

**Desvelando as vivências de puérperas durante o processo parturitivo****Unveiling the experiences of puerperas during the parturitive process**

DOI:10.34117/bjdv6n12-739

Recebimento dos originais: 30/11/2020

Aceitação para publicação: 30/12/2020

**Núbia Vanessa da Silva Tavares**

Formação: Pós- Graduada na modalidade residência em Enfermagem Obstétrica pelo Programa de Residência em Saúde da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

Instituição: Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

Endereço: R. Dr. Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra, Maceió/AL- Brasil. 57010-300.

E-mail: nubriastavares@outlook.com

**Mary Grace Gomes da Silva**

Formação: Pós- Graduada em Urgência, Emergência e UTI pelo Centro de Formação, Pós-graduação e Pesquisa em Saúde (CEFAPP)

Instituição: Hospital Memorial Arthur Ramos

Endereço: Rua Padre Cícero, nº 19 – Ouro Preto, Maceió/AL- Brasil.

E-mail: mary\_graceg@msn.com

**Natália Palmoni Medeiros Dantas**

Formação: Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Instituição: Sociedade de Ensino Universitário do Nordeste (SEUNE)

Endereço: Av. Dom Antônio Brandão, 204 - Farol, Maceió/ AL – Brasil. 57051-190.

E-mail: nataliapalmoni@hotmail.com

**Vaninna Márcia Santos da Rocha**

Formação: Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Instituição: Sociedade de Ensino Universitário do Nordeste (SEUNE)

Endereço: Av. Dom Antônio Brandão, 204 - Farol, Maceió/ AL – Brasil. 57051-190.

E-mail: ninna.bol81@gmail.com

**Raquel Ferreira Lopes**

Formação: Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Instituição: Centro Universitário Mario Pontes Jucá

Endereço: Av. Pres. Roosevelt, 1200 - Barro Duro, Maceió - AL, 57040-600.

E-mail: raquelopes@gmail.com

**RESUMO**

Introdução: A gravidez e o parto são eventos sociais que fazem parte da vida dos seres humanos e mostra-se como vivência no qual são atribuídos diversos significados. Objetivo: Conhecer as vivências de puérperas durante o processo parturitivo. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem qualitativa. Realizado em uma maternidade de risco habitual conveniada ao SUS no município de Maceió. A coleta dos dados se deu por meio de entrevista semiestruturada com 11 puérperas durante o pós-parto imediato em abril de 2017. A análise dos dados foi realizada por meio do método de análise de conteúdo de Bardin. Resultados e discussões: A partir dos depoimentos foi notório que a dor foi fator unânime. Aspectos como a falta de informação acerca do trabalho de

parto e parto, peregrinação hospitalar e intervenções desnecessárias foram destacados como elementos que tornam a parturição uma experiência negativa. No entanto, a utilização de medidas de conforto foram avaliadas como elementos que promovem segurança e bem-estar. Conclusão: É fato que existe uma necessidade de reformulação assistencial prestada a essas puérperas desde o pré-natal, a partir do fornecimento de orientações sobre o trabalho de parto e parto e implementação boas práticas obstétricas na assistência, para que assim a mulher possa experimentar de forma prazerosa este momento e ser de fato protagonista do seu parto.

**Palavras chave:** Parto humanizado; Atenção à saúde; Enfermagem.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Pregnancy and childbirth are social events that are part of the life of human beings and are shown as experiences in which different meanings are attributed. **Objective:** To know the experiences of mothers during the parturition process. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional study with a qualitative approach. Held in a usual risk maternity hospital with SUS in the city of Maceió. Data collection took place through semi-structured interviews with 11 puerperal women during the immediate postpartum period in April 2017. Data analysis was performed using Bardin's content analysis method. **Results and discussions:** From the testimonies, it was clear that pain was a unanimous factor. Aspects such as the lack of information about labor and delivery, hospital pilgrimage and unnecessary interventions were highlighted as elements that make parturition a negative experience. However, the use of comfort measures was evaluated as elements that promote safety and well-being. **Conclusion:** It is a fact that there is a need for reformulation of care provided to these puerperal women since prenatal care, from providing guidance on labor and delivery and implementing good obstetric practices in care, so that women can experience enjoy this moment and be the protagonist of your birth.

**Keywords:** Humanized delivery; Attention to health; Nursing.

## **1 INTRODUÇÃO**

A gravidez e o parto são eventos sociais que fazem parte da vida dos seres humanos e mostra-se como vivência no qual são atribuídos diversos significados para aqueles que o vivenciam, a depender do contexto em que se desenvolvem (SILVA; VIEIRA; COLARES, 2011).

