

## Perspectivas de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo

Women's perspective on the assistance received during the parturition process

Perspectivas de las mujeres sobre la asistencia recibida en el proceso del parto

Recebido: 19/07/2021 | Revisado: 30/07/2021 | Aceito: 03/08/2021 | Publicado: 08/08/2021

### **Zeli Cristina Rocha Dutra**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3677-4126>  
Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil  
E-mail: zeli\_cris@hotmail.com

### **Grasiele Cristina Lucietto**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6097-2600>  
Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil  
E-mail: grasiele.lucietto@unemat.br

### **Daniela do Carmo Oliveira Mendes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3901-1298>  
Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil  
E-mail: oliveira.daniela@unemat.br

### **Joely Maria de Oliveira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3537-9041>  
Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil  
E-mail: joely.unemat@gmail.com

### **Rondinele Amaral da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8318-9088>  
Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil  
E-mail: rondinele.amaral@unemat.br

### **Fabio Scorsolini-Comin**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6281-3371>  
Universidade de São Paulo, Brasil  
E-mail: fabio.scorsolini@usp.br

### **Resumo**

Objetivou-se conhecer as perspectivas de mulheres sobre a assistência recebida durante o processo parturitivo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa conduzida por meio do protocolo COREQ. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas abertas, individuais e audiogravadas com oito puérperas atendidas no município de Tangará da Serra, estado de Mato Grosso. O corpus foi organizado a partir da análise de conteúdo e os resultados interpretados pela literatura da área. Duas categorias emergiram no processo analítico: (a) A construção do parto: momentos que o antecedem e suas características; (b) Percepções vivenciadas no pós-parto. Foram identificados elementos desumanizadores no cuidado obstétrico, como a perambulação das mulheres em trabalho de parto por dois equipamentos de saúde do município, o predomínio do parto cesáreo e o descumprimento da lei do acompanhante. Evidenciou-se que a assistência prestada às mulheres durante o parto neste município está aquém do que é preconizado pela lei e pelas recomendações que o Ministério da Saúde estabelece para o momento parturitivo.

**Palavras-chave:** Tocologia; Violência contra a mulher; Saúde materna.

### **Abstract**

Aims to know the women's perspective on the assistance received during the parturition process. The research used a qualitative method lead by the COREQ protocol. The data collection was executed by an unstructured, individual, and a recorded interview with eight puerperal women who attended Tangará da Serra county, state of Mato Grosso. The corpus was systematized from the content analysis and the findings were understood by literature review. Two categories were developed from the analytic process: (a) The parturition construction: moments that precede it and their characteristics; (b) Experienced perceptions during the postpartum. It was identified dehumanizing aspects in obstetric care, as women wandered during the labor between two distinct health services in the county, the predominance of cesarean birth, as well as the non-compliance with the Companion Law. In this paper became evident that in this county the assistance provided for women during the delivery process is lower than the recommendation contributed by the Ministério da Saúde for the parturition process.

**Keywords:** Tokology; Violence against women; Maternal health.

### **Resumen**

El objetivo fue conocer las perspectivas de las mujeres sobre la asistencia recibida durante el proceso de parto. Se trata de una investigación cualitativa realizada a través del protocolo COREQ. La recolección de datos se realizó a

través de entrevistas abertas, individuais y grabadas en audio a ocho puérperas atendidas en el municipio Tangará da Serra, estado de Mato Grosso. El corpus se organizó a partir del análisis de contenido y los resultados interpretados por la literatura del área. En el proceso analítico surgieron dos categorías: (a) La construcción del parto: momentos que lo preceden y sus características; (b) Percepciones vividas en el posparto. Se identificaron elementos deshumanizantes en la atención obstétrica, como la deambulación de la mujer en trabajo de parto por dos establecimientos de salud de la ciudad, el predominio del parto por cesárea y el incumplimiento de la ley de acompañantes. Se evidenció que la atención brindada a las mujeres durante el parto en este municipio se queda corta con lo recomendado por la ley y por las recomendaciones que el Ministerio de Salud establece para el momento del parto.

**Palabras clave:** Tocología; La violencia contra las mujeres; Salud maternal.

## 1. Introdução

Contemporaneamente há o reconhecimento de que o parto deve ser pautado no protagonismo da mulher, tornando-se o mais natural e humanizado possível, pois diferentemente de outros procedimentos que necessitam de intervenções hospitalares, o processo de parturição é fisiológico, devendo envolver atitudes de apoio, acolhimento e atenção por parte dos profissionais de saúde que atuam nesse contexto (Vidal, Barreto & Rattner, 2021). Nesse processo é fundamental que os saberes, as vivências e as práticas culturais dessas mães sejam observadas, reconhecidas e consideradas na assistência à saúde reprodutiva. Os profissionais precisam fundamentar sua ação no diálogo e não impor comportamentos que não se adaptam às práticas culturais das mulheres que se encontram na linha de cuidado no momento do parto (Bomfim et al., 2021).

