Rubiano M, Sáenz-Gómez MS, Sanabria-Duarte NF, Solano-Dizeo HA, Suárez-Gómez MC. Use of Personal Protective Equipment When Providing Vaginal Delivery Care in Times of COVID-19. *MedUNAB*. 2022;25(1):66-78. <https://doi.org/10.29375/01237047.3938>
- Souza JB. "Humanized childbirth and the right to choose": analysis of a public hearing in Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2020;27(4):1169-86. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702020000500008>
- Silva A, Pantoja F, Millón Y, Hidalgo V, Stojanova J, Arancibia M, et al. Stakeholders' perceptions of humanized birth practices and obstetric violence in Chile: A scoping review. *Medwave*. 2020;20(09):e8047. <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.09.8047>
- El Congreso de Colombia. Ley 2244 de 2022. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=189347#:~:text=La%20presente%20ley%20tiene%20por,derechos%20de%20los%20reci%C3%A9n%20nacidos>
- Palma Espinoza M. Humanized childbirth. *Acta Med Costarric*. 2020;62(2):52-3. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022020000200052&lng=en&nrm=iso
- Gutiérrez JJ, González de la Torre H. Humanized childbirth, ¿when? *Enfermería Clínica*. 2019;29(4):205-6. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.07.002>
- Esteban-Sepúlveda S, Fabregas-Mitjans M, Ordobas-Pages L, Tutusaus-Arderiu A, Andreica LE, Leyva-Moral JM. The experience of giving birth in a hospital in Spain: Humanization versus technification. *Enfermería Clínica*. 2022;32:14-22. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.10.007>
- Alves TC de M, Coelho ASF, De Sousa MC, Cesar NF, Da Silva PS, Pacheco LR. Contributions of obstetrical nursing to good practices in labor and vaginal delivery. *Enferm em Foco*. 2020;10(4):54-60. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2210>
- Aranda-Téllez CA, Yam-Chalé HA. Obstetric violence from the perspective of traditional midwives. *Salud Publica Mex*. 2020;62(3):232. <https://doi.org/10.21149/11164>
- Jojoa-Tobar E, Cuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Suarez-Bravo JP. Obstetric violence: making the invisible visible. *Rev la Univ Ind Santander Salud*. 2019;51(2):136-47. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
- Jiménez-Hernández GE, Peña-Jaramillo YM. Adherence to the recommendations of the WHO in the care of childbirth and humanized birth. *Medellín, Colombia. Rev la Univ Ind Santander Salud*. 2018;50(4):320-7. <https://doi.org/10.18273/revsal.v50n4-2018005>
- Cooper HM. Integrating research: a guide for literature reviews. 3rd ed. Applied social research methods series. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1989. <https://psycnet.apa.org/record/1998-07460-000>
- Whittemore R, Knafl K. The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52:546-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Biblioteca Virtual en Ciencias de la Salud. Decs. Descriptores en Ciencias de la Salud [Internet]; sin fecha. <https://decs.bvsalud.org/es>
- Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. CASPe Guías CASPe Lect Crítica la Lit Médica. Alicante: España; 2010. https://redcaspe.org/plantilla_cualitativa.pdf
- Huberman M, Miles MB. Métodos para el manejo y el análisis de datos. En Denman C Haro JA comps. Through the corners Anthology of qualitative methods in social research. Sonora: El colegio de Sonora; 2000. p. 253-330. <https://tecnicasmasseroni.files.wordpress.com/2019/04/huberman-y-miles-metodos-para-el-manejo-y-analisis-de-datos.pdf>
- Dwekat IMM, Tengku Ismail TA, Ibrahim MI, Ghayeb F. Exploring factors contributing to mistreatment of women during childbirth in West Bank, Palestine. *Women and Birth*. 2021;34(4):344-51. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.07.004>
- Avcı N, Kaydirak MM. A qualitative study of women's experiences with obstetric violence during childbirth in Turkey. *Midwifery*. 2023;121:103658. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103658>
- Rodrigues TFC da S, Monteschio LVC, Cismer EDP, Decesaro M das N, Serafim D, Marcon SS. Motivations for planned home birth: exploratory descriptive study. *Online Brazilian J Nurs*. 2019;17(2):6-1. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20185891>
