

A metamorfose de corpos, sentimentos e cuidados: as diversas experiências de partos vaginais em mulheres de Rurópolis, Pará

The metamorphosis of bodies, feelings and care: the diverse experiences of vaginal births among women in Rurópolis, Pará

Joyce Nascimento Dergan¹, Fernanda Jacqueline Teixeira Cardoso², Nádia Vicência do Nascimento Martins³, Simone Aguiar da Silva Figueira⁴

Como citar esse artigo. DERGAN, J. N. CARDOSO, F. J. T. MARTINS, N. V. FIGUEIRA, S. A. S. A metamorfose de corpos, sentimentos e cuidados: as diversas experiências de partos vaginais em mulheres de Rurópolis, Pará *Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades*, Vassouras, v. 15, n. 2, p. 227-247, mai./ago. 2024.

Resumo

O estudo em questão busca descrever as experiências de mulheres que passaram por partos vaginais em diferentes contextos hospitalares, especificamente em Rurópolis, Pará. Utilizando um método quantitativo e qualitativo, foram realizadas entrevistas com 47 parturientes que tiveram partos normais em duas ou mais gestações, sendo o último parto realizado na Maternidade Municipal de Rurópolis. As respostas foram posteriormente submetidas à análise de conteúdo. Os resultados revelaram que as mulheres que deram à luz fora da Maternidade relataram uma maior incidência de intervenções médicas invasivas, maus tratos e violência verbal durante o trabalho de parto. Em contraste, as mulheres que receberam assistência na maternidade descreveram uma experiência mais positiva. Conclui-se a importância da ambiência e da presença de profissionais qualificados no processo de parturição, ressaltando a necessidade de implementar um modelo de assistência de boas práticas durante o trabalho de parto e parto.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde baseados em evidências; Parto Humanizado; Parto Normal; Violência Obstétrica.



Nota da Editora. Os artigos publicados na Revista Mosaico são de responsabilidade de seus autores. As informações neles contidas, bem como as opiniões emitidas, não representam pontos de vista da Universidade de Vassouras ou de suas Revistas.

Abstract

The study in question seeks to describe the experiences of women who underwent vaginal births in different hospital contexts, specifically in Rurópolis, Pará. Using a quantitative and qualitative method, interviews were carried out with 47 women who had vaginal births in two or more pregnancies, with the last birth occurring at the Rurópolis Municipal Maternity Hospital. The responses were subsequently subjected to content analysis. The results revealed that women who gave birth outside the Maternity Hospital reported a higher incidence of invasive medical interventions, mistreatment and verbal violence during labor. In contrast, women who received care at the Maternity described a more positive experience. The importance of the environment and presence of qualified professionals during the childbirth process is highlighted, concluding with the need to implement a best practices model of care during labor and delivery.

Keywords: Evidence-Based Healthcare; Humanizing Delivery; Natural Childbirth; Obstetric Violence.

Introdução

A institucionalização do parto pela medicina transformou um evento natural em um processo visto como patológico, necessitando intervenções médicas e deslocando o protagonismo da mulher para os profissionais de saúde (Wolff; Moura, 2004). Com desenvolvimento de instrumentos específicos, como fórceps e pelvímetros, o parto se tornou cada vez mais intervencionista (Martin, 2006).

Em resposta a isso, foram elaboradas, em 2000, políticas públicas, visando à prevenção e promoção da saúde feminina (Brasil, 2000). A Organização Mundial de Saúde (OMS) também estabeleceu um modelo baseado em evidências científicas, categorizando tanto práticas recomendadas, como também, aquelas a

Afiliação dos autores:

¹Enfermeira. Universidade do Estado do Pará, Santarém, Pará, Brasil.

²Doutora. Mestre. Especialista. Docente do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, Santarém, Pará, Brasil.

³Doutora. Mestre. Especialista. Docente do curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará, Santarém, Pará, Brasil.

⁴Doutora. Mestre. Especialista. Docente do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, Santarém, Pará, Brasil.

E-mail de correspondência: r-nicolay@hotmail.com

Recebido em: 25/05/2023. Aceito em: 16/07/2024.

serem abandonadas na assistência ao parto (OMS, 1996). Essas iniciativas resultaram no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), destinado a reduzir as taxas de morbimortalidade e garantir o acompanhamento adequado para todas as gestantes (Brasil, 2000; Ferreira, 2018).

Apesar desses esforços, persistem intervenções desnecessárias e práticas abusivas, como a alta taxa de cesarianas, e a violência obstétrica (San-Felice *et al.*, 2014; Menezes *et al.*, 2019; Lago; Abraao; Souza, 2020). A atenção obstétrica e neonatal deve ser de qualidade, com acolhimento digno para a mulher e o recém-nascido, reconhecendo os seus direitos e respeitando as diferenças sociais, raciais, éticas, culturais e de gênero (Brasil, 2004).