No decorrer dos anos ocorreram diversas mudanças no âmbito da atenção obstétrica. Entendida inicialmente como evento de cunho exclusivamente feminino, no qual as mesmas eram empoderadas da sabedoria relativo ao cuidado gestacional em todas as suas fases, foi aos poucos sendo redefinida como prática médica e institucionalizada, permeada por ações intervencionistas com o propósito de modificar um processo fisiológico (TOSTES; SEIDL, 2016).

Com isso, surge a necessidade de reorganização do parto e nascimento através da implantação de Políticas Públicas pelo Ministério da Saúde com o propósito de modificar a assistência prestada, que até então, direcionava-se ao abuso de intervenções (APOLINÁRIO, et al., 2016).

Começa então a emergir discussões e aflorar debates sobre a humanização na assistência obstétrica, imbuídos da preocupação sobre as elevadas taxas de cesarianas que há muito ultrapassaram

o limite máximo de 15% e vigoram como prática, buscando desta forma retornar ao cenário do parto natural como prioridade (PIAULINO, 2013).

Dentre elas temos o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a Rede de Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), contribuindo desta forma para a melhoria da assistência obstétrica e redução da morbimortalidade materna e perinatal na perspectiva dos direitos da cidadania (APOLINÁRIO, et al., 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde a atenção humanizada no parto requer diversos conhecimentos e práticas que visem assegurar o bem-estar materno e fetal, a busca da autonomia e privacidade da mulher em todos os momentos do ciclo gravídico-puerperal e o acesso facilitado aos serviços de saúde (BRASIL, 2001). Desse modo a humanização no parto visa naturalizar esse processo, desmistificar conceitos do parto patológico, evidenciar a mulher como protagonista do seu parto e reduzir a interferência profissional desnecessária (SILVA; VIEIRA; COLARES, 2011).

Diante disto, a promoção de um ambiente acolhedor, por meio da adoção de medidas que sabidamente são benéficas para mãe e conceito, que respeitam a privacidade e o direito de escolha das parturientes contribuem para uma visão e vivência positiva acerca do parto, agregando desta forma à prática profissional o real sentido humanizador da assistência (PIAULINO, 2013).

A gestação e o parto são experiências muito significativas para a maior parte das mulheres, acarretando uma multiplicidade de significados à vivência do partear e à maternidade. É um momento único e muito esperado, contudo é também momento em que podem perpassar sentimentos negativos relacionados ao medo, angústia, ansiedade, insegurança, dúvidas em relação ao tipo de parto, experiências anteriores frustrantes ou ausência de informação (TOSTES, 2012).

Nesse sentido, está também condicionado o papel do profissional de saúde na determinação dos significados atribuídos ao parto pela mulher, sendo necessário que o mesmo desenvolva a escuta qualificada e entenda que cada gestante é detentora de uma história de vida, de uma cultura que interfere nas diferentes formas de vivenciar o parto. É preciso entender o acolhimento como sinônimo de respeitá-la, entendê-la, esclarecer suas dúvidas e questionamentos, com o intuito de tornar o parto um marco importante e positivo em sua trajetória (PINHEIRO; BITTAR, 2013; VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Sendo a gestação e o parto fenômenos fisiológicos, sociais e culturais, que são permeados e influenciados diretamente por fatores psicológicos e emocionais buscou-se a literatura pertinente à temática, que fundamentou o estudo.

Diante dos achados verificou-se a importância da temática por seu viés peculiar que envolve a esfera biopsicossocial e por entender que a compreensão acerca das vivências e dos significados

atribuídos ao parto pelas puérperas contribuam para uma melhor compreensão acerca das suas necessidades e o desenvolvimento da assistência integral.

A motivação para desenvolver este trabalho decorreu de experiências pessoais em relação a parturição e práticas na disciplina Saúde da Mulher, despertando o interesse das autoras em entender a percepção dessas mulheres em relação a sua vivência no parto.

Sendo assim foi traçado como questão norteadora: Quais as vivências das puérperas durante o processo parturitivo?

A hipótese deste trabalho é a de que as vivências durante o processo parturitivo estão condicionados a fatores como experiências anteriores, expectativa sobre o tipo de parto, acesso as informações acerca do parto, confiança nos profissionais que irão atendê-la e a presença de um acompanhante. Tais fatores a depender da forma como sucedam, influenciam de forma positiva ou negativa na experiência do partear ( TOSTES, 2012; ESCOBAL, 2016).

