

## Vivências no processo de parturição: antagonismo entre o desejo e o medo

Experiences on the childbirth process: antagonism between desire and fear

Experiencias en el proceso de parturición: antagonismo entre el deseo y el miedo

Selma Villas Boas Teixeira;<sup>1</sup> Caroline Fontes Campos de Souza Silva;<sup>2</sup> Leila Rangel da Silva;<sup>3</sup> Cristiane Rodrigues da Rocha;<sup>4</sup> Jessica Fernandes de Senna Nunes;<sup>5</sup> Thelma Spindola<sup>6</sup>

### Como citar este artigo:

SVB Teixeira, CFCS Silva, LR Silva, CR Rocha, JFS Nunes, T Spindola. Vivências no processo de parturição: antagonismo entre o desejo e o medo. Rev Fun Care Online. 2018 out/dez; 10(4):1103-1110. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1103-1110>

### RESUMO

**Objetivo:** Discutir a vivência de mulheres no processo de parturição. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, realizado em um Centro Municipal de Saúde no Rio de Janeiro, em 2015, com 17 mulheres com até 42 dias de pós-parto. Empregou-se a técnica de entrevista semiestruturada e a técnica de análise de conteúdo na modalidade temático-categorial. **Resultados:** As participantes são multíparas, o parto realizado em maternidades públicas, e não receberam orientação no pré-natal sobre a parturição. Sentiram-se acolhidas, relacionaram a dor das contrações uterinas ao sofrimento físico, durante o trabalho de parto tiveram a opção de ingerir alimentos e água, adotaram a posição de litotomia, e o parceiro participou como acompanhante. Os profissionais de saúde, todavia, assumiram uma postura de controle sobre seus corpos no processo de parturição. **Conclusão:** Os resultados ratificam a importância de os casais serem orientados sobre a gestação e o parto, para que possam vivenciá-los de forma ativa e segura.

**Descritores:** Parto humanizado, Trabalho de parto, Parto, Enfermagem obstétrica.

### ABSTRACT

**Objective:** To discuss the experience of women in the parturition process. **Method:** A descriptive, qualitative study conducted at a Municipal Health Center in Rio de Janeiro in 2015, with 17 women with up to 42 days postpartum. The technique of semi-structured interview was used, as well as the technique of content analysis in the thematic categorical modality. **Results:** Participants were multipara,

1 Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio).

2 Enfermeira residente em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Unirio.

3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Unirio.

4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Unirio.

5 Graduanda do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Bolsista permanência da Unirio.

6 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora associada do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

childbirth occurred in public maternity hospitals, and they did not receive prenatal orientation on parturition. They felt welcomed, related the pain of uterine contractions to physical suffering, during labor they had the option of ingesting food and water, adopted the lithotomy position, and the partner participated as companion. Health professionals, however, took a controlling stance on their bodies in the parturition process. **Conclusion:** The results confirm the importance of couples being oriented on gestation and childbirth in order to experience childbirth in an active and safe way.

**Descriptors:** Humanizing delivery, Labor obstetric, Parturition, Obstetric nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la experiencia de mujeres en el proceso de parturición. **Método:** Estudio descriptivo, cualitativo, realizado en un Centro Municipal de Salud de Rio de Janeiro, en 2015, con 17 mujeres con hasta 42 días de posparto. Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada y la técnica de análisis de contenido en la modalidad temático-categorial. **Resultados:** Las participantes son multiparas, el parto realizado en maternidades públicas, y no recibieron orientación en el prenatal sobre la parturición. Se sintieron acogidas, vincularon el dolor de las contracciones uterinas al sufrimiento físico, durante el trabajo de parto tuvieron la opción de ingerir alimentos y agua, adoptaron la posición de litotomía, y el compañero participó como acompañante. Los profesionales de salud, sin embargo, asumieron una postura de control sobre sus cuerpos en el proceso de parturición. **Conclusión:** Los resultados confirman la importancia de que las parejas reciban orientación sobre la gestación y el parto, para que puedan experimentar el parto de forma activa y segura.

**Descriptores:** Parto humanizado, Trabajo de parto, Parto, Enfermería obstétrica.

## INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é a vivência de mulheres no processo de parturição, sendo o parto considerado um processo fisiológico, individual e um evento social que integra o rol das experiências humanas mais significativas para as mulheres. Esse momento, por muitos anos, foi uma experiência vivenciada na esfera familiar e íntima para tornar-se uma prática institucional e regulada por políticas públicas. Com o passar do tempo esse ato natural, que requer cuidado e acolhimento, passou a ser visto como patológico, favorecendo a técnica medicalizada e impessoal.<sup>1</sup>