- Chattopadhyay S, Mishra A, Jacob S. 'Safe', yet violent? Women's experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. *Cult Heal Sex*. 2018;20(7):815-29. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1384572>
- Nascimento J de P, Mattos DV de, Matão MEL, Martins CA, Moraes PÁ. O empoderamento da mulher no parto domiciliar planejado TT - Woman's empowerment in planned childbirth at home. *Rev enferm UFPE line*. 2016;10(5):4182-7. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i5a1162p4182-4187-2016>
- Villela JP, Da Silva I de SR, Martins ERC, Ramos RC de A, Costa CMA, Spindola T. Episiotomy: Feelings experienced by mothers. *Rev Enferm*. 2016;24(5). <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.21882>
- Moliterno ACM, Borghi AC, Orlandi LH de SF, Faustino RC, Serafim D, Carreira L. The pregnancy and delivery process among Kaingang women. *Texto e Context Enferm*. 2013;22(2):293-301. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200004>
- Leal MS, Moreira R de CR, Barros KCC, Servo MLS, Bispo TCF. Humanization practices in the parturitive course from the perspective of puerperae and nurse-midwives. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(suppl 4):e20190743. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0743>
- Aparecida Baggio M, Girardi C, Regina Schapko T, Hoffmann Cheffer M. Parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica: significados, experiências e motivação para essa escolha/ Planned home birth assisted by a midwife nurse: meanings, experiences and motivation for this choice. *Ciência,*

- Cuid e Saúde. 2022;21:e57364–e57364. <https://doi.org/10.4025/ciencidsaude.v21i0.57364>
31. Perera D, Lund R, Swahnberg K, Schei B, Infanti JJ, Darj E, et al. “When helpers hurt”: Women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–12. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1869-z>
 32. Rodrigues DP, Alves VH, Vieira RS, Leão DCMR, Paula E de, Pimentel MM. Obstetric violence in the context of labor and birth. *Rev Enferm UFPE line*. 2018;12(1):236. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a23523p236-246-2018>
 33. Carvalho TDPM, Araújo CLF. Perception of normal delivery puerperal women on obstetric violence. *Enferm Bras*. 2019;17(6):619–26. <https://doi.org/10.33233/eb.v17i6.2066>
 34. Campos VS, Morais AC, Do Nascimento Souza ZCS, De Araújo PO. Conventional practices of childbirth and obstetric violence under the perspective of puerperal women. *Rev Baiana Enferm*. 2020;34:11. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35453>
 35. Logsdon K, Smith-Morris C. An ethnography on perceptions of pain in Dutch “Natural” childbirth. *Midwifery*. 2017;55(September):67–74. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.004>
 36. Santos FSDR, Souza PA De, Lansky S, Oliveira BJ De, Matozinhos FP, Abreu ALN, et al. Meanings of the childbirth plan for women that participated in the Meanings of Childbirth Exhibit. *Cad Saude Publica*. 2019;35(6):1–11. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00143718>
 37. Barros TCX de, Castro TM de, Rodrigues DP, Moreira PGS, Soares E da S, Viana AP da S. Assistance to women for the humanization of labor and birth. *Rev Enferm UFPE line*. 2018;12(2):554. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a25368p554-558-2018>
 38. Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Choosing the home planned childbirth: a natural and drug-free option / A opção pelo parto domiciliar planejado: uma opção natural e desmedicalizada. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2018;10(4):1118–22. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1118-1122>
 39. De Araújo BRO, Trezza MCSF, Dos Santos RM, De Oliveira LLF, Pinto LMTR. Between rites and contexts: Decisions and meanings attached to natural childbirth humanized. *Cult los Cuid*. 2019;23(54):206–16. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.54.18>
 40. Silva ALS, Nascimento ER do, Coelho E de AC. Nurses’ practices to promote dignity, participation and empowerment of women in natural childbirth. *Esc Anna Nery - Rev Enferm*. 2015;19(3). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150056>
 41. Happel-Parkins A, Azim KA. At pains to consent: A narrative inquiry into women’s attempts of natural childbirth. *Women and Birth*. 2016;29(4):310–20. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.11.004>