Contudo, historicamente termos como agonia, medo, dor, ansiedade, nervosismo e sofrimento têm sido associados às vivências do processo parturitivo (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Portanto para responder tal questionamento objetivou-se conhecer as vivências de puérperas durante o processo parturitivo atendidas em uma maternidade de risco habitual conveniada ao SUS no município de Maceió, delimitando-se como objetivos específicos descrever e analisar as vivências das parturientes, investigar a relação equipe de saúde-cliente na significação do partear, e discutir a assistência ao parto por um viés humanizador.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de campo, com abordagem qualitativa. Haja vista que a problemática em questão busca investigar por meio de relatos as vivências de puérperas durante o processo parturitivo, buscou-se um enfoque na pesquisa qualitativa descrita como aquela que não pode ser quantificada e se preocupa com os significados que permeiam os discursos, denotando um espaço mais profundo de interpretação (MINAYO, 2008).

O estudo foi realizado em uma maternidade de risco habitual no Município de Maceió, que presta assistência a mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto normal e cesáreo e foi composto por puérperas que vivenciaram a experiência do parto em uma maternidade de risco habitual conveniada ao SUS no município de Maceió.

A indicação para a entrevista sucedeu-se a partir dos seguintes critérios de inclusão: ter idade acima de 18 anos, estar em puerpério imediato. Definimos como critérios de exclusão: puérperas não-residentes no município de Maceió.

Apesar dos estudos qualitativos o aspecto quantidade da amostra apresentar-se de forma secundária, se comparado ao aspecto representatividade e significação dos sujeitos é preciso delimitar o fechamento amostral, pois a redução exacerbada do número de participantes, a depender do objetivo do estudo poderá culminar no comprometimento da credibilidade, confiabilidade e relevância dos dados obtidos e conseqüentemente do estudo (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Neste sentido o tamanho da amostra foi previamente estabelecido tomando como base estudo semelhante desenvolvido com puérperas em relação a assistência prestada no trabalho de parto e parto. Neste estudo o ponto de saturação resultou em 11 (onze) puérperas (VERONESI, 2012).

A pesquisa foi desenvolvida por meio de entrevista semi-estruturada e coletados em abril de 2017.

O instrumento de coleta de dados teve como base um instrumento já previamente utilizado em um estudo sobre as experiências vivenciadas por primíparas em relação a assistência prestada no trabalho de parto e parto (VERONESI, 2012).

O mesmo é composto por 12 questões subdivididas em 2 seções, sendo a seção 1 caracterização do perfil dos participantes com informações acerca da data e horário do parto, religião, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, ocupação, renda familiar, paridade e planejamento reprodutivo com o intuito de aproximar-se da realidade dos sujeitos, e a seção 2 com questões relativas a vivência no processo parturitivo.

A escolha pelo método de entrevista semi-estruturada ocorreu por sua flexibilidade e por permitir o livre diálogo e expressividade das entrevistadas em discorrer sobre o tema em questão, de forma a não limitar e condicionar a entrevista a termos prefixados como sim e não, ou mesmo induzir qualquer tipo de resposta, de forma a possibilitar uma análise mais fidedigna (MINAYO, 2008).

A entrevista iniciou-se somente, mediante esclarecimento do objetivo, riscos e benefícios da pesquisa, leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceitação verbal em participar da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido exigido no desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, em que uma via foi disponibilizada as entrevistadas, após esta etapa foi realizada a entrevista com base no questionário semi-estruturado, em que utilizou-se o gravador para obtenção das informações.

Antes de iniciar a pesquisa de campo, apresentamos o projeto à direção do Hospital e solicitamos por meio de documento formal autorização para o desenvolvimento da pesquisa. Posteriormente à concessão do local de pesquisa o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa no qual obtendo-se parecer favorável iniciamos a coleta de dados.

Percorridas tais etapas e estando em posse das autorizações necessárias foi realizado o levantamento das puérperas a partir da abordagem das mesmas nas enfermarias.

Em seguida, as mulheres previamente selecionadas na etapa anterior foram abordadas e convidadas a participar da pesquisa mediante o esclarecimento dos objetivos, finalidade da pesquisa, seus riscos e a importância da sua participação, o caráter voluntário da mesma, o sigilo quanto a sua identidade e os dados obtidos, ausência de gastos financeiros e sobre o direito de desistir a qualquer momento da pesquisa em consonância com critérios da resolução 466/2002 e descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Alumiadas as questões relativas à sua participação, e apenas após o aceite procedeu-se com a assinatura pelas colaboradoras e pesquisadoras do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em conformidade com a resolução 466/02 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Sendo assinado em duas vias, ficando uma via em posse das colaboradoras e outra em posse das pesquisadoras. Após consentimento e assinatura do TCLE deu-se início a coleta dos dados.