Esta mudança de paradigma pode ser evidenciada quando se constata o alto número de cesarianas realizadas no Brasil. Estudo revelou que a rede pública brasileira concentra 52% dos nascimentos de partos cesáreos, enquanto 88% ocorrem na rede privada.<sup>2</sup> Esse resultado evidencia que o nosso país tem dificuldades para alcançar as metas estipuladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no que concerne à realização de cesarianas. Este órgão recomenda que somente devam ocorrer 15% dos nascimentos por procedimento cirúrgico.<sup>3</sup>

No entanto, os motivos que justificam os altos índices de cesariana podem variar desde uma experiência negativa no momento do parto até a não realização de um parto natural planejado.<sup>4</sup> Um fator influenciador é o contexto cultural, como o medo de sentir dor, ter seu períneo deformado, dificultando a prática sexual, ou acreditar que, para um nascimento saudável, é necessário o auxílio de tecnologias avançadas. Desta forma,

as mulheres julgam que a cesariana é a melhor forma de parir, reforçando o modelo de assistência à saúde fragmentado, curativo e hospitalar.<sup>4,5</sup>

Para as mulheres que optam em parir de maneira natural, muitas se deparam com uma experiência diferente da idealizada, vivenciando o parto de maneira frustrante, pois necessitam se submeter às ordens dos profissionais de saúde quanto ao seu cuidado. Desta forma, abrem mão do seu protagonismo e vivenciam a parturição como um momento doloroso e, sobretudo, com muita ansiedade, por não terem sido preparadas para tal evento.<sup>6</sup>

Destaca-se a necessidade de os profissionais de saúde oferecerem às parturientes um cuidado humanizado e menos intervencionista, de modo a compreender como ela vivencia o processo da parturição, sem perder de vista as suas necessidades individuais, respeitando os seus direitos como cidadã, e promovendo a sua participação ativa e o poder de escolha sobre o seu próprio cuidado.<sup>6</sup>

Apesar do investimento do governo brasileiro voltado para a humanização do parto e do nascimento, é preciso capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde, com vistas à mudança no paradigma do modelo biomédico.<sup>7</sup> Faz-se necessário também que os profissionais compreendam e reconheçam que a maneira como eles acolhem e assistem as parturientes irá refletir diretamente na forma como elas vivenciam esse momento, considerado único na vida delas.

Considerando o exposto, delimitou-se como questão norteadora para este estudo: como as mulheres vivenciam o processo de parturição?

O presente estudo justifica-se pela constatação na literatura de que o cuidado oferecido à mulher na assistência pré-natal e no processo de parturição tem influência direta na forma como ela vivencia o seu parto, assim como na morbidade e na mortalidade materna e neonatal. Dessa forma, compreender como a mulher vivencia o processo de parturição, os fatores individuais e contextuais que se relacionam e fundamentam esse processo é relevante para a área da saúde da mulher.

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa cadastrado na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) intitulado “A saúde da mulher no ciclo vital: aspectos biológicos, culturais e sociais”, e contribui para as discussões no Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem na área da Saúde da Mulher e da Criança (NUPEMMC) do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Unirio.

## Objetivo

Discutir a vivência de mulheres no processo de parturição.

## MÉTODOS

Pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi a sala de espera de um Centro Municipal de Saúde (CMS) localizado no município do Rio de Janeiro, que pertencente à Área Programática (AP) 2.1. Participaram do estudo 17 mulheres puérperas.

As participantes estavam em um período de até 42 dias de pós-parto e atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, ter dado à luz por via vaginal ou cirúrgica não eletiva, a um ou mais recém-nascidos, em qualquer instituição de saúde, e estar em condições físicas e psicológicas para participar voluntariamente da pesquisa.

Para a captação das participantes foram inicialmente realizados questionamentos às mulheres sobre o tipo de parto e a idade do recém-nascido, com o propósito de atender aos critérios de inclusão. A coleta de dados foi realizada às segundas e quartas-feiras, dias programados pela Unidade de Saúde para a vacinação das crianças. Caso fosse confirmado, convidávamos para participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2015. Foram abordadas 33 puérperas. Destas, seis não participaram justificando o cansaço no pós-parto e/ou por falta de tempo para participar da pesquisa, face às demandas com o bebê e a casa. Cabe destacar que dez mulheres não atenderam aos critérios de elegibilidade por terem sido submetidas à cesariana eletiva.

A técnica para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. O roteiro continha perguntas abertas e fechadas que versavam sobre questões relativas às características sociais, reprodutivas e à vivência das mulheres no processo de parturição. As entrevistas tiveram duração aproximada de 30 minutos, sendo gravadas em mídia *player* MP3 com autorização prévia das participantes.

Foram, posteriormente, transcritas na íntegra, o que permitiu organizar os dados e lembrar a entrevista.