No contexto histórico da saúde brasileira, as primeiras reflexões sobre as práticas da Saúde Materno-Infantil surgiram a partir do Programa Nacional de Saúde Materno – Infantil (PNSM), de 1974 a 1978. O programa visava atender às demandas relacionadas ao período gestacional e ao parto, mas sem considerar, à época, os princípios da humanização consolidados apenas no ano de 2000, com a instituição, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria n.º 569, de 1/6/2000 (Brasil, 2004). Esse programa visava assegurar a melhoria do acesso, de cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e ao recém-nascido, considerando que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é a condição primordial para o acompanhamento adequado à mulher e ao recém-nascido (Brasil, 2000).

Ainda em termos das políticas de saúde relacionadas à humanização, em 2003 foi implementada a Política Nacional de Humanização (PNH) e em 2004 o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, este último com o intuito de promover melhorias da atenção obstétrica e neonatal por meio da participação de gestores das esferas de governo. Em 2005 o Ministério da Saúde instituiu a lei n.º 11.108/2005 que garantiu às parturientes o direito ao acompanhante durante o parto. Em 2007 enfatizou-se a importância de abordar o acolhimento à mulher e ao seu parceiro nos serviços de saúde para prepará-los para o momento do parto (Brasil 2004; Brasil, 2011; Katz et al., 2020). Ainda nesse contexto, no ano de 2011 foi criada a Rede Cegonha para assegurar os direitos da mulher para o planejamento reprodutivo, a atenção humanizada durante a gestação, ao parto e ao puerpério, assim como garantir os direitos ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável da criança (Brasil, 2011).

Entretanto, a prática assistencial enfrentou dificuldades para acompanhar o que essas normativas preconizaram, havendo o predomínio da institucionalização e da medicalização do parto (Melo et al., 2020). A apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, expressando-se por meio de relações desumanizadoras, de subordinação e dependência das mulheres no sistema de saúde e de patologização dos processos naturais, promoveu a perda de autonomia e da capacidade dessas mulheres decidirem livremente sobre o seu corpo, seus direitos sexuais e também pelo modo como gostariam de ser assistidas (Leite, Mendes & Mendes, 2020).

No rol das práticas de saúde desalinhadas aos princípios da humanização encontramos procedimentos médicos

realizados em hospitais públicos e privados configurados como violência obstétrica. São intervenções profissionais violentas e/ou desnecessárias como a cesárea eletiva, a episiotomia (corte na região do períneo), a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), o enema (lavagem intestinal), o uso da ocitocina sintética (hormônio acelerador das contrações) de forma indiscriminada, o fórceps, o jejum de alimentação e hidratação, o exame de toque constante (para verificar a dilatação e a descida do bebê), a amniotomia (ruptura artificial da bolsa) e a insistência na posição litotômica da mulher (Katz et al., 2020).

Conforme o resgate histórico aqui sumarizado, as práticas violentas na assistência ao parto vêm sendo discutidas no Brasil desde os anos de 1980, impulsionadas pelo movimento de humanização do parto no país. Foi entre 2007 e 2010 que o termo “violência obstétrica” passou a ser utilizado, por exemplo, a fim de denominar um conjunto de práticas que eram naturalizadas no cotidiano do cuidado obstétrico. Ainda assim, muitas vezes a sua ocorrência é naturalizada por mulheres, profissionais da saúde, gestores e população, haja vista o modo como as práticas consideradas desumanizadoras apresentam-se, histórica e culturalmente, como procedimentos regulares e que visam à preservação da vida (Sena, 2017).

Pressupõe-se, então, que as mulheres não reconhecem as práticas violentas intraparto, indicando que a construção de uma cultura de humanização do parto e de assistência à parturiente e ao recém-nascido não depende exclusivamente da implementação de políticas públicas de saúde, mas da qualificação de práticas profissionais e também de posicionamentos das pacientes-usuárias alinhadas a esse novo modo de promover e receber cuidado. Assim sendo, faz-se necessário avaliar constantemente os serviços de saúde, além de acessar as percepções dessas pacientes-usuárias.