Tendo em vista promover e assegurar a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização dos sujeitos, a não interferência de outras pessoas e evitar o seu constrangimento, direcionamos as puérperas a uma sala individualizada disponibilizada pela Instituição para realização dos esclarecimentos descritos acima e seguindo-se ao aceite em participar da pesquisa, realizamos a assinatura do TCLE conjuntamente iniciamos a entrevista.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e para garantir o anonimato dos sujeitos adotamos nomes fictícios para descrição de suas experiências. Seria interrompida imediatamente em caso de desistência das entrevistadas, respeitando seu livre arbítrio, sem qualquer sanção ou prejuízo decorrente deste ato, exaustão física e psicológica decorrente do processo de entrevista, caso houvesse danificação ou perda dos arquivos deste estudo, retirada da autorização pela instituição onde foram coletados os dados, qualquer emergência clínica que ocorresse durante a entrevista ou se a garantia de confidencialidade fosse quebrada.

Os dados coletados foram analisados sob o prisma da análise de conteúdo descrita por Bardin. Segundo o autor tal análise desdobra-se em três etapas, a pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação (BARDIN, 2011).

Essa pesquisa respeita todos os critérios da resolução 466/2012 que dispõe sobre os critérios éticos da pesquisa com seres humanos e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos com CAAE:64637816.5.0000.0039. Foram respeitados os princípios éticos de sigilo e anonimato dos informantes e instituições pesquisadas, dada a delicadeza dos dados pretendidos e conforme preconizado em estudos com seres humanos.

Esta pesquisa não recebeu nenhum tipo de financiamento para sua realização.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Como forma de familiarizar-se com a realidade das entrevistadas, buscou-se descrever alguns dados socioeconômicos e características obstétricas de modo a preservar a individualidade de cada mulher para melhor entendimento do teor das narrativas.

Observa-se que as puérperas que fizeram parte do estudo possuíam idade entre 18 a 37 anos, com uma média de 24 anos e predominância da religião católica. Com relação ao estado civil houve prevalência das uniões estáveis.

Quando questionadas a respeito da ocupação dez relataram ser do lar e apenas uma babá, com renda familiar média de 681,00 reais. O nível predominante de escolaridade flutuou entre o nível fundamental completo e ensino médio completo. No que se refere ao tipo de parto os dados mostram que houve prevalência do parto normal em comparação ao parto cesáreo, a média de paridade era de um filho, seis das puérperas relataram ter planejado a gravidez e cinco relataram que não houve planejamento.

#### 3.2 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS

A partir dos depoimentos das entrevistadas e leitura exaustiva, partimos para a compreensão das particularidades de cada fala, construindo desta forma as categorias temáticas deste estudo. Os achados aqui discutidos referem-se aos relatos das vivências das puérperas desde a sua admissão no hospital até o momento da parturição, resultando desta maneira em três categorias temáticas: Percepção das mulheres acerca do trabalho de parto e parto; Naturalização de práticas (des) humanizadas; Práticas humanizadas na assistência ao trabalho de parto e parto.

##### 3.2.1 Percepção das mulheres acerca do trabalho de parto e parto

A experiência da parturição relatada pelas puérperas faz inferência a dor como aspecto unânime em todos os relatos, associados sobretudo ao medo da morte, ansiedade e incertezas quanto ao processo de trabalho de parto e parto.

“Não que é muita dor, na hora me dava vontade de me suicidar, sei não, na hora que eu tava sentindo dor já tava me dando agonia já tava me sentindo fraca, tava sem ar”. (Margarida)

“Oxi foi horrível, foi horrível mermo. Oxi dor do cabrunco, dor demais. Eu pensei em morrer”. (Petúnia)

“Há meu Deus pavoroso, muita dor, muita, muita dor mesmo, pensava que eu ia morrer por causa das dor, muita, muita”. (Bromélia)

Através da análise das falas foi notório a supremacia da dor como fator negativo na parturição. Há muito, o momento do parto é difundido e perpetuado culturalmente como evento traumático para a mulher, necessário e obrigatório para a tornar-se mãe, trazendo em si repercussões psicológicas que influenciam diretamente na dor (ALMEIDA, MEDEIROS; SOUZA, 2012).

