




Rogério Rodrigo RAMOS**
 <https://orcid.org/0000-0003-1977-4172>

EXPERIÊNCIA DE MULHERES DIANTE DA VIVÊNCIA DO PARTO VIA VAGINAL: COMPREENSÃO DA REALIDADE*


Jussara B. Batista GONÇALVES***
 <https://orcid.org/0000-0003-3136-7932>


THE PERCEPTION OF WOMEN FACE TO VAGINAL DELIVERY EXPERIENCE: UNDERSTANDING OF REALITY


Thaís Fernanda Q. de SOUZA****
 <https://orcid.org/0000-0002-1860-6698>

RESUMO

A gestação e o parto são episódios biopsicossociais envoltos em valores culturais, sociais, emocionais e afetivos. Até o século XVIII, o parto era visto como um ritual íntimo realizado no próprio domicílio com auxílio das parteiras. A partir daí, o parto e o nascimento passaram a ser vistos como um processo médico. A compreensão da realidade diante da experiência das mulheres que passaram pelo parto via vaginal foi o objetivo principal da pesquisa. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, foram entrevistadas 9 mulheres no seu próprio domicílio que tiveram parto via vaginal no período de janeiro a dezembro de 2018. Após concordância e entendimento entre as partes, a entrevista foi gravada e a análise dos dados se deu por meio do método da teoria fundamentada. As mulheres relataram que foram submetidas a medidas intervencionistas sem seu consentimento como: manobra de kristeller, episiotomia de rotina, posição de litotomia, desrespeito e dor. O momento do parto se tornou uma experiência negativa em todos os relatos, pôde ser evidenciada a falta de humanização, de ambiência e a negligência sofrida pelas mulheres no processo parturitivo. As falas revelaram que as mulheres são tidas como sujeitas submissas e passivas de procedimentos convencionais rotineiros sem comprovação científica, sua privacidade e intimidade são desvalorizadas tornando a experiência do parto via vaginal negativa, dolorosa e frustrante. Portanto, esforços no sentido da humanização do parto precisam ser ampliados para que esse momento seja legítimo e prazeroso para a mulher.

Beatriz Gregório PEDRO*****
 <https://orcid.org/0000-0002-1679-4357>

Bruna Santana de SOUZA*****
 <https://orcid.org/0000-0001-5047-5280>

Maria Eduarda O. NOGUEIRA*****
 <https://orcid.org/0000-0002-0295-8947>

Recebido em: 10 de março de 2021

Aprovado em: 12 de maio de 2021

Palavras-chave: Parto humanizado. Trabalho de parto. Pesquisa qualitativa. Parto vaginal.

ABSTRACT

Pregnancy and delivery are biopsychosocial events surrounded with cultural-social-emotional- affective values. Until century XVIII, delivery was seen as an intimate ritual people had in their own homes with the help of midwives. From then on, delivery and birth started to be seen as medical procedures. The understanding of reality from women who experienced vaginal delivery was the main purpose of this study. It is a descriptive study with a qualitative approach, 9 women were interviewed in their home, they had vaginal delivery in the period from January to December 2018. After the compliance and agreement of the parts, the interview was recorded and data analysis was subjected to interventionist measures without their consent such as: kristeller maneuver, routine episiotomy, lithotomy position, disrespect, and pain. The delivery moment was a negative experience for all of them, the lack of humanization and ambiance as well as negligence suffered by the women for the parturition process was evident. Reports revealed that women were taken as submissive and passive subjects of routine conventional procedures with no scientific evidence, their privacy and intimacy are depreciated which makes the vaginal delivery experience to be negative, painful, and frustrating. Therefore, there must be an increase in the efforts regarding delivery humanization in order to provide a legitimate and pleasant moment for women.

Keywords: Humanized birth, Labor, Qualitative Research, Vaginal Delivery.

* Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Centro Universitário de Santa Fé do Sul/SP - Pibic/Unifunec

** Doutor, Docente da Universidade Brasil – UB e do Centro Universitário de Santa Fé do Sul – SP, UNIFUNEC, rogerio.enfer@gmail.com

*** Mestre, Docente do Centro Universitário de Santa Fé do Sul – SP, UNIFUNEC, jsarabritto@gmail.com

**** Mestre, Docente do Centro Universitário de Santa Fé do Sul – SP, UNIFUNEC, thaisafqsouza@hotmail.com

***** Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário de Santa Fé do Sul – SP, UNIFUNEC, beatrizzgp@outlook.com

***** Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário de Santa Fé do Sul – SP, UNIFUNEC, brunasantana@outlook.com

***** Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário de Santa Fé do Sul – SP, UNIFUNEC, dudanogueira74@gmail.com



1 INTRODUÇÃO

A gestação e o parto são episódios biopsicossociais que compõem um processo de passagem de mulher para o de mãe e são baseados em valores culturais, sociais, emocionais e afetivos. O parto era visto como um ritual realizado no próprio domicílio, com auxílio das parteiras até o século XVIII, porém, a partir desse período, iniciaram-se algumas tentativas de controle do fenômeno biológico por parte da obstetrícia. A partir daí, o parto e o nascimento passaram a ser vistos como um processo médico e a mulher deixou de ser a protagonista desse momento (ZANARDO *et al.* 2017).

Para esses mesmos autores, um aumento no índice de cesáreas realizadas indica grande relevância do assunto tratado, considerando que a maioria das gestações é considerada fisiológica, o parto por via vaginal seria o mais indicado e conduzido de maneira humanizada. Contudo, a cesárea é a opção mais escolhida atualmente, tanto pelo médico quanto pela própria gestante.

Zasciurinski (2015) afirmou em seus estudos que 25% das mulheres sofrem com a violência obstétrica e que o momento do parto, considerado como o dia mais importante da vida da mulher, com o nascimento de seu filho, torna-se uma experiência traumática.

Em outras pesquisas, Silva *et al.* (2014) relataram em seus estudos que uma a cada quatro mulheres sofrem com violência no parto e conceitua como qualquer ato ou intervenção que atinja a mãe e o bebê sem seu consentimento e que possa gerar desrespeito a sua autonomia, a sua dignidade, que afete sua integridade física, mental e, principalmente, seus sentimentos. Esses mesmos autores afirmam ainda que foram comprovados, pelo teste de violência obstétrica, altos índices de casos relatados por mulheres que passaram por esse problema e por estarem insatisfeitas com a qualidade do cuidar dos médicos e do cuidar hospitalar para o nascimento de seu filho.

O Ministério da Saúde criou a Portaria 569/2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, visando ao respeito e dignidade humana, sentimentos e escolhas de todas as mulheres para que, dessa forma, os índices de mortalidade possam reduzir e olhar, holisticamente, para gestantes, parturientes e puérperas.

Por meio dos direitos legais, o ato de quaisquer práticas desrespeitosas e abusos durante todo o processo até após o nascimento do bebê pode ser entendido como uma violação dos direitos humanos, podendo acarretar ação judicial. Dessa forma, é de responsabilidade dos profissionais da saúde que estes apliquem todos os seus conhecimentos científicos no cuidar

individual para que haja um vínculo maior com a paciente, demonstrando respeito, força e compreensão em todo o ciclo gravídico puerperal da mulher (SILVA *et al.*, 2014).

De acordo com Pereira *et al.* (2018), estudos mostraram que há necessidade de facilitar o acesso das mulheres a práticas que promovam melhores experiências às parturientes e recursos mais fisiológicos e humanizados e menos tecnicistas durante o parto. Ainda relataram que a assistência durante o parto deve ter um envolvimento entre conhecimentos, práticas e atitudes, visando à promoção do parto, a um nascimento saudável, além da prevenção de morbimortalidade materna.

O ponto de partida desta pesquisa se deu pelo seguinte questionamento: O processo de trabalho de parto é respeitado de acordo com a individualidade de cada mulher? Considerando a hipótese de que a violência obstétrica acontece com frequência por profissionais em suas atividades técnicas e que as questões culturais e a individualidade da mulher permanecem à margem das prioridades no processo do trabalho de parto, a busca pela compreensão da realidade diante da experiência das mulheres que passaram pelo parto via vaginal foi o objetivo principal deste estudo.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa realizada por meio de um estudo de campo. Utilizou-se a análise de conteúdo, inserido de acordo com a modalidade de análise temática, possibilitando assim a interpretação dos discursos das participantes, como argumenta Minayo (2000, p. 208) “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”.