A partir do exposto, este estudo teve como objetivo compreender as perspectivas de mulheres sobre a assistência recebida durante o processo parturitivo. Busca-se planejar e/ou propor estratégias de melhoria da qualidade da assistência obstétrica prestada à mulher em nível local e de outras realidades semelhantes, contribuindo para que o cuidado humanizado e os direitos de mulheres sejam garantidos considerando os marcadores sociais e culturais de cada contexto de cuidado.

## **2. Metodologia**

Trata-se de um estudo de natureza descritiva e exploratória construído a partir da abordagem qualitativa. Para a sua elaboração foram considerados os itens do COREQ – Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Tong, Sainsbury & Craig, 2007).

A coleta de dados foi realizada no município de Tangará da Serra, localizado na região do médio Norte do estado de Mato Grosso, aproximadamente a 240 quilômetros da capital, com uma população estimada de 105.711 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020).

Participaram da pesquisa oito mulheres que vivenciaram o parto em instituição pública de saúde entre os anos de 2015 e 2018, com idade igual ou superior a 18 anos. A seleção das voluntárias ocorreu em quatro unidades da Atenção Primária a Saúde (APS) do referido município, escolhidas aleatoriamente, por meio dos registros de prontuário. A seleção para a composição da amostra ocorreu de modo aleatório, através de sorteio, a partir da lista de todas as participantes potenciais que atendiam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos. Para a definição final das participantes do estudo foi empregado o critério de saturação dos dados qualitativos, definido como um instrumento epistemológico que determina quando as observações ou entrevistas deixam de ser necessárias, haja vista que nenhum elemento novo permite ampliar o número de propriedades do objeto investigado (Minayo, 2017).

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto a setembro de 2018. O primeiro contato com a participante do estudo se deu via telefone para apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além de esclarecimentos sobre a pesquisa e agendamento da data e local para as entrevistas. Todas as mulheres convidadas aceitaram participar da pesquisa. Foram realizadas entrevistas abertas, individualmente, audiogravadas mediante consentimento, por

meio de uma pergunta norteadora “Como foi sua experiência durante o parto?”. A partir dessa pergunta inicial e da resposta à mesma, outros questionamentos foram apresentados no acontecer da entrevista.

As entrevistas foram realizadas por uma acadêmica do curso de Enfermagem de uma universidade pública, supervisionada por duas docentes mulheres e com atuação na área de saúde reprodutiva. As entrevistas tiveram duração de 30 minutos a 1 hora. Após a coleta, os registros audiogravados foram transcritos na íntegra e submetidos à análise de conteúdo temática, composta pelas etapas de pré-análise do material, codificação do material, tratamento e interpretação dos resultados.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado de Mato Grosso sob parecer nº 2.771.186/2018. Para preservar a identidade das participantes, as mesmas serão apresentadas a partir de números ordinais.

### 3. Resultados e Discussão

Foram entrevistadas oito mulheres, com idades entre 18 e 35 anos, em sua maioria (n=6) com renda de até 2 salários mínimos e com união estável (n=7). Dessas, sete tiveram parto cesariana e apenas uma teve parto normal/fisiológico. A partir dos resultados foram construídas duas categorias analíticas principais: (a) A construção do parto: momentos que o antecedem e suas características; (b) Percepções vivenciadas no pós-parto. A seguir, essas categorias serão apresentadas e discutidas.

#### 3.1 A construção do parto: momentos que o antecedem e suas características

Em relação aos momentos que antecedem o parto foi possível identificar, a partir dos relatos, perambulação das pacientes em trabalho de parto para que pudessem ser atendidas. Assim, tiveram que comparecer ao hospital municipal (hospital 1) da cidade e, em seguida, foram encaminhadas para uma instituição privada (hospital 2) vinculada ao SUS. Ressalta-se que isso acontece porque a cidade, contexto dessa investigação, conta apenas com um hospital público, o qual não oferece leitos obstétricos e equipe de saúde especializada para ofertar o atendimento necessário às parturientes. Esse contexto é explicitado nas falas das participantes:

*“Eu estava em casa, aí tive contrações em cinco em cinco minutos daí fui pro hospital 1 chegando lá me deram encaminhamento para o hospital 2 [...] Aí quando foi no outro dia tinha 4 cm de dilatação me colocaram no soro mas não dilatou mais, aí esperei [...]” (1).*

*“[...] Eu não senti dor eu estava de 40 semanas, daí procurei a unidade (APS), me orientaram ir lá no hospital 1, aí de lá me caminharam aqui pro exame aí no outro dia, na segunda aí agendaram o parto pra quarta-feira, por que eu não tive nenhum sintoma, nenhuma dor nada” (4).*