Diante do exposto acima, surgiu a seguinte questão norteadora deste estudo: como a utilização das práticas utilizadas durante o parto contribuirá para que ele tivesse um bom desenvolvimento?

Assim, o estudo teve como um dos objetivos descrever as experiências de partos vaginais vivenciados por mulheres, em contextos hospitalares diferentes, em Rurópolis, Pará. Além disso, este trabalho visou descrever os aspectos socioeconômico e demográfico das parturientes atendidas na Maternidade Municipal de Rurópolis (MMR) e, também, conhecer os antecedentes clínicos e obstétricos dessas parturientes.

Método

O presente estudo adotou um método múltiplo, com abordagem quantitativa e qualitativa, de caráter descritivo, com metodologia de história oral de vida (Meihy, 2005), para relatar a experiência das mulheres no trabalho de parto.

Esta pesquisa refere-se a um estudo descritivo, que tem como foco discorrer sobre as experiências das parturientes durante o trabalho de parto e o parto em si, estipulando as relações entre variáveis, utilizando técnicas de coleta de dados padronizados, como roteiro e observação (San-Felice *et al.*, 2014).

A coleta de dados ocorreu na cidade Rurópolis, que está situada a sudoeste paraense. Participaram do estudo mulheres com dois ou mais partos vaginais ocorridos em contextos com e sem ambiência para humanização do parto. Como critério para comparação o último parto deve ter ocorrido na Maternidade Municipal de Rurópolis no período de fevereiro de 2019 a junho de 2023.

Caso a participante tivesse seu primeiro parto no Hospital Municipal de Rurópolis, considerou-se somente aqueles ocorridos antes de fevereiro de 2019. Utilizou-se a técnica de coleta de dados a partir do método de história oral de vida, que consiste em uma narrativa do conjunto da experiência vivida por uma pessoa, sendo a experiência o alvo principal desse método, pois não se busca a verdade e sim a versão do colaborador. Foram excluídas mulheres que foram submetidas a parto operatório no período da coleta e/ou mulheres que tiveram somente um filho e as que eram menores de idade no período do parto.

A primeira etapa foi realizada na MMR com levantamento das pacientes que tiveram parto vaginal no período de fevereiro de 2019 até o mês de junho de 2023. Em seguida, no setor de Arquivamento de Prontuários do MMR, aconteceu a coleta de dados baseada em um roteiro buscando informações sobre os partos e, também, na Declaração de Nascido Vivo (DNV).

Na segunda etapa foi feita busca ativa dessas mulheres no território (Figura 1)

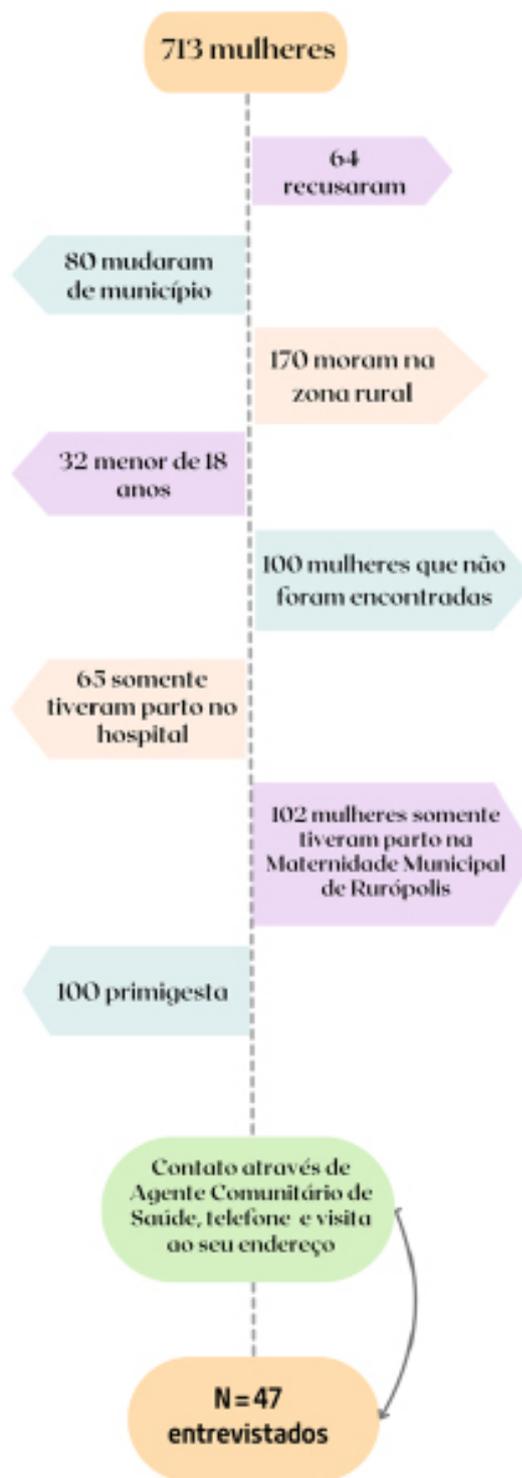


Figura 1. Fluxograma Consort com número de mulheres que tiveram parto vaginal no período de fevereiro de 2019 a junho de 2023

Fonte. Autores, 2023.