Como instrumento para coleta dos dados, foi aplicado um questionário semiestruturado, contendo dados sociodemográficos que foram preenchidos pelas autoras, enquanto que a entrevista, em profundidade se deu por meio de um diálogo gravado. Os dados obtidos foram agrupados utilizando-se da transcrição das respostas obtidas por meio das perguntas abertas. Na análise das informações, os dados foram agrupados por ordem de semelhança entre as respostas e a análise dos dados se deu por meio do método da teoria fundamentada, que visa compreender e explicar como os indivíduos definem a sua realidade, e como agem em relação as suas crenças e realidades (POLIT, 2004).

O estudo foi aprovado em um programa de bolsa de iniciação científica (Pibic) e, por se tratar de uma pesquisa de campo, o projeto inicial foi submetido ao Comitê de ética em pesquisa e aprovado de acordo com o parecer: 3.892.115 / CAAE: 25716319.7.0000.5428. O local da pesquisa se deu em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma cidade do interior paulista. Para a seleção do local em que foram coletados os dados, foi necessário o auxílio da Secretaria Municipal de Saúde após assinatura do termo de anuência institucional (TAI). Assim foram disponibilizados os dados de mulheres cadastradas por meio do sistema de informações. Desse modo, a ESF selecionada apresentou um maior número de mulheres cadastradas que tiveram parto via vaginal referente ao ano anterior à realização da pesquisa.

Para os critérios de seleção, foram incluídas mulheres que passaram por um parto via vaginal, no período de janeiro a dezembro de 2018, pertencentes à ESF selecionada, que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas da pesquisa mulheres não pertencentes ao território da unidade selecionada, as que não realizaram o parto no período pré-estabelecido; as que não aceitaram assinar o TCLE e as que não estavam presentes no período da coleta de dados. Também, por motivos éticos, foram excluídas mulheres que tiveram natimortos ou que não estão mais com o filho vivo. Portanto, foram selecionadas para a amostragem da pesquisa nove mulheres.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao perfil das puérperas, a tabela abaixo apresenta os dados relativos à idade, escolaridade, estado civil e quantidade de gestações.

Tabela 1 - Características das participantes em relação aos dados sociais das mulheres entrevistadas.

Participantes	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Gestações
1	36	Superior completo	União estável	2
2	26	Fundamental completo	Casada	2
3	27	Fundamental completo	Solteira	4
4	21	Fundamental completo	Solteira	1
5	31	Superior incompleto	Casada	1
6	31	Médio completo	Casada	2
7	25	Superior incompleto	Casada	1
8	25	Médio completo	Casada	1
9	35	Pós graduação	Casada	1

Fonte: Das próprias autoras.

Durante os relatos, foram evidenciadas duas temáticas: intervenções desnecessárias e negligência na humanização do parto.

3.1 INTERVENÇÕES DESNECESSÁRIAS

Foram citados alguns procedimentos realizados de forma rotineira nos partos, mas que deveriam ser evitados, de acordo com as orientações da OMS (Organização Mundial da Saúde) e do Ministério da Saúde, sendo eles: a episiotomia, manobra de parto via vaginal e posição de litotomia ou ginecológica, que foram relatadas pelas entrevistadas.

“E não foi nem ele que fez meu parto, foi a enfermeira [...], acabou comigo, por causa que na hora de ter ela passou o bisturi e disse tava cego, e eu com dor e ela disse “eu vou dar anestesia”, e deu anestesia e parece que não pegava aí ela cortou “e faz força com o nenê ta vindo”, ela tava mais perdida do que eu, aí vai daqui dali, foi costurar aí costurou um lado que não tinha anestesia, aí foi lá e deu outra anestesia, ela costurou eu igual costura porco, dava aqueles pontão, depois a cicatrização foi difícil, era difícil até pra fazer cocô. É lógico que ela fez o toque porque pra fazer o pique tem que fazer o toque, não deu nada mas a gente fica complexada. Nunca mais!”

“Mais ou menos 3h da manhã fui para o centro cirúrgico porque já estava com uma dilatação boa [...] só que durante esse processo, antes do nascimento, ela disse que teria que dar o pique, então ela deu o pique pro nascimento do bebê. Mesmo eu fazendo toda a força, ela teria que dar o pique. Aí ela deu, eu fiz a força e foi mais rápido.”