 42. Tsakmakis PL, Akter S, Bohren MA. A qualitative exploration of women’s and their partners’ experiences of birth trauma in Australia, utilizing critical feminist theory. *Women and Birth*. 2023;36(4):367–76. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.12.004>
 43. Merino CMM, Zapata LF, Berrio DPM, Urrea JDA. Dehumanization during delivery: Meanings and experiences of women cared for in the Medellín Public Network. *Investig y Educ en Enferm*. 2018;36(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e03>
 44. Annborn A, Finnbogadóttir HR. Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*. 2022;105. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
 45. Oliveira VJ, Penna CM de M. Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto e Context Enferm*. 2017;26(2):1–10. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>
 46. Enderle C de F, Kerber NP da C, Susin LRO, Gonçalves BG. Adolescent childbirth: Qualitative elements of assistance. *Rev da Esc Enferm*. 2012;46(2):287–94. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200004>
 47. Tomeleri da Fonseca Pinto KR, Valongo Zani A, Campaner Ferrari Bernardy C, Maria Garcia de Lima Parada C. Representations of puerperal women regarding their delivery assistance: a descriptive study. *Online Brazilian J Nurs*. 2021;19(4). <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206443>
 48. Pereira MFR, Rodrigues S de S, Rodrigues M de SD, Rodrigues WFG, Batista MG, Braga LS, et al. Experience of women in the transfer from planned home birth to hospital. *Rev Rene*. 2020;21:e43948. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143948>
 49. Silva FDC, Viana MRP, Amorim FCM, Veras JM de MF, Santos RDC, De Sousa LL. The knowledge of puerperal women on obstetric violence. *Rev Enferm UFPE line*. 2019;13(e242100):6. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242100>
 50. Benet M, Escuriet R, Alcaraz-Quevedo M, Ezquerria S, Pla M. The extent of the implementation of reproductive health strategies in Catalonia (Spain) (2008–2017). *Gac Sanit*. 2019;33(5):472–9. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.004>
 51. Clews C, Church S, Ekberg M. Women and waterbirth: A systematic meta-synthesis of qualitative studies. *Women and Birth*. 2020;33(6):566–73. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.11.007>
 52. Scarton J, Prates LA, Wilhelm LA, Silva SC, Possati AB, Ilha CB, et al. “It was worth it when I saw his face”: experiences of primiparous women during natural childbirth. *Rev Gaucha Enferm*. 2015;36:143–51. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56786>
 53. Torres DG, Rojas GT, Garduno MDM, Bernardino E. Model maternity with exclusive care of nurses: social representations. *Online Brazilian J Nurs*. 2020;18(4):10. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20196203>
 54. Ortiz Andrade AF, Tejada Grijalva NS. Social Marketing Campaign “Transforms the Norm microaggressions-macroimpacts” Quito: Universidad San Francisco de Quito; 2017. <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6591>
 55. Arnold R, van Teijlingen E, Ryan K, Holloway I. Villains or victims? An ethnography of Afghan maternity staff and the challenge of high quality respectful care. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):307. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2420-6>
 56. Betron ML, McClair TL, Currie S, Banerjee J. Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. *Reprod Health*. 2018;15(1):143. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0584-6>
 57. Lappeman M, Swartz L. Rethinking obstetric violence and the “neglect of neglect”: the silence of a labour ward milieu in a South African district hospital. *BMC Int Health Hum Rights*. 2019;19(1):30. <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0218-2>
 58. Kululanga LI, Malata A, Chirwa E, Sundby J. Malawian fathers’ views and experiences of attending the birth of their children: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12(1):141. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-141>
 59. Jouhki MR, Suominen T, Åstedt-Kurki P. Supporting and Sharing—Home Birth. *Am J Mens Health*. 2015;9(5):421–9. <https://doi.org/10.1177/1557988314549413>