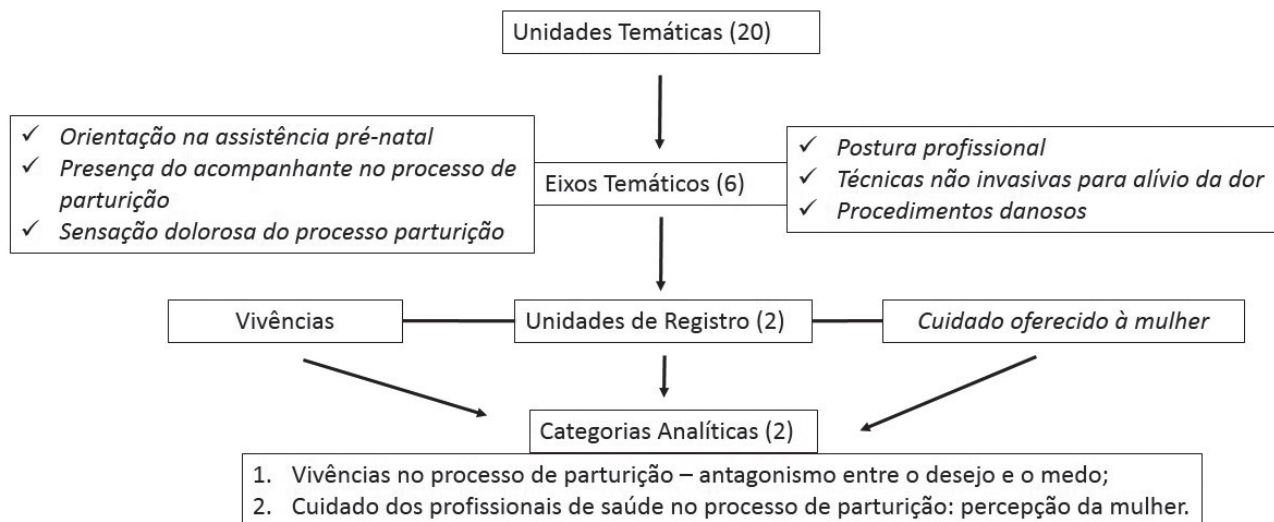
As entrevistas foram realizadas em sala reservada no próprio ambulatório, no intervalo da administração das vacinas. Com o propósito de garantir o anonimato, foram adotados códigos de identificação utilizando-se a letra P, seguida de numeração em ordem crescente (P01 a P17), conforme a realização das entrevistas. Todas participaram voluntariamente, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo na modalidade temático-categorial<sup>8</sup> atendendo às seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação, sendo que, neste estudo, a inferência estatística foi substituída pela unidade temática.

Na pré-análise, houve a preparação dos dados brutos, retomando constantemente o objeto de pesquisa, de forma que possibilitasse estabelecer as unidades de registro, identificadas como as vivências e o cuidado, para se extrair o *corpus* da pesquisa.

A segunda etapa da análise temática constou da exploração do material com o objetivo de agrupar os assuntos emergentes por aproximação; concomitantemente, realizamos a técnica de marcação das unidades de significação com canetas coloridas. Desse processo de codificação emergiram 20 unidades temáticas, seis eixos temáticos e duas categorias analíticas, conforme figura 1, a seguir.

**Figura 1** - Eixos temáticos, unidades de registro e categorias analíticas



Elaboração das autoras.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) sob o Parecer

nº 1.180.473. Os aspectos éticos foram respeitados, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização das participantes

Participaram da pesquisa 17 mulheres puérperas que estavam na faixa etária entre 18 e 38 anos de idade e moradoras da AP 2.1. A maioria (dez) autodeclarou-se da cor branca, quatro eram pardas e três negras. Entre as mulheres, dez viviam com o parceiro em união estável, duas eram casadas e cinco solteiras. Em relação à escolaridade, oito concluíram o ensino superior, quatro mulheres possuíam nível médio, três o ensino fundamental e duas o ensino fundamental incompleto. Quanto à ocupação, 12 estavam no mercado de trabalho. As profissões relacionadas foram: advogada, professora, profissional da comunicação, técnica de enfermagem, recepcionista, doméstica, diarista, servidora pública e babá. Dentre as cinco que não trabalhavam, uma exercia a função do lar e uma era estudante. As demais (três) estavam desempregadas.

Em relação ao histórico reprodutivo, dez eram múltiplas e sete primíparas. Entre as participantes, quatro tiveram vivências de abortos espontâneos e uma realizou um aborto inseguro. Quanto à via de parto, 12 tiveram parto vaginal. Em relação à idade gestacional, 16 entraram em trabalho de parto entre 37 e 40 semanas e uma com 36 semanas. Dentre as puérperas, cinco tiveram seus filhos em maternidades particulares, 11 em maternidades públicas e uma teve parto domiciliar planejado.

### Vivências no processo de parturição – antagonismo entre o desejo e o medo

As mulheres necessitam ter conhecimento e estar preparadas para vivenciar o processo de parturição como um momento de prazer e segurança, conforme as falas a seguir:

Eles [profissionais de saúde] orientam a gente muito bem. Eu fiz o meu pré-natal lá [na maternidade], eu tive palestras e várias informações. Para mim, o trabalho de parto foi tranquilo [...], sabia que a dor ia passar (P04).