“Não, foi complicado, eles me deram o pique, só que o nenê não saía, ele ficou uma hora pra sair.”

“Não. Só o pique no primeiro, no segundo não precisou, mas teve consentimento sim. E o pique deu anestesia, mas ainda senti, não deu tempo de pegar né.”

A episiotomia é uma incisão realizada na região do períneo a fim de ampliar o canal de parto, devendo ser realizada em casos restritos, sendo estes: parto prematuro, disfunção pélvica, parto cirúrgico vaginal, macrosomia ou risco de laceração perineal grave, distócia de ombro e o sofrimento fetal, fatores esses que podem ser avaliados previamente (CARNIEL; VITAL; SOUZA, 2019).

Desse modo, infere-se que a realização sem autorização da mulher caracteriza-se como uma violência obstétrica, já que esta é uma mutilação genital que agride a integridade e autonomia da mulher, de forma desumana. Assim, os dados do presente estudo contrapõem esses achados, já que as entrevistadas relatam que houve consentimento, antes da realização do procedimento, mas sem que houvesse uma discussão prévia entre parturiente e equipe ou, ao menos, uma preparação psicológica (CAMPOS *et al.* 2020).

Ainda para os mesmos autores, algumas práticas rotineiras como a episiotomia podem trazer danos irreversíveis ao períneo e, além disso, essa intervenção, quando desnecessária, interfere na autonomia da mulher sobre o seu próprio corpo, causando experiências traumáticas e negativas em relação ao processo de parturição. Vale ressaltar ainda que não há evidências que justifiquem os benefícios da episiotomia de forma rotineira.

As mulheres que são submetidas a esse procedimento desconhecem o conceito e sua necessidade, sendo orientadas de forma inadequada pelos profissionais, com o propósito de induzi-las a aceitarem sem entender do que se trata, alegando ser necessário, demonstrando imprudência da equipe de saúde. Dessa forma, cria-se uma cultura para as mulheres em relação a essa prática como algo normal que deve ser realizado com o intuito de minimizar complicações (CARNIEL; VITAL; SOUZA, 2019).

Portanto, observou-se que as participantes do presente estudo compreendem o ato da episiotomia como um procedimento indispensável para o parto, diminuindo o tempo de expulsão do feto e evitando lesões perineais. Contrapondo essas razões incertas, a justificativa de que a episiotomia resulta em uma menor taxa de laceração é inválida. Estudos apontam que não há consenso sobre o uso da episiotomia como fator protetor de traumas perineais (OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA, 2020).

Contrariando essa prática, estudos apontam que mulheres que não foram submetidas à episiotomia tiveram lacerações de grau 1 e 2, consideradas leves e de fácil correção, enquanto que outro estudo correlacionou o uso da episiotomia com o risco elevado de trauma do esfíncter anal (SOUZA *et al.* 2020).

Outro achado discrepante, relacionado às práticas convencionais e encontrado nos relatos das participantes, foi a manobra de Kristeller que é utilizada em casos de sofrimento fetal, falta de progressão do trabalho de parto. Contudo a prática deste procedimento é controversa por colocar em risco a saúde materna e fetal e, no caso de sua realização, a atenção ao binômio deve ser redobrada (SOUZA *et al.* 2020).

“O primeiro o que eu não gostei foi aquele tal de subir em cima da gente né.”
“Sem meu consentimento não, mas o procedimento que eu senti medo foi hora de empurrar o neném porque eu já tinha lido algumas coisas que eu sabia que não era bom para o neném, aí teve o pique também, mas foi com o meu consentimento tá bom. Foi uma enfermeira só que empurrou a barriga para poder tirar o neném...”
“O doutor subiu em cima de mim, soltando peso, mas não chegou machucar nem eu, nem ele.”

A manobra de Kristeller é caracterizada por uma pressão exercida (por meio dos braços, mãos, cotovelos ou joelhos dos profissionais) na parte superior do útero para facilitar e

acelerar a saída do feto. Segundo a Decisão Nº 489, de 10 de janeiro de 2019, publicada pelo Diário Oficial da União, é considerada uma violência obstétrica, sendo ineficiente e danosa à saúde materna e neonatal. O artigo 1º veda a participação dos profissionais de enfermagem na realização da manobra e afirma que estes deverão registrar no prontuário da mulher a sua ausência no procedimento, resguardando suas responsabilidades.