*“[...] Aí eu fui direto para hospital 1, aí de lá me encaminharam porque na verdade já tinha até passado o dia dela nascer [...] Fui de táxi [...] foi rápido eu cheguei lá, falei como que eu tava, aí me encaminhou direto para o doutor, eu nem precisei esperar de lá me encaminharam direto para o hospital 2. Eles mesmo que me levaram. [...]. Aí ele me encaminhou direto chegando lá fiquei internada eu entrei às 3h, tive ela às 3h e pouquinho, quase 4h. [...]” (8).*

*“[...] Aí minha vó mandou ligar no SAMU, porque táxi é muito caro meu Deus, ligou disse que não vinha buscar só em caso de emergência, daí a gente pegou o táxi e foi, daí chegou lá no hospital 1, [...] aí eles pediram a ambulância [...] Aí chegou lá veio bem rápido o atendimento no hospital 2 [...]” (5).*

São direitos da gestante o conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no domínio do SUS, da maternidade de referência. Segundo a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, os serviços de saúde maternos que são oferecidos devem garantir à mulher o leito obstétrico no instante de seu processo parturitivo, excluindo a possibilidade de peregrinação durante o anteparto e parto. Mesmo com esse direito assegurado, a peregrinação permanece como grave problema de saúde pública, influenciando na qualidade da assistência obstétrica (Rodrigues *et al.*, 2015).

Em estudo realizado em maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de analisar as percepções das mulheres acerca da assistência obstétrica no que se refere ao atendimento de seu direito de acesso ao serviço de saúde durante o processo de parto e nascimento, evidenciou-se que ainda é possível observar a peregrinação da gestante por carência de vaga ou leito obstétrico nas unidades hospitalares (Rodrigues *et al.*, 2015), o que configura um grave problema de saúde pública na rede de atenção à saúde materna. Considera-se aqui, que a solução desse problema abrange a necessidade de investimentos, pactuação das instâncias da rede de cuidados, além de respeito aos direitos da mulher.

Segundo o PHPN (Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento), toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério. Isso pode ser corporificado a partir do direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto, à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica (Brasil, 2000). A partir dos relatos deste presente estudo destaca-se que o trajeto entre os dois serviços de saúde da cidade é algo que atravessa a experiência do parto de todas as parturientes. Esse processo também ocorre, possivelmente, devido à falta de informação e da construção de um fluxo de orientações que sejam transmitidos à parturiente durante todo o pré-natal, construindo uma cultura de acolhimento para o momento do parto. Assim, um elemento aparentemente simples – a qual serviço recorrer no momento do parto – emerge de modo confuso na experiência dessas parturientes, representando perambulações desnecessárias.

As participantes também apresentaram relatos sobre o momento do parto, como as sensações de dor, as dificuldades em conseguir atendimento e a falta de informações acerca da presença do acompanhante durante o parto. Ressalta-se, na presente amostra, o predomínio do parto cesariana, em consonância com a realidade nacional. O Brasil ocupa a segunda colocação no ranking mundial de cesarianas, com percentual que chega a 56%, divergindo do que a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza, que é até 15%. Uma parte considerável dessas cesarianas é realizada de forma eletiva, sem fatores de risco que justifiquem a cirurgia, e antes do início do trabalho de parto. Em muitas cidades as condições de assistência ainda são desfavoráveis para o sucesso do parto vaginal, tanto no setor público como no privado (Da Silva *et al.*, 2020).

O parto normal é o mais aconselhado e seguro, devendo ser ofertados todos os recursos para que ele aconteça, haja vista que oferece reduzidos riscos de infecção, hemorragia e prematuridade do bebê, e em casos realmente necessários, podem ser oferecidos métodos não farmacológicos de alívio da dor e utilizadas intervenções como analgesia (Brasil, 2011). A seguir são trazidos alguns relatos das participantes sobre esse momento:

*“[...] Ai eles pegaram e me deram um monte de injeção nas costas que acho que é normal né, para fazer a cesariana [...]” (3).*

*“[...] Ai ele me encaminhou para cesárea [...] Quería, na verdade eu não queria normal, fiquei meio apavorada, ai cesárea pra mim seria mais tranquilo.” (8).*

No primeiro relato destacamos um movimento importante no sentido da naturalização de uma prática considerada desumanizadora. A administração de medicamentos não é explicada à parturiente, ou seja, ela acaba construindo uma inteligibilidade acerca da necessidade de tal procedimento, mas isso, não é explicado a ela, podendo ser considerado um movimento invasivo, uma vez que ela tinha, nesse momento, condições cognitivas e psíquicas para o recebimento de possíveis explicações ou comunicações acerca dos procedimentos que seriam executados.