As informações perpassadas e estigmatizadas acerca do momento do parto como evento traumático provoca a absorção prévia de sentimentos como medo, angústia e ansiedade que ficam retidos e afloram sobretudo quando a mulher vivencia o momento da parturição. Tais sentimentos aumentam a sensação da dor, associando-se ainda a fatores externos como cansaço migratório, desconhecimento da situação e ambiente hospitalar estranho (FRIAS; FRANCO, 2016).

“Só senti só as dor, que a mulher sente né, e a mulher fez o toque normal já na outra maternidade que ela queria que eu voltasse pra casa, só que eu disse que eu não ia, que eu ia vir, ai meu marido disse: vamo pra outra, que eu ia voltar cheia de dor!! A mulher fez o toque, quando eu chegou aqui a outra fez o toque, pronto, ai ela disse você vai ficar”. (Copo de leite)

“Eu vim pra qui encaminhada por outra maternidade, quando eu cheguei lá a mulher ficou, tipo ela apenas me deu um toque e foi falando que eu já estava com 9 meses, sendo que eu não estava ainda [...] e eu fiquei sentindo dor, e ela só sentada na cadeira, tipo anotando sem falar nada e eu morrendo. [...] quando eu cheguei aqui só demorei um pouco, aqui o atendimento foi melhor”. (Jasmim)

A peregrinação no momento do trabalho de parto e parto foi também um dos fatores vivenciados pelas puérperas que se deparavam com o dilema da dor e ausência de acolhimento profissional a partir da recusa em aceitá-las nas maternidades. Tal situação também é destacada como fator influenciador na experiência negativa do partear. Para a entrevistada Jasmim a peregrinação refletiu a falta de humanização da profissional que a atendeu na primeira maternidade, não sendo solidária ao seu momento.

A peregrinação no trabalho de parto muitas vezes decorre da falta de estrutura e de leitos para receber as gestantes, dificuldades das gestantes em reconhecer o falso trabalho de parto e despreparo profissional em acolhê-las e atendê-las de forma digna, respeitando suas particularidades (SILVIA; ALMEIDA, 2015).

Outra concepção obtida por meio das falas foi que o medo da morte e a preocupação acerca do processo de parto, surgem também em função do descentramento do ser mulher que vai se tornando mãe e almeja o nascimento de seu filho de forma segura, além de sua própria segurança para que assim possa cuidar do seu concepto como relatam as puérperas Orquídea, Rosa e Jasmim:

“Eu fiquei por que nunca tinha acontecido isso, por mais que eu tinha tido dois filhos normal eu não tinha passado pela experiência de ta liquido derramando aquela coisa toda, ai fiquei muito nervosa e também eu já tava muito nervosa por que tenho medo de cesária ai eu tinha muito medo de acontecer alguma coisa na hora do parto, mais achei o procedimento normal”. (Orquídea)



“Eu tava cum medo de ter e morrer ai eu fiquei com medo”. (Bromélia)

“Tipo tava me acalmando que eu tava muito nervosa, muito mesmo que eu achei que minha filha ia morrer, não só ela, eu também”. (Rosa)

O relato de Orquídea chama ainda atenção sobre a falta de informação acerca dos períodos do trabalho de parto e parto, e a dificuldade em reconhecer os sinais mesmo já sendo multípara e tendo passado por essa experiência. Cabe aqui uma reflexão sobre a qualidade da assistência pré-natal oferecida a estas mulheres e a educação para o parto que deve ser realizada durante as consultas de pré-natal preparando a mulher para reconhecer os sinais fisiológicos emitidos por seu corpo durante o trabalho de parto, pondo em destaque a eficácia da comunicação profissional/paciente.

### 3.2.2 Naturalização de práticas (des) humanizadas

Quando se remete a humanização da assistência, sobretudo a humanização no momento do parto a partir de práticas baseadas em evidências, constantes são as discussões de como realizá-la ao nível hospitalar.

Tem-se destacado a relação humanitária entre profissional e usuário não apenas a partir da realização de práticas assistenciais consideradas benéficas para a mãe e o conceito, mas através do protagonismo e empoderamento feminino no momento do parto (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011, MARTINS; MATTOS; SANTOS, 2016).