Segundo os dados acima, as manobras foram realizadas por exaustão materna, falta de progresso do parto ou até mesmo por prevenção do sofrimento fetal. Porém, esse procedimento pode trazer inúmeros danos e é desnecessário, sendo considerado uma violação à integridade física das mulheres e seus direitos, proporcionando também desconforto e dor durante sua realização (NASCIMENTO *et al.* 2017).

Percebe-se que as intervenções desnecessárias relatadas pelas participantes são decorrentes de uma cultura imbricada no modelo biomédico que, por sua natureza intervencionista, impede a autonomia da mulher como protagonista por não fornecer meios para a tomada de decisão conjunta. É obvio que o diálogo deve ser decorrente de todo o processo, ou seja, desde a concepção. Dessa forma, poderia ser possibilitado à mulher o conhecimento necessário para a tomada de decisão, que pode ser feita por meio de um plano de parto, por exemplo (OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA, 2020).

3.2 NEGLIGÊNCIA NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Os relatos evidenciam experiências negativas e insatisfações que ocorreram durante o processo de trabalho de parto, demonstrando ações contrárias à Política Nacional de Humanização, entre essas: o atraso no atendimento, a impaciência e agressões verbais de alguns profissionais, a assistência insatisfatória, restrições e a submissão aos profissionais.

“Deixou a desejar, porque me deixou numa sala de parto pra ter dor, veio fazer toque em mim 2 vezes só e veio ouvir o coração do nenê 2 vezes, mas eu já tava sem líquido na bolsa, a bolsa estourou em casa já. Aí me deixou lá e eu com dor, dor, dor, e não vinha fazer nada e me deixou.”

“Eu cheguei na UPA umas dez horas, fui internada na Santa Casa meia noite.”

“É porque eles me internaram dia 16 de março, eu tava com dor e só que não era dor muito forte e a moça da UPA falou que eu tinha dilatado três dedos e toda hora eles fazendo toque e ninguém me liberava.”

“Teve uma vez que ela mandou em calar a boca, usou essa palavra (...) o seu filho não vai nascer pelo grito, você tem que fazer força e ela pedia pra eu ficar quieta o tempo todo. Não queria que eu saísse dentro do quarto para caminhar, ela queria que eu ficasse dentro do quarto, eu não tinha forças pra

colocar o neném pra fora e não tinha paciência, ela queria que eu comesse mas quando eu ia comer ou beber água eu vomitava, ela não tinha paciência.”
“É, dela foi mais sossegado, mas do primeiro filho, já foi mais complicado porque tinha muita gente”

“E era a primeira vez que estava tendo um filho então tudo era novo tudo era diferente ela chegava sem dó sem piedade fazia o toque com muita dor já era uma coisa mais sensível ela fazia o toque sem dó nem piedade, com brutalidade entendeu eu não gostei do processo”

[...] Ah, o toque né. Ela falou “vou fazer um toque”, aí hora que eu falei “aonde?”, ela já tinha posto, aí eu falei “aiiii”, porque eu não esperava né, aí ela falou “não, a gente tem que fazer, pra ver né, se não tem que fazer cirurgia de novo”.

Corroborando com Campos *et al.* (2020), a experiência do parto, para muitas mulheres, acaba sendo um evento traumatizante, caracterizado por desrespeito a sua autonomia. Agressões físicas e psicológicas são verbalizadas, a mulher é submetida, passivamente, a processos e práticas desumanizadas, tornando-se, naquele momento, sujeita a toda espécie de sentimentos negativos em relação ao parto. Há ainda uma espécie de consentimento induzido culturalmente que, para dar à luz um filho, a mulher deve passar por dores, então tudo suporta pela recompensa de acalentá-lo nos braços (FIRMINO *et al.*, 2020).

Foi identificado, durante a entrevista, que 66,6% das participantes foram encaminhadas ao centro obstétrico e submetidas à posição litotômica ou ginecológica, exceto duas participantes, uma que teve a expulsão espontânea ainda no pronto atendimento e a outra que, após alguns partos, se negou a ser encaminhada e passou pelo período expulsivo no mesmo local do trabalho de parto.