Recebi informações sobre tudo que eu iria sentir durante o trabalho de parto, que eu poderia escolher a melhor maneira de ter meu bebê, sobre os métodos não farmacológicos e sobre direito à doula na maternidade pública (P14).

Outra participante afirmou que recebeu informações durante o pré-natal pelo profissional médico que a acompanhou na rede privada, sobre os riscos de uma cesárea desnecessária e os benefícios de um parto normal, conforme a fala a seguir:

Eu recebi orientações sobre o parto normal e a cesariana. [...]. Eu e meu marido optamos pelo parto normal e o médico respeitou a nossa decisão (P16).

Contrapondo esse fato, 11 participantes declararam não receber orientação no pré-natal sobre a parturição.

Eu tive meu bebê deitada, fazendo força. Só me deram essa opção, de parir deitada. Não falaram sobre outras formas para o parto normal (P11).

Não recebi nenhuma orientação sobre as técnicas [não farmacológicas] para melhorar a dor. Eu até vi a bola lá, mas já estava na cama sofrendo. Não me ofereceram em nenhum momento, de repente se tivesse sido oferecido, eu teria usado. Também não caminhei, fiquei a maior parte do tempo do trabalho de parto deitada (P01).

Acho que eles não sentiram necessidade em me orientar, só porque eu já tinha feito um parto normal e duas cesáreas. Fiquei deitada o tempo todo, nem me perguntaram se eu estava confortável [...]. Pedi comida, mas a médica disse que não era hora de comer. Eles acharam que eu estava muito segura de mim, só pode! (P15).

Outro aspecto que contribuiu de forma positiva na vivência do trabalho de parto e no parto foi a presença de um acompanhante da escolha da mulher. Neste sentido, 12 participantes foram orientadas a respeito desse direito na assistência pré-natal:

É meu direito! Sabia que tinha direito a acompanhante no trabalho de parto e no parto. Durante a visita à maternidade e durante o pré-natal soube que ia ter direito a acompanhante (P03).

No grupo de gestantes da Clínica da Família me falaram que eu tinha direito a ter um acompanhante, e que eu poderia escolher (P12).

Salienta-se que quatro participantes revelaram o desconhecimento sobre esse direito, percebendo a presença do acompanhante no momento do parto, como um benefício oferecido pela equipe de saúde.

Tive minha comadre durante todo o trabalho de parto, eles foram ótimos e autorizaram (P01).

Durante o trabalho de parto, o médico deixou meu marido ficar na sala comigo. Mas, depois que ele [o médico] disse que eu teria que fazer uma cesárea, ele mandou o meu marido sair (P17).

No que tange à escolha da mulher pelo acompanhante, nove referiram ter como preferência o parceiro, pai de seu futuro filho, conforme as falas que se seguem:

Escolhi meu marido. Foi ótimo [...], tem que ter alguém com a gente, pois você fica muito cansada, perde as forças, não tem vontade de fazer nada. Tem que ter ele para dar força (P06).



Ele [parceiro] me ajuda nas coisas [...], é um apoio, um conforto, uma segurança (P07).

A opção pelo parceiro também foi apontada pela participante que realizou o parto domiciliar planejado.

A decisão de ter filho em casa foi minha e o meu marido me apoiou. Tive o meu parceiro, meu companheiro, meu marido de todas as horas, e no trabalho de parto também (P13).

Em contrapartida, uma entrevistada revelou que o parceiro foi seu acompanhante por sua opção. Entretanto, o seu despreparo emocional frente à situação a deixou insegura e com medo, conforme relato a seguir:

Uma doula ou outra pessoa mais informada teria sido melhor que o meu marido. Porque ela [doula] conhece todo o processo [parturitivo] e passa mais confiança. [...]. Meu marido estava lá, segurou na minha mão, mas ele estava tão apavorado e inseguro que me deixou com medo (P05).

Entre as participantes, 14 demonstraram satisfação na vivência de seu parto. No entanto, nove mulheres destacaram que a dor resultante das contrações uterinas é desagradável.

Senti muita dor neste trabalho de parto. Nos outros, eu não senti isso! [...] Gostei de ter meu filho de parto normal, mas essa dor! Devia ser proibido parir sem anestesia (P05).

Não aguentava mais sentir dor, só queria que o meu filho nascesse logo. A dor é demais! Me falaram que iria sentir dor, mas foi demais [...]. Teria outro filho de parto normal, mas iria me preparar para isto (P17).

A participante que vivenciou o processo de parturição no domicílio afirmou ter tido uma experiência tranquila e segura no que tange às contrações, de acordo com a fala:

A dor na contração foi um processo natural [...], não sofri. Eu já sabia que aquilo ia acontecer. Então, preparei minha cabeça e deu tudo certo! Foi tudo muito natural. Instintivo (P13).