A análise das falas revela a realização de práticas intervencionistas abusivas, que remetem a violência obstétrica, destacadas nos relatos de Pétala, Orquídea, Margarida, Cerejeira e Copo de leite:

“Ajudei, botei força, me cortaram. A médica forçando pra baixo pra ele descer”. (Pétala)

“Fiquei deitada amarrada! Estou com o ombro doendo...Mas ta dando pra suportar [...]acho que elas deram uma abalada na minha barriga [...] Acho que foi a médica que fez uma forcinha pra ele descer, meu marido tava assistindo o parto, e ele falou que foi bem tensa a hora que ela coisou [ manobra de kristeller]”. (Orquídea)

“Só não gostei quando ela costurou no cru, ela... vai doer um pouquinho, mais mentira doe muito, só isso que não gostei, ela continuou costurando parecia que não ia para mais, ai eu digo... moça ta doendo, ai ela dizia... vai terminar, você não quer perfeitinho”. (Margarida)

“Eles mandou eu ficar quieta, calada, disse não converse muito e tudo vai dar certo, pronto e deu certo”. (Cerejeira)

“Ela mandou eu respirar bem fundo e apertou na barriga, que ela disse respire bem fundo que eu vou apertar seu bebê pra ele sair”. (Copo de leite)

A violência obstétrica pode ser entendida por atos realizados por profissionais de saúde que envolvam o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, utilizando intervenções desnecessárias como forma de acelerar o trabalho de parto (CUNHA, 2015), dentre estas estão a episiorrafia, utilização

de ocitocina de rotina, manobra de kristeller, falta de esclarecimento e consentimento do paciente, restrição de posição para o parto, restrição da escolha do local do parto, cirurgias cesarianas demasiadas, violência verbal, proibição de acompanhante, tricotomia e enema de rotina (CIELLO et al., 2012, TESSER et al.2015).

As orientações recebidas pelas puérperas como: fazer força, ficar quieta, calada, a realização demasiada de episiotomia e manobra de Kristeller não condizem com as orientações das boas práticas obstétricas segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) que reprova tais práticas e as classifica como inadequadas.

É fato de que não há evidências científicas que comprovem os benefícios desses procedimentos na saúde da mulher, ao contrário, seus malefícios deixam sequelas físicas, psicológicas e sexuais, e violam os direitos humanos (CIELLO et al., 2012).

Apesar das falas evidenciarem o sofrimento sentindo durante o processo de parição, a naturalização do sofrer no momento do parto é perpassado por influências culturais no qual mesmo mediante práticas desumanizadas, a supremacia do poder profissional sobre os corpos femininos difundida veemente na sociedade faz a mulher relatar ao final de determinadas falas que “*é melhor assim*”, “*gostei do atendimento*”, “*uma experiência muito boa*”, pois a seu ver todo o sofrimento faz parte do processo, como se parir e sofrer fossem sinônimos. Evidenciado também nas falas da Jasmim e Margarida:

“Pra mim eu acho que tem que amarrar porque em tudo que a pessoa tá nervosa a pessoa pode mexer a mão, botar a mão onde não deve né, ai eu acho que é melhor assim, mas não me machucou em nada”. (Jasmim)

“Não que é muita dor, na hora me dava vontade de me suicidar, sei não, na hora que eu tava sentindo dor já tava me dando agonia já tava me sintindo fraca, tava sem ar, foi uma experiência muito boa”. (Margarida)

Tal afirmativa complementa-se ainda pela disparidade e antagonismo nas falas quando questionadas a respeito do momento do parto e dos cuidados que menos gostaram, pois ao mesmo tempo em que inferiam respostas negativas sobre a paridade, relatavam que não houve nenhum cuidado do qual não gostaram.

“Nada, teve nenhum que não gostei”. (Petúnia)

“Não até agora o atendimento tá ótimo, bom”.(Cerejeira)

“Tudo eu gostei”. (Bromélia)

Algumas falas intensificam a negatividade associada ao trabalho de parto e parto, e demonstra o não desfrute deste momento pela mulher, evidenciado ainda pela perda do protagonismo e empoderamento feminino na escolha pela via de parto.

“Rapaz nenhum parto é bom, nenhum!”. (Petúnia)

“E aquela vontade de tirar logo, uma cesariana, alguma coisa que tirasse aquela dor de mim. Eu queria cesariana, mas as menina disseram que eu tinha passagem”. (Bromélia)

“Porque o primeiro foi cesária, porque meu filho tem um ano e um mês, aí tinha que ser cesário, porque ele não ia ter como fazer um parto normal”. (Copo de leite)

A determinação do tipo de parto está condicionada a um conjunto de fatores relacionadas ao medo da dor e sofrimento do parto normal, experiências pessoais anteriores, relatos de pessoas baseadas em suas experiências e vivências e escolha médica, muitas vezes sem indicação clínica, repercutindo sobretudo no ideário da mulher que durante a gestação cria expectativas que muitas vezes são dizimadas, fazendo prevalecer o saber médico e tornando-a coadjuvante neste processo (TESSER et al.2015).