A posição de litotomia tem um enfoque intervencionista, mantendo o modelo biomédico, subtraindo a autonomia e direito da mulher de vivenciar o parto fisiológico. Dessa forma, não foi permitido seguirem seus próprios instintos, executarem o que seria mais confortável e sentir seu próprio corpo (SILVA *et al.* 2020; NASCIMENTO *et al.* 2017).

“Chegando lá no UPA a pessoa que me examinou ela disse que eu estava com uma dilatação de 4 cm [...] daí eu fui direcionada para a Santa Casa para internação e chegando lá o rapaz que me examinou, o médico, ele disse que estava apenas com 1 centímetro de dilatação, aí eu fiquei um pouco desanimada né”

“Foi até de boa. Fui na UPA só pra fazer o toque e transferiu para Santa Casa”

Assim, infere-se que todas as participantes da pesquisa referiram que deram entrada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município, exceto uma conveniada que pôde se direcionar ao hospital para a internação direta. A partir desses relatos, são notáveis a ausência de um plano de parto, dificuldade de acesso e o despreparo da unidade para a recepção das parturientes, fato este que infringe as diretrizes da atenção obstétrica e neonatal.

” Não faltou nada, o que faltou mais foi, hummm, experiência dos médicos porque não teve muito, o que ia ser, como ia acontecer, só chegou lá e teve o bebê.”

Foi observado por meio dos dados coletados pelas entrevistas, que não existe a montagem de um plano de parto e a assistência pré-natal deixou a desejar. O pré-natal é o momento de orientações, esclarecimento de dúvidas, da apresentação sobre opções de parto e escolha, criação de vínculo entre profissional e cliente e cuidados materno-fetais (BRASIL, 2014). Contrapondo tais achados, reafirma-se, na presente pesquisa, que esse momento é realizado por meio do modelo biomédico, centrado no tecnicismo e na hegemonia do poder científico como supremo na tomada de decisões sobre o corpo, colocando a mulher em uma posição submissa e passiva da ação, negligenciando a sua individualidade, sua intimidade e seus sentimentos (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Pesquisas apontam que alguns fatores inferem em condutas e procedimentos convencionais abusivos no processo da parturição. Para Piler *et al.* (2019), a falta de protocolos assistenciais baseados nas boas práticas obstétricas contribui na perpetuação das intervenções desnecessárias e na negligência da humanização. Contudo, elucidada-se que a educação permanente da equipe, o diálogo e a criação conjunta de protocolos assistenciais pautados nas boas práticas do parto favorecem a conscientização da humanização e orientam os caminhos para a prática segura, pautada nos princípios éticos, científicos e humanos (BRASIL, 2014).

Ficou elucidado que nenhuma medida de alívio da dor foi mencionada pelas mulheres, evidências apontam que essas medidas trazem conforto, alívio, reduz a tensão e favorece a progressão do trabalho de parto, além de ser um direito da mulher. A oferta dessas tecnologias não invasivas como: banho morno de aspensão ou imersão, massagem, bola suíça, musicoterapia, ambiência, tem um baixo custo e uma alta efetividade, contudo depende de uma equipe especializada e empenhada no processo da humanização do parto (MARINS *et al.*, 2020).

Para que ocorra uma mudança de paradigma entre o modelo biomédico tecnicista para um modelo participativo humanista no processo do trabalho de parto, é importante que se estabeleçam esforços que propiciem a mudança de comportamento, vontade aliada à necessidade das boas práticas entre os profissionais, em especial, na enfermagem cuja formação é pautada no cuidado.

Nesse contexto, torna-se relevante reforçar a importância da enfermagem em se apropriar das tecnologias não invasivas para o protagonismo do trabalho de parto, permitindo que a parturiente se sinta confiante, acolhida e segura. Transmitir empatia se torna uma arte

necessária nesse processo. Salimena *et al.* (2019) descrevem a solicitude como possibilidade assistencial, entretanto apontam os extremos entre a existência da solicitude substitutivo-dominadora onde os profissionais tomam a frente das decisões sem possibilitar que à parturiente que participe e decida sobre o seu cuidado e a solicitude antecipativo-liberatória que desvela uma preocupação no sentido de ofertar as condições necessárias para a mulher atuar como protagonista, ajudando-a a se tornar livre em seu processo de parturição.