Três participantes afirmaram não ter tido prazer na experiência do processo de parturição e não gostariam de vivenciá-la em outras gestações. Para elas, o processo de parturição foi uma experiência dolorosa, sofridora e permeada pelo medo.

Não gostei. Não viveria isso de novo! Tive muito medo e detestei por causa da dor (P01).

Foi horrível, esse parto foi muito pior que o primeiro, porque eu já tinha passado por isso. Mas esse foi sofrido demais, a noite inteira com muita dor, uma contração atrás da outra, eu me contraía toda. Ninguém conseguiu me controlar (P05).

## O cuidado dos profissionais de saúde no processo de parturição: percepção da mulher

Quanto à assistência recebida pela equipe de saúde, prestada pelos profissionais nas instituições, a maioria (16) sentiu-se acolhida e satisfeita, conforme as falas a seguir:

Gostei muito do atendimento [...], fui tratada super bem, trataram dela [filha] muito bem (P01).

Eles [os profissionais] foram bem atenciosos, me deixaram despreocupada (P02).

Gostei do atendimento. Eles tiveram muita paciência porque eu sou muito nervosa. Gritei muito de dor, chorei [...]. Eles foram excelentes (P03).

Eles foram muito atenciosos, apesar de lá ter uma rotatividade de médicos muito grande. Todos os médicos que viram (*sic*) falar comigo [...] (P06).

Entre as mulheres entrevistadas, 11 foram atendidas na rede pública, cinco na rede privada e uma contratou uma equipe para realizar o parto domiciliar planejado.

Uma das participantes desejou vivenciar o processo parturitivo em uma maternidade pública, e não em uma clínica particular, embora tivesse direito por possuir plano de saúde, conforme a fala apresenta:

Apesar da minha família ter sido contra eu parir em um hospital público, eu sei que eu fiz a melhor escolha. Lá estavam profissionais capacitados, enfermeiras obstetras humanizadas e meus direitos garantidos. Me respeitaram, respeitaram a minha filha... Foi ótimo (P14).

Outra decidiu ter seu filho no domicílio, após ter conhecimento de que algumas amigas vivenciaram essa experiência.

Eu pesquisei muito na internet, ouvi muitos relatos, fui aos grupos de gestantes porque eu queria parto em casa. A equipe que eu escolhi me deu as orientações certas, na hora certa. Tive duas enfermeiras obstetras atendendo o meu parto em casa (P13).

Dentre as participantes, 12 tiveram partos por via vaginal e as demais (cinco) foram submetidas à cesariana por situação de risco obstétrico durante o processo parturitivo. Das mulheres que tiveram partos por via vaginal, nove pariram na posição de litotomia (decúbito dorsal), sendo percebida por elas como uma posição natural para esse momento. Afirmaram, também, que não foram oferecidas outras posições para dar à luz.

Uma mulher revelou que teve a opção de escolher a posição para ter seu filho, e optou pela posição de cócoras.

Eu estava me sentindo confortável sentada e acabei tendo meu bebê na posição de cócoras sustentada (P14).

Uma das participantes descreveu que, ao ser admitida na maternidade em período expulsivo, disse aos profissionais que possuía uma prótese de quadril. Diante desse problema de saúde, não foi oferecido a esta mulher outra posição mais segura ou confortável para parir, e ela se submeteu à posição escolhida pelo profissional que a assistia, conforme o relato:

Fiquei deitada, na posição do parto com as pernas erguidas. [...] Na verdade eu tinha medo de ter nessa posição porque eu uso prótese no quadril. Então a gestação inteira eu tive medo dela [prótese] desencaixar. Na verdade, não tinha essa opção [de parir em outra posição]. Nesta maternidade não tem essa opção (P08).

Ressalta-se que, no cartão de gestante dessa mulher, não havia registro da sua situação ortopédica. Entretanto, ela referiu ter recebido um atendimento excelente e demonstrado satisfação com tal cuidado no pré-natal e no parto.

No pré-natal não anotaram nada no meu cartão de gestante sobre a minha prótese [...]. Eles [profissionais] foram maravilhosos! Fui muito bem atendida e minha filha também. Foi ótimo (P08).

No que tange à adoção de práticas eficazes e que contribuem para a participação da parturiente no trabalho de parto, esse estudo revelou que dez mulheres fizeram uso das técnicas não farmacológicas para alívio da dor.

Eu só tomei banho de água quente, a bola não. [...] Eu preferi a água morna porque me acalmou um pouco. Ajudou bastante, porque na hora que vem a contração, a água morna dá um alívio, te dá sensação de menos dor. Não é que a dor não venha, mas é um pouquinho menor (P06).

A enfermeira ensinou ao meu marido a fazer massagem nas minhas costas [...]. Aquilo me ajudou muito. Ela ainda me orientou em um exercício de respiração (P12).