Já no segundo relato encontramos um movimento que foi o da condução para a cesárea pelo profissional de saúde e a preferência por essa via de parto pela parturiente. Aventa-se que essa “preferência” seja, na verdade, o resultado da construção de uma cultura na qual há pouco espaço para o parto vaginal, reforçando argumentações que não apenas normalizam como

normatizam o parto cesárea. Três participantes nutriram o desejo de passar pela experiência de parto vaginal, mas não foi possível:

*“Querida (parto normal), mas estava com medo, aí preferi ter cesárea” (5).*

*“Quando foi 7h19 fizeram minha cesárea [...] Não ia adiantar porque não tava dilatando e não tava sentindo contração. [...] Ah, fiquei triste [...], mas aceitei” (1).*

*“Querer não queria não (cesariana), mas falaram que o feto era grande e tinha que ser cesárea [...]” (6).*

*“[...] Aí a doutora veio, deu o toque e viu que tinha 1cm de dilatação e disse também que não ia ter normal porque o bebê era muito grande” (7).*

Os movimentos em torno de uma prática considerada desumanizadora podem ser observados nesses relatos, que reforçam uma cultura na qual o parto vaginal acaba sendo preterido por diversos motivos, muitos deles explicitados à parturiente como condições que se apresentam no momento do parto. Embora haja contraindicações que possam se apresentar durante o parto, há que se destacar que nem sempre há um incentivo para que a mulher possa, de fato, protagonizar esse momento, podendo atentar-se ao seu corpo, às suas expectativas e ao modo como esse momento foi construído simbolicamente dentro da experiência da maternidade. A experiência anterior influenciou na escolha da via de parto, seja esta da própria gestante ou outrem (Silva *et al.*, 2020).

Contraopondo estes achados, um estudo realizado com 1.088 mulheres sobre os fatores associados ao parto normal e cesárea em maternidades públicas e privadas, em Belo Horizonte – MG, constatou-se que 55,1% das mulheres tiveram o parto por via vaginal. O fato infere que é possível a redução da soberania das cesarianas. Entretanto, os autores apontaram que mulheres com idade mais elevada, primigestas, que pariram os seus filhos em uma instituição da rede privada de saúde e que não possuíam acompanhantes tiveram chances de vivenciar um parto cesáreo com mais frequência (Silva *et al.*, 2020).

O que se percebe, de forma mais abrangente e enfatizado por essa investigação, é que o desejo das mulheres de terem seus filhos de forma natural, na maioria dos casos acaba não ocorrendo, cedendo espaço às intervenções médicas em grande parte desnecessárias. É imprescindível que profissionais especializados atuem em favor de um parto natural e humanizado. Para isso é sugestivo não apenas o acesso a capacitações apropriadas, mas também a construção de uma cultura do parto natural, o que atravessa não apenas uma mudança em relação às práticas de saúde mais tradicionais nesse campo, mas também a possibilidade de que essas parturientes sejam mais ouvidas e respeitadas nesse processo que, de fato, é protagonizado por elas.

O Ministério da Saúde tem capacitado enfermeiros que trabalham em maternidades, hospitais, centros de parto normal em enfermeiros obstetras, nos últimos anos. Esses profissionais estão aptos a realizar o parto normal de risco habitual (Conselho Federal de Enfermagem, 2016). Além disso, diversos serviços passaram a contar com enfermeiros obstetras e obstetras. O Ministério da Saúde tem procurado fortalecer a realização do parto normal, promovendo capacitações para os profissionais, além de ações educativas para as mulheres sustentarem a ideia do parto vaginal, minimizando medos e crenças construídas e transmitidas culturalmente por diversas gerações (Brasil, 2011). É necessário sempre retomar que a cesárea deve ser realizada quando houver necessidade, ou seja, quando a vida da mãe, da criança ou de ambas estiverem em risco (Zaiden *et al.*, 2020).

A operação cesariana traz benefícios a gestantes e recém-nascidos quando sua indicação é bem determinada. As altas taxas de cesárias são preocupantes pelo uso indiscriminado desse procedimento, o que pode trazer riscos para mães e recém-nascidos (Carvalho *et al.*, 2019). As ações educativas na atenção primária, além de informar as mulheres sobre a importância e benefícios do parto vaginal, devem também orientá-las sobre seus direitos que são assegurados por lei federal e estadual, como o direito de ser acompanhada por alguém de sua escolha no momento do parto (Rodrigues *et al.*, 2017).