4 CONCLUSÃO

Com base nos depoimentos colhidos, a realidade vivenciada pelas mulheres aponta o momento do parto como uma experiência negativa. Em todos os relatos, pôde ser evidenciada a falta de humanização, de ambiência e a negligência sofrida pelas mulheres no processo parturitivo. Ocorre o uso rotineiro de procedimentos invasivos e não há condições para a mulher de ser protagonista do processo. As falas revelam que as mulheres são tidas como sujeitos submissos e passivos de procedimentos convencionais rotineiros sem comprovação científica, sua privacidade e intimidade são desvalorizadas tornando a experiência do parto via vaginal negativa, dolorosa e frustrante. Portanto, esforços no sentido da humanização do parto precisam ser ampliados, para que esse momento ofereça condições necessárias que garantam a legitimidade da autonomia, respeito, privacidade e dignidade da mulher, fazendo assim valerem os direitos garantidos na política nacional da humanização do parto e do nascimento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. de M. Violência obstétrica: a dor que cala. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**, Londrina, 2014. Disponível em: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf. Acesso em: 24 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos Humaniza SUS; v. 4).

CAMPOS, V. S. *et al.* Práticas convencionais do parto e violência obstétrica sob a perspectiva de puérperas. **Rev. Baiana Enferm.** Salvador, v. 34, e35453, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100323&lng=pt&nrm=iso. acessos em: 09 mar. 2021.

CARNIEL, F.; VITAL, D. S.; SOUZA, T. D. P. Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. **J. Nurs. Health.**, v.9, n.2, e.199204, 2019. Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14425/10091>.
Acesso em: 08 mar. 2021.

FIRMINO, K. da C. Percepção da mulher frente à dor do parto. **Revista Ciência Plural**, v. 6, n. 1, p. 87-101, 25 fev. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18387>.

MARINS, R. B., *et al.* Tecnologias de cuidado para o alívio da dor na parturição. **Rev Fun Care Online**, v. 12, p.276-281, jan/dez. 2020. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047845>.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7.ed. São Paulo, SP: Hucitec; 2000.

NASCIMENTO, L. C. *et al.* Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, p. 2014-23, 2017. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23355>. Acesso em: 09 mar. 2021

PEREIRA, R. M. *et al.* Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3517-3524, nov. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103517&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 mar. 2021.

PILER, A. A. *et al.* Protocolo de boas práticas obstétricas para os cuidados de Enfermagem no processo de parturição. **REME – Rev Min Enferm.**, v.23, e-1254, 2019. Acesso em: 05 mar. 2021 ;23: Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/e1254.pdf>.

POLIT, D. F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2004.

OLIVEIRA M. de; ELIAS, E. A.; OLIVEIRA, S. R. de. Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem. **Rev Enferm UFPE on line**, v.14, e243996, 2020. Disponível:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243996>. Acesso em: 24 jul. 2019.

SALIMENA, A. M. O. *et al.* Labor and childbirth: women's understanding and unveiling of the solicitude as an assistential possibility. **REME – Rev Min Enferm.** v.23, e-1201, 2019. Disponível em: Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/en_e1201.pdf. Acesso em: 24 jul. 2019.

SILVA, M. G. *et al.* Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista Rene**, v. 15, n. 4, 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/1121/1079>. Acesso em: 24 jul. 2019.

SILVA, M. R. B. da. Tecnologias não invasivas: conhecimento das mulheres para o protagonismo no trabalho de parto. **Nursing (São Paulo)**, v.23, n.262, p. 3729-3735 abr.2020.

SOUZA, M. R. T. de *et al.* Fatores relacionados ao desfecho perineal após parto vaginal em primíparas: estudo transversal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 54, e03549, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342020000100404&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 09 mar. 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342020000100404&script=sci_arttext&tlng=pt

ZANARDO, G. L. de P. *et al.* Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822017000100218&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 jul. 2019.

ZASCIURINSKI, J. M. **Violência obstétrica**: uma contribuição para o debate acerca do empoderamento feminino. 2015. Disponível em: https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violencia-obstetrica_juliana-miranda.pdf