Caminei bastante, fiquei na água morna, fiz exercícios na bola, isso tudo com a minha doula (P14).

Seis participantes relataram que os profissionais as orientaram e ofereceram a possibilidade para que elas fizessem uso dessas técnicas; entretanto, elas não desejaram por desconhecimento dos benefícios de tais técnicas, conforme os relatos:

Eles [profissionais] falaram que tinha uma tal de bola, mas eu não quis não. [...] Para que isso? Não entendi nada [...] (P01).

Lá tinha banheira e chuveiro. Eles foram educados, me falaram que ia melhorar minha dor, mas não acreditei naquilo (P05).

No que diz respeito à ingestão de alimentos e água durante o trabalho de parto, cinco mulheres não tiveram essa opção durante o trabalho de parto, ficando restritas à ingestão hídrica, de acordo com as falas:

Não pude comer durante o trabalho de parto, só beber água. Só depois que eu ganhei ela que me deram um lanche (P03).

A médica falou que não estava na hora de comer nada e só podia beber água (P17).

Essas falas revelam o desconhecimento delas em relação à ingestão de alimentos durante o trabalho de parto, além de não fazer parte da rotina da instituição.

Das 12 mulheres que tiveram filhos por via vaginal, cinco foram submetidas à episiotomia. Dessas, quatro foram esclarecidas quanto à realização do procedimento no momento do parto; entretanto, uma participante desconhecia a realização desse procedimento em seu corpo.

Eu acho que precisou fazer esse corte [episiotomia], porque eu levei cinco pontos. Então ele deve ter feito (P01).

O processo de parturição pode ser vivenciado como uma experiência prazerosa ou traumática em decorrência de diversos fatores que podem influenciar a forma como a mulher vivencia o seu parto. Dentre eles estão: as experiências anteriores da própria mulher ou de seus familiares, o contexto social em que ela vive e seu entendimento sobre a parturição, a partir do cuidado recebido pelos profissionais de saúde no ciclo gravídico-puerperal.<sup>9</sup>

Neste sentido, a assistência pré-natal deve ser multiprofissional, acolhedora e incluir atividades educativas para desmistificar crenças e tabus a partir da reflexão e da construção de saberes a respeito desse período.<sup>4</sup> Os relatos das participantes evidenciaram a falta de orientação, que refletiu negativamente em seus corpos e no desconhecimento de seus direitos. Fato que sugere a ausência de ações para o empoderamento da mulher, a fim de viver o seu parto como protagonista, participando de forma ativa desse momento.<sup>10</sup>

No que tange à vivência da dor expressa pelas mulheres, esta pode influenciar de forma negativa no processo de parturição, uma vez que na cultura ocidental este momento está associado ao medo, à dor e ao sofrimento.<sup>4,11-13</sup> Portanto, esses sentimentos permeiam a percepção das mulheres frente a este processo, sustentado a um estereótipo que a sociedade construiu e tem influência, especialmente nas que ainda não vivenciaram esse momento.<sup>18</sup>

Ademais, deve-se considerar que a dor é uma experiência pessoal e subjetiva, que pode ser influenciada pelas informações do meio sociocultural em que a mulher esteja inserida, pela evolução do trabalho de parto, pelas orientações recebidas na assistência pré-natal e durante o trabalho de parto. A dor, então, pode ser vivenciada diferentemente por cada uma das parturientes.<sup>14</sup>

Considera-se que, para a mulher vivenciar o parto como um evento natural e prazeroso, é preciso capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde para que possam propiciar subsídios teóricos às mulheres, no sentido de instrumentalizá-las para este momento, de forma plena e segura.

Os resultados apontaram que a maioria das participantes teve acompanhante durante o processo de parturição. No entanto, algumas perceberam essa presença como um benefício oferecido pelos profissionais de saúde, e não como um direito assegurado por uma Lei Federal.<sup>15</sup> Ressalta-se que as informações recebidas durante a assistência pré-natal são oportunidades de troca de conhecimentos e experiências, especialmente entre os enfermeiros, as gestantes e seus acompanhantes, em que devem ser abordadas questões como os benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante.<sup>16</sup>

Dessa forma, o pré-natal é uma ferramenta fundamental para promover o empoderamento da mulher, permitindo a ela assumir o controle do processo de parturição.<sup>3,10</sup> Além disso, sabe-se que a presença do parceiro durante o processo de parturição promove maior confiança e tranquilidade. Influi na redução da duração do trabalho de parto, diminuição do uso de analgesia e construção do vínculo familiar entre pai e o filho.<sup>16</sup>