A maioria das participantes do presente estudo não teve seu direito a um acompanhante garantido pela instituição. Além disso, demonstraram em suas falas que não tinham conhecimento sobre o direito do acompanhante, como exemplificado a seguir. Essas falas revelam importantes movimentos que estão na contramão da humanização, haja vista que deflagram aspectos como a falta de informação, a não garantia de direitos no momento do parto e também a naturalização de uma cultura na qual é dado pouco ou nenhum espaço para que a mulher possa questionar procedimentos ou mesmo receber informações pertinentes e adequadas às suas necessidades e condições:

*“Não, eu perguntei, mas disse que não podia [...] Que era pelo SUS e também se fosse particular também não tinha acompanhante.” (1).*

*“A minha mãe só na hora do parto que não [...] Eu queria, diz que é bom ter um acompanhante com você né, mas disseram que não poderia, pela rede pública disseram que não tem direito.” (4).*

*“Não, ninguém falou nada [...] Não também não perguntei, não sabia que podia.” (7).*

Em um estudo realizado em quatro hospitais da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, entre janeiro e julho de 2014, que teve por objetivo analisar a percepção das mulheres acerca do descumprimento da Lei do Acompanhante, com foco no seu direito constituído legalmente e nos sentimentos por elas vivenciados durante o parto e o nascimento, foi possível identificar o desconhecimento por parte das mulheres quanto ao teor da Lei do Acompanhante, assim como aos seus direitos (Rodrigues *et al.*, 2015). O presente estudo corrobora esses achados:

*“[...] Não! e eu também queria, a minha mãe também pediu ela disse que também é técnica de enfermagem, eles perguntaram se ela exercia a profissão. Ela disse que não que ela não podia exercer mais eles não deixou, falou que não podia, eles falaram que não tinham, sei lá, uma assistência pro acompanhante, eles falou isso mas agente pediu. [...]” (5).*

*“ [...] eles não deixaram meu esposo ficar, meu esposo insistiu, insistiu eles falaram que na sala só tinha mulher, aí eles falou assim que eu tinha que ficar sozinha as enfermeiras não deixou. [...]” (6).*

Esses relatos não são exclusivos da realidade local investigada no presente estudo. Ao não ter o direito respeitado e assegurado no equipamento de saúde um duplo movimento se instala: primeiramente o de um cenário que naturaliza a violação de direitos no contexto da assistência obstétrica e, ainda, o reforço de uma cultura na qual a mulher é confrontada em seu direito e em seu desejo, devendo ceder ao poder institucional e profissional para que possa ser atendida no equipamento de saúde.

Os profissionais regidos por normas e atribuições rotineiras não se adequam à nova realidade para oferecer e garantir esses direitos. Em estudo que investigou o cumprimento da Lei nº 11.108 de 2005 em território nacional, especialmente às dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde com relação à implementação da referida lei, comprovou-se o descumprimento da Lei do Acompanhante. Esse cenário desfavorável foi atribuído ao despreparo e desconhecimento dos acompanhantes sobre os seus direitos, à crença dos profissionais da saúde de que a população com baixa escolaridade e renda pode ser privada dos benefícios da lei e à falta de preparo dos profissionais da saúde para lidar com a humanização e assistência ao parto (Fenner & Kruehl, 2017).

### **3.2 Percepções vivenciadas no pós-parto**

Nesta categoria são relatados os sentimentos envolvidos no momento do parto. O medo e a felicidade foram os sentimentos que mais prevaleceram, embora tenham sido compartilhadas frustrações em relação a essa experiência:

*“Ah, foi bom, eu gostei, foi bom [...] Foi bom, mas teve a parte complicada também. [...] Não tive acompanhante [...]” (1).*

*“Ah, eu estava com muito medo de morrer porque eles ficavam falando. [...] Falando pra mim né se eu tinha costume de perder muito sangue[...] Ah, foi bom em parte por causa do meu filho mas fiquei meio traumatizada do que aconteceu [...]” (7).*

*“Te confesso antes de eu entrar fiquei com medo, mas logo que cheguei lá que a enfermeira me acalmou, a partir do momento que entrei na sala de cirurgia teve uma. Não sei se ela é enfermeira mas ela tranquilizou de mais ela me passou muita tranquilidade, partir daquele momento eu não senti mais nenhum medo, quem estava nervoso é quem estava lá fora, minha mãe e meu marido estava mais nervoso do que eu.[...] Antes medo e agora se fosse pra fazer tudo novamente eu faria porque eu adorei eu gostei muito, só vai demorar mais um pouquinho mais pra ter outro filho, mas eu gostei [...] assim tirando a cirurgia tudo, cada detalhe é uma parte importante é alegria é novidade muito bom.[...]” (4).*