“Pra mim se fosse normal, mais foi Cesário quem escolheu não foi eu foi Deus!”.(Girassol)

“Pra mim se eu tivesse assim, acho que era normal, mas foi cesáreo né, quem escolheu num fui eu foi Deus né. Pra mim tanto faz né, trazendo meu filho ao mundo é o que importa né, ou cesárea ou normal. Mas pra mim tá bem assim”.(Copo de leite)

A religiosidade e a figura de Deus como determinante no tipo de parto também faz jus aos relatos encontrados e descritos acima, no entanto cabe aqui uma indagação a respeito da deusificação do poder médico e sua autoridade sobre o corpo feminino, o qual travestido de interferência divina, apenas reforça a vontade médica na escolha da via de parto.

### **3.2.3 Práticas humanizadas na assistência ao trabalho de parto e parto**

Apesar dos relatos evidenciarem atos de violência obstétrica, é notório também a implementação de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, o que revela a tentativa de incorporação de práticas humanizadas.

Tais práticas incluem a hidroterapia, acupuntura, uso da bola suíça, massagens e conversas (SILVA, et al., 2013), algumas delas descritas nos relatos abaixo:

“Me deram muita assistência, me deram massagem, conversaram comigo [...], me davam muito apoio. Quando vinham as contrações elas mandavam eu pegar na mão delas”. (Bromélia)

“Gostei quando ela me levou pra andar, que eu não tava aguentando ela me pegou no braço e disse vamo anda um pouquinho pra diminuir as contrações e começou a passa uns negocio nas minhas costas como se fosse um carrinho me botou na bola”. (Margarida)

Pode-se observar que o apoio por meio de palavras de conforto e as medidas oferecidas pela equipe trouxeram alívio e bem-estar para as mulheres e fizeram com que elas se sentissem mais calmas, seguras e amparadas.

“[...] disse não vai nada acontecer com você nem com sua filha ficou me acalmando, ai eu fiquei esperando deitada na cama. Elas me deram um negócio pra passar nas costas”. (Rosa)

As práticas não-farmacológicas no alívio da dor promovem aumento na satisfação do parto, alivia a dor, reduz os níveis de estresse e ansiedade, melhorando os resultados obstétricos e reduzindo os desfechos negativos decorrentes de intervenções abusivas e desnecessárias (LEAL, et al., 2014).

Os sentimentos e sensações vivenciados no momento do trabalho de parto e parto são intensos e bastante significativos para a mulher que o experencia. A figura do profissional que se preocupa com seus sentimentos, seus medos, suas expectativas, que se faz presente e envolvido de fato com os cuidados promove conforto e segurança.

A avaliação dos cuidados recebidos teve estreita relação com a promoção de medidas de conforto, evidenciado pelo trecho “*me deram muita assistência*” seguindo-se aos relatos de uso do massagador, conversas, uso da bola suíça e deambulação, ou seja, na visão das depoentes a assistência contínua e qualificada esta associada a realização de tais medidas de conforto.

A abordagem humanizada no parto requer o respeito e valorização das diversidades, cultura, valores e necessidades da parturiente, promovendo um ambiente acolhedor, livre de intervenções desnecessárias, onde a mulher tenha autonomia e seja protagonista do seu parto fazendo dele momento único e prazeroso (MARTINS; MATTOS; SANTOS, 2016).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo abrangeu as percepções de puérperas acerca do trabalho de parto e parto. Elementos presentes neste estudo apontam questões a serem refletidas pelos profissionais que atuam na assistência.

Através dos relatos pode-se perceber a falta de conhecimento das mesmas acerca do trabalho de parto e parto, trazendo a necessidade de profissionais facilitadores, que orientem as gestantes acerca de todo o processo parturitivo, a iniciar-se no pré-natal.

As formas de cuidado oferecidos, ainda que parcialmente fossem avaliados como positivos e possuíssem fragmentos de boas práticas, não podem ser caracterizados como humanizados, pois ainda persistem em seu bojo ações abusivas e desnecessárias, refletindo a naturalização de tais práticas.

Contudo, pode-se constatar que a implementação das boas práticas na assistência ao trabalho de parto e parto, ainda que de forma fragmentada proporcionou momentos de bem-estar e segurança

para essas mulheres, trazendo uma reflexão quanto a necessidade de reformulação da assistência prestada.