Neste estudo a maioria das participantes optou pela presença do parceiro no processo de parturição. Entretanto, sabe-se que o homem também necessita ser esclarecido para que possa contribuir de maneira ativa e segura neste período.<sup>10</sup> Por muitos anos, em nossa sociedade, o papel do homem/pai de família estava restrito à função de provedor do lar, e, dessa forma, o homem entendia que cumpria seu papel social.<sup>17</sup> Com o passar dos anos surgiram ações e políticas públicas que têm por finalidade assegurar a participação do homem nos diversos âmbitos da saúde da mulher. O exemplo disso foi a sua inserção no cenário do processo de parturição, com a função de acompanhar e apoiar de forma ativa sua parceira, vivenciando o nascimento do seu filho.<sup>18</sup>

Faz-se necessário que a atenção à saúde no processo de parturição apoie-se em um cuidado integral, voltado para a individualidade, e que atenda às necessidades de cada mulher.<sup>3</sup> Logo, o cuidado oferecido pelos enfermeiros na assistência pré-natal na perspectiva da educação em saúde é instrumento fundamental para a melhoria da vivência no processo de parturição.<sup>19</sup>

A maioria das entrevistadas sentiu-se acolhida e satisfeita com o cuidado prestado pelos profissionais de saúde. Pode-se afirmar que essa percepção contribuiu para ela se sentir segura no processo de parturição.<sup>20</sup> Todavia, podemos constatar que, apesar deste resultado, os profissionais de saúde assumiram uma postura de controle no trabalho de parto e no parto, deixando a mulher submissa às rotinas hospitalares e às ordens dos profissionais, tornando-as objeto de suas ações.

A OMS recomenda que a mulher escolha livremente a posição que lhe ofereça mais conforto durante o trabalho de parto e o período expulsivo.<sup>3</sup> Cabe ao profissional

de saúde oferecer todas as possibilidades e estimulá-la na escolha que melhor a satisfaz. No entanto, a posição de litotomia foi a escolhida pelos profissionais por ser a mais cômoda, não dando a oportunidade de escolha à mulher, que referiu esta prática como natural do parto.<sup>21</sup>

Esta situação demonstra o grande paradoxo que as questões de saúde representam, pois, de um lado, temos as políticas públicas que definem o que deve ser considerado um cuidado integral às mulheres, e, por outro, as usuárias não percebem o quanto esse cuidado é pouco acolhedor e deficiente. Neste sentido, resgata-se que o acolhimento é uma das diretrizes da Rede Cegonha, que visa ampliar e fortalecer o acesso das mulheres aos serviços de saúde de forma integral, realizando um atendimento com resolutividade às necessidades de saúde do binômio mãe-filho.<sup>10</sup>

Os diversos manuais técnicos de modelo de parto e nascimento no Brasil, tão bem redigidos e espelho para outros países, estão pautados na humanização do cuidado e deverão fazer parte do cotidiano dos profissionais que atuam na rede pública e privada. No entanto, a rígida e arcaica postura de alguns profissionais pode ser um obstáculo para que as mulheres não sejam protagonistas do seu parto.

Técnicas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto, como banho de imersão com água morna, orientação de respiração e relaxamento muscular, fazem parte do apoio emocional e são práticas ditas como tecnologias leves de cuidado, sem custo à instituição e que promovem um maior conforto para as mulheres. Esta realidade deveria ser colocada em prática pelos profissionais de saúde de forma sistematizada em todo o território nacional, independentemente da classe social. Ademais, devem ser apresentadas às gestantes durante as atividades de educação em saúde.<sup>4,14,19</sup>

Em contraponto, a oferta de líquidos e alimentos por via oral deveria ser estimulada entre as parturientes de risco habitual. No entanto, algumas participantes referiram dieta zero. A reposição de energia para garantir o bem-estar da mãe e do feto no trabalho de parto é uma demanda que deve ser considerada, tendo em vista o gasto calórico, e faz parte do protocolo de assistência no processo de parturição.<sup>21</sup>

As boas práticas devem ser o guia condutor de todos os profissionais de saúde que atuam no ciclo gravídico-puerperal, de forma a nortear suas ações. Considera-se que o registro no prontuário e no cartão da gestante pelos profissionais de saúde seja de suma importância para informar os eventuais problemas de saúde que possam influenciar este processo, evitando riscos obstétricos que possam culminar em um desfecho desfavorável. Neste estudo observou-se que, durante o acompanhamento pré-natal de uma mulher, os profissionais não informaram um problema ortopédico grave no cartão da gestante, fato que poderia culminar em risco materno e neonatal.<sup>3</sup>

Ademais, os resultados revelam que o fato de as participantes residirem na Zona Sul do Rio de Janeiro e possuírem ensino médio e superior não lhes garantiu autonomia para participar ativamente e optar sobre a melhor maneira de parir.<sup>13</sup> A falta de educação em saúde no pré-natal,

os modelos pessoais e familiares positivos para seguir e o não respeito pela sua individualidade fizeram com que as parturientes ficassem submissas às ações perpetradas pelos profissionais, não reconhecendo essa atitude como uma violência obstétrica.<sup>1,19</sup>

Acredita-se, então, que mulheres e homens necessitam ser empoderados ao longo de suas vidas, por meio de ações educativas que devem fazer parte do conteúdo de ensino fundamental e médio, assim como na assistência pré-natal, para que possam vivenciar o processo de parturição sem medo e sofrimento, associando-o a um momento de prazer e de autonomia, a fim de que a mulher possa protagonizar o seu parto.