Os relatos das participantes revelam experiências distintas. Para a primeira o parto foi significado como uma experiência cercada de medos e traumas, haja vista o modo como a assistência foi prestada e considerando as possíveis especificidades e complicações do seu caso. Nesse sentido, a assistência recebida não foi efetiva em acolher as dúvidas da parturiente e no sentido da construção de um ambiente seguro e de acolhimento diante das suas condições clínicas. Em contrapartida, na narrativa de outra participante observamos uma atitude da assistência que foi continente com os medos verbalizados pela parturiente: a ação da equipe de saúde, nesse sentido, foi capaz de tranquilizá-la para uma experiência de maior conforto, para a construção de uma atitude de maior confiança.

Estudo conduzido com puérperas evidenciou que a percepção das mulheres em relação às violências obstétricas é restrita, sendo fundamental a educação em saúde, principalmente durante o pré-natal, assim como mudanças no modelo de assistência obstétrica. O estudo também investigou os sentimentos envolvidos no momento do parto, evidenciando sentimentos como insegurança, o medo, dor e a felicidade (Oliveira & Merces, 2017). Os dados do presente estudo corroboram tais achados.

Assim como trazido pelas participantes do presente estudo, relatos que envolvem a dor e a felicidade também são frequentes na literatura científica. No entanto, cada mulher deve receber atendimento diferenciado, respeitando suas necessidades. As descrições do trabalho de parto e parto enfatizam, sobremaneira, o alívio pela superação da dor e a felicidade em poder ter o filho nos braços. Destaca-se, assim, que a vivência do trabalho de parto deve ser levada em consideração, pois traz repercussões à participação da mulher na parturição (Silva *et al.*, 2020).

Quando iniciam seu trabalho de parto as mulheres são tomadas por sentimento de insegurança e medo, o que faz com que elas abandonem, muitas vezes, a opção pelo parto normal, perdendo a autonomia para a escolha e aceitando o que é imposto para as mesmas, até mesmo disfarçado de diagnóstico de risco. Esses relatos também estiveram presentes neste estudo. Para que esse quadro se modifique as mulheres precisam conhecer sobre seus direitos, os riscos e benefícios dos partos cesáreo e normal para que tenham capacidade para escolher e entender quando realmente houver necessidade de intervenções (Reis *et al.*, 2017).

Embora a mulher possa decidir como será realizado o parto, é importante que haja apoio da equipe de saúde no sentido de reforçar o protagonismo da mulher. Essa equipe deve ser responsável não apenas por esclarecer à parturiente sobre as suas condições de saúde no momento do parto, mas também para promover a construção de uma cultura de incentivo ao parto natural, o que passa pela oferta de apoio informacional e também motivacional, haja vista a valorização do saber biomédico nesse contexto. É importante que esses profissionais tragam esclarecimentos e construam caminhos que tornem possível – e desejável – a escolha e a efetivação do parto natural.

O caminho para essa mudança está justamente na educação dos profissionais e instituições para com as parturientes, agregando conhecimentos e construindo competências para a mudança na assistência obstétrica prestada. Um pré-natal seguro,



informativo e com espaço para o acolhimento de dúvidas pode contribuir também para que o momento do parto possa ser vivenciado de modo saudável (Fenner & Kruehl, 2017). A experiência das participantes do presente estudo revelou falhas importantes tanto no processo informacional no pré-natal como no momento do parto, tendo como desfecho a não garantia de direitos como o da presença de um acompanhante nesse processo e mesmo do acolhimento de dúvidas e de promoção de um clima de conforto e segurança e emocional para a maioria das puérperas. Esses elementos podem e devem ser considerados na construção não apenas de novas práticas, mas da real garantia de uma assistência mais humanizada e integral.

#### 4. Considerações Finais

Este estudo evidenciou que a assistência prestada às mulheres durante todas as fases do parto está aquém do que é preconizado pelas leis e pelo que o Ministério da Saúde estabelece para um parto humanizado. Foi identificada a perambulação das pacientes em trabalho de parto, o predomínio do parto cesáreo, e o descumprimento da lei do acompanhante, além de sentimentos como medo para caracterizar o trabalho de parto e a felicidade em função de ter o filho nos braços. As participantes demonstraram, ainda, sentimento de frustração devido ao parto ou algum momento que antecedeu ou o sucedeu.