É fundamental uma mudança de paradigma, que conte com a participação de todos os agentes envolvidos na assistência ao parto, não apenas no sentido técnico, mas, sobretudo relacional e ético, base para uma verdadeira prática humanizada, no qual essas mulheres possam ter autonomia, liberdade de escolha e um verdadeiro protagonismo, tomando posse deste momento que é exclusivamente seu.

A pesquisa sugere intensificar a transmissão de informações acerca da violência obstétrica e suas repercussões na saúde materno/infantil por meio das mídias, para que estas informações cheguem de forma ampla em todas os grupos sociais, assim como o funcionamento efetivo de Políticas Públicas que garantam o direito ao atendimento digno e humanizado em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal.

**REFERÊNCIAS**

- ALMEIDA, N.A.M; MEDEIROS, M.M; SOUZA, M.R. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol. 21, nº 4, p. 819-827. out-dez. 2012.
- APOLINÁRIO, D. et al. Practices in delivery and birth care from mothers' perspective. **Rev Rene**, Paraná, vol. 17, nº 1, p. 20-27. 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4 ed. Rio de Janeiro: Edições 70, 2011.
- BRASIL.Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher (Brasil). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CIELLO, C et al. **Violência Obstétrica: parirás com dor**. Dôssie da violência obstétrica. Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, Brasília, 2012.
- CUNHA, C.C.A. **Violência Obstétrica: Uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais**. 2015. Brasília. Monografia (Bacharelado em Direito). Universidade de Brasília, 2015.
- ESCOBAL, A.P.L et al.Experiências das puérperas adolescentes no processo de parturição. **Rev pesq. cuid. Fundam**. Rio de Janeiro, vol. 8, nº 3, p. 4711-4716. jul – set. 2016.
- FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J., TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, nº 1, p. 17-27. jan. 2008.
- FRIAS, A; FRANCO, V. A dor do trabalho de parto...Um desafio a ultrapassar! **Revista de Psicologia**, vol. 2, nº 1, p. 53-61. 2016.
- LEAL, M.C et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.30, nº 1, p. 17-32. 2014.
- MARTINS, C.A; MATTOS, D.V; SANTOS, H.F.L. Autonomia da mulher no processo parturitivo. **Rev enferm UFPE**, Recife, vol. 12, nº 10, p. 4509-4516. dez. 2016.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**.11.ed.São Paulo: Hucitec, 2008.
- OLIVEIRA, A.S.S; RODRIGUES, D. P; GUEDES, M.V.C. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. **Rev. Enferm**. Rio de Janeiro, vol. 19, nº 2, p. 249-254. abr – jun. 2011.
- PIAULINO, Y.M.L. **Narrativa da humanização do parto e nascimento em Fortaleza-CE: pioneirismo e atualidade do movimento**. 2013. Fortaleza. Dissertação (Mestrado em Saúde coletiva) - Universidade de Fortaleza, 2013.
- PINHEIRO, B.C; BITTAR, C.M.L. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal, Rev. Psicol**. Rio de Janeiro, vol. 25, nº13, p.585-602. set-dez. 2013.

SILVA, A.L.S; ALMEIDA, L.C.G. Vivência de mulher frente a peregrinação para o parto. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde, **Salvador**, vol. 2, nº 2, p. 07-19. jul – dez. 2015.

SILVA, D.A.O et al. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, vol. 7, nº 1, p. 4161-4170, mai. 2013.

SILVA, R. M; VIEIRA, L.J.E.S; COLLARES, P.M.C. **Saúde da mulher na diversidade do cuidado na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2011.

TESSER, C. D et al. **Violência obstétrica e prevenção quartenária: o que é, o que fazer**. Rev Bras Med Fam Comunidade, **Rio de Janeiro**, vol.10, nº 35, p.1-12. 2015.

TOSTES, N.A. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto**. 2012. Brasília. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Universidade de Brasília, 2012.

TOSTES, N.A; SEIDL, E.M.F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia**, Brasília, vol. 24, nº 2, p.681-693. 2016.

VELHO, M.B; SANTOS, E.K.A; COLLAÇO, V.S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev. bras. enferm.** Brasília, vol. 67 nº.2, p. 282- 289. 2014.

VERONESI, C.L. **Experiências vivenciadas por primíparas em relação a assistência prestada no trabalho de parto e parto**. 2012. Goiânia. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde)- Pontíficia Universidade Católica de Goiás, 2012.