## CONCLUSÃO

As participantes do estudo vivenciaram o processo de parturição de forma prazerosa e segura. Este sentimento de satisfação é associado ao acolhimento e ao cuidado recebido pelos profissionais de saúde no ciclo gravídico, assim como à presença do acompanhante, independentemente de terem sido assistidas na rede pública ou privada.

O medo e a dor fizeram parte do processo de parturição das participantes, sendo relacionado ao sofrimento, como também foi revelada a postura dos profissionais de saúde, que assumiram o controle sobre o corpo das mulheres. Portanto, esta pesquisa reforça o pensamento de que as mulheres necessitam ser empoderadas ao longo da vida, especialmente no pré-natal, para que possam desmistificar o trabalho de parto e o parto como uma experiência pautada na dor e no sofrimento, e possam vivenciá-lo de forma satisfatória, ativa, protagonizando o seu parto.

Ademais, os resultados sinalizam a relevância do enfermeiro no pré-natal, oferecendo um atendimento individualizado, holístico, com a finalidade de instrumentalizar os casais sobre o cuidado não intervencionista e as possibilidades do emprego de tecnologias leves durante o parto. Para tanto, é necessário que os profissionais sejam sensibilizados para atentar às necessidades individuais das mulheres e de seus familiares, na perspectiva da integralidade e da equidade, a fim de empoderá-los para a vivência de um processo parturitivo exitoso.

## REFERÊNCIAS

1. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29(11):2287-96.
2. Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(supl.1):S5-S7.
3. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília: OMS; 1996.
4. Bittencourt F, Vieira JB, Hidalgo ACCA. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. *Cogitare Enferm.* 2013; 18(3):515-20.
5. Vasconcelos MFF, Nicolotti CA, Silva JF, Pereira SMLR. Entre políticas (EPS – Educação Permanente em Saúde e PNH – Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)* 2016; 20(59):981-91.
6. Silva U, Fernandes BM, Paes MSL, Souza MD, Duque DAA. O cuidado de Enfermagem vivenciado por mulheres durante o parto na perspectiva da humanização. *Rev Enferm UFPE.* 2016; 10(4):1273-9.

7. Reis CSC, Souza DOM, Nogueira MFH, Progianti JM, Vargens OMC. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. *J. Res.: Fundam. Care.* Online 2016; 8(4):4972-79.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
9. Matão MEL, Miranda DB, Costa BP, Borges TP. A visão médica do parto domiciliar: factível ou utópico? *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2016; 6(2):2147-55.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Siebra MA, Brito RC, Monteiro DMS, Monte NL. A dor do parto normal: significados atribuídos pelas puérperas usuárias do SUS. *R. Interd.* 2015; 8(2):86-93.
12. Almeida NAM, Medeiros M, Souza MR. Sentidos da dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. *Rev. Min. Enferm.* 2012; 16(2):241-50.
13. Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. A escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36(esp):119-26.
14. Medeiros J, Hamad GBNZ, Costa RRO, Chaves AEP, Medeiros SM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor no parto: percepção de puérperas. *Revista Espaço para a Saúde* 2015; 16(2):37-44.
15. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, introduzindo o direito ao acompanhante de escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. *Diário Oficial da União* 8 abr. 2005; Seção 1: 1.
16. Brüggemann OM, Ebsen ES, Ebele RR, Batista BD. Possibilidades de inserção do acompanhante no parto nas instituições públicas. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2016; 21(8):2555-64.
17. Cúnico SD, Arpini DM. A família em mudanças: desafios para a paternidade contemporânea. *Rev. Pensando Fam.* 2013; 17(1):28-40.
18. Moreira APA, Nunes IM, Almeida MS, Santos ACC. Preparo paterno para serem acompanhantes no trabalho de parto. *Enfermagem Obstétrica* 2015; 2(1):3-8.
19. Progianti JM, Costa RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(2):257-63.
20. Velho MB, Santos EKA, Brüggemann OM, Camargo BV. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(2):458-66.
21. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo Assistencial da Enfermagem Obstétrica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2013.

Recebido em: 13/03/2017

Revisões requeridas: Não houve

Aprovado em: 31/03/2017

Publicado em: 05/10/2018

**Autora responsável pela correspondência:**

Selma Villas Boas Teixeira Correio

EEAP/DEMI – Rua Dr. Xavier Sigaud, 290

Urca, Rio de Janeiro - RJ

CEP: 22.290-180

E-mail: <selma.villasboas@globo.com>