Faz-se necessário mais investimentos na saúde da mulher, em infraestrutura e principalmente na capacitação dos profissionais. A falta desses recursos é um fator limitante para a assistência prestada, haja vista que na cidade de Tangará da Serra não há maternidades públicas, casas de partos, nem salas de parto específicas para o parto normal.

Diante das limitações experienciadas no município, recomenda-se uma organização no fluxo de atendimento enquanto não se tem um hospital público com maternidade. Essa medida evitaria a perambulação das mulheres em trabalho de parto, salvo que essa condição pode acarretar riscos para o binômio. Destaca-se, ainda, a necessidade do fornecimento de informações para gestantes e seus acompanhantes, permitindo maior autonomia para a escolha.

A enfermagem tem um papel fundamental na educação em saúde realizada junto às gestantes, com ênfase na enfermagem obstétrica que é capacitada para atender às gestantes de baixo risco gestacional e realizar parto normal eutócico. Reafirma-se a importância de um parto humanizado e seguro tanto por fortalecer o vínculo de mãe e filho quanto pelo fato de ser essa uma recomendação notavelmente mais saudável e natural para ambos. Implementar propostas alinhadas a esses princípios deve ser uma ação coletiva tanto em termos da assistência em saúde como da garantia de direitos, vértices esses que se encontram integrados em uma perspectiva de cuidado humanizado.

#### Referências

- Bomfim, A et al. (2021). Women's perceptions about nursing care during normal delivery. *Rev baiana enferm.*; 35:e39087.
- Brasil (2000). Ministério da Saúde. Portaria N.º 569/2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, DF.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF.
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. Portaria N.º 1.459, de 24 de junho de 2011: Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS a Rede Cegonha. Brasília, DF.
- Carvalho, E R et al. (2019). Expectativa e experiência do processo parturitivo em mulheres atendidas em unidade básica de saúde. *Saúde e Pesqui.*; 12(3):545-554.
- Conselho Federal de Enfermagem (2016). Resolução COFEN N° 516/2016. Brasília, DF.
- Da Silva, D Z et al. (2020) Expoente sobre a prática de cesarianas no Brasil: análise a partir dos grupos de Robson. *Revista de Patologia do Tocantins*, 7(1):105-107.
- Fenner, P C e Kruehl, C S (2017). Presença do acompanhante durante o nascimento e os desafios dos profissionais de saúde. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*, Santa Maria; 18(1):73-83.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020). População estimada: Tangará da Serra no Estado de Mato Grosso. Rio de Janeiro, RJ.
- Katz, L et al. (2020). Quem tem medo da violência obstétrica?. *Rev Bras Saude Mater Infant.*; 20(2):623-6.

- Leite, M C P; Mendes, D CO & Mendes, P A (2020). Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres vítimas de violência obstétrica no médio norte Matogrossense. *Brazilian Journal of Development.*; 6(10):77230-77249.
- Melo, A A et al. (2020). Perfil de atenção ao parto em maternidade de risco habitual: tipo de parto e intervenções. *Res., Soc. Dev.*; 9(2):1-10.
- Minayo, M C S (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev. Pesq. Qualitativa*; 5(7):01-12.
- Oliveira, M C & Mercês, M C (2017). Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. *Rev. Enferm. UFPE on line. Recife*; 11(6):2483-9.
- Reis, T L R et al. (2017). Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.*; 38(1): e64677.
- Rodrigues D P, et al. (2015). A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Escola Anna Nery*; 19(4):614-620.
- Rodrigues, D P et al. (2017) O descumprimento da lei do acompanhante como agravado à saúde obstétrica. *Rev. Texto Contexto Enferm.*; 26(3): e5570015.
- Sena, L M (2017). Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Rev.Comunic. saúde educação*; 21(60):209-20.
- Silva, M R B et al. (2020). Tecnologias não invasivas: conhecimentos das mulheres para o protagonismo no trabalho de parto. *Rev Nursing*; 23(263): 3729-3735.
- Silva, T P R et al. (2020). Fatores associados ao parto normal e cesárea em maternidades públicas e privadas: estudo transversal. *Rev. Bras. Enferm. [Internet]*; 73(Suppl 4): e20180996.
- Tong, A; Sainsbury, P & Craig, J (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*;19(6):349-357.
- Vidal, A T; Barreto, J O M & Rattner, D (2021). Barriers to implementing childbirth recommendations in Brazil: the women's perspective. *Rev Panam Salud Publica*; 45: e17.
- Zaiden, L et al. (2020). Influência das características hospitalares na realização de cesárea eletiva na Região Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*; 36(1): e00218218.