Aquelas que se encaixaram nos critérios da pesquisa e aceitaram participar, foram entrevistadas com base em roteiro semiestruturado (contendo dados socioeconômicos e demográficos, e antecedentes obstétricos). Essa entrevista foi pré-agendada e realizada no lugar e horário que a entrevistada escolheu e de acordo com sua disponibilidade. Em um primeiro momento as participantes responderam a uma

entrevista de dados socioeconômicos e demográficos (escolaridade, profissão, estado civil, moradia, grupo étnico) e, posteriormente, as perguntas sobre os seus respectivos partos.

Ressalta-se que 64 mulheres se recusaram a participar da entrevista, outras 631 foram excluídas da pesquisa, seguindo os fatores de exclusão acima narrados, sendo que algumas delas não estavam mais residindo em Rurópolis. Portanto, realizou-se entrevistas com 47 mulheres.

Para a entrevista, estava previsto uma questão norteadora e questões de esclarecimento, como: “me conte como foi/foram a/s sua/suas gravidez/gravidezes anterior/anteriores em comparação com a gravidez e parto do seu bebê mais recente”, para ajudar as entrevistadas em seus relatos, mas com narrativas livres. Foram consideradas todas as manifestações sobre as opiniões, reflexões e experiências vivenciadas pelas participantes sobre o assunto em discussão. As entrevistas foram gravadas na íntegra, por um período de 30 a 45 minutos, com a permissão das participantes e, posteriormente, foram transcritas.

Os dados quantitativos foram transcritos e dispostos em planilhas no Microsoft Office Excel 2016 (Windows) e analisados por meio de estatística descritiva simples, apresentando características da população estudada.

Já os dados qualitativos foram extraídos da transcrição das entrevistas, sendo organizados em nuvens de palavras a partir do *software* Nvivo, versão 14, que tem como princípios a codificação e o armazenamento do texto em categorias.

Após a leitura das entrevistas de todas as participantes foi realizada uma Análise de Conteúdo com a intenção de investigar as percepções e as experiências das participantes durante os partos (Bardin, 2016).

Para estabelecimento dos indicadores mais significativos para o estudo, foi feita uma classificação das falas das participantes utilizando a nuvem de palavras. Foram destacadas as palavras mais citadas nas falas, conforme repetição demonstrada pelo seu tamanho, ou seja, quanto maior a palavra, mais vezes ela foi citada. Surgiram, então, três categorias temáticas: repercussões no parto sobre o corpo da mulher; sentimentos e percepções sobre o parto; e assistência em saúde durante o parto.

Foram respeitadas as normas e critérios de pesquisas envolvendo seres humanos em consonância com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (Brasil, 2012).

A pesquisa foi realizada mediante a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Pará, Campus XII, localizado na Avenida Plácido de Castro, n. 1.399, Aparecida, em Santarém, no Pará, e teve o parecer de aprovação emitido em junho de 2023 sob o número 6.116.983.

Resultados e discussão

Na pesquisa quantitativa, foram apresentados os resultados por meio de estatística descritiva, com auxílio de tabelas, colaborando para a melhor compreensão do tema, sendo divididos em aspectos socioeconômico e demográficos, saúde da mulher durante a gestação e a sua experiência sobre o parto antes da maternidade e o parto no MMR.

Aspectos Socioeconômico e demográfico das mulheres entrevistadas

A gravidez desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua trajetória. Assim, é importante considerar fatores como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, a conjuntura sociodemográfica e econômica para conhecer os fatores de risco que possam interferir na saúde materno-fetal e direcionar a assistência ao binômio (Rodrigues *et al.*, 2017).

A escolaridade é uma variável que deve ser considerada na atenção à saúde da mulher, visto que, a menor renda e pouca escolaridade estão associadas a taxas mais elevadas de mortalidade. Isso se deve, em parte, ao acesso limitado à informação e aos serviços de saúde, somando-se a isso a taxa de adesão ao pré-natal também pode estar associada a essa variável (Alberto *et al.*, 2020; Martins; Silva, 2018).

Ao categorizar as participantes do estudo constituído por 47 mulheres, os dados sociodemográficos das participantes demonstraram que as idades variam de 25 a 42 anos. Dentre as participantes, 15 (31,91%) possuem ensino médio completo e 11 (23,40%) possuem ensino fundamental completo, além de 31 (65,95%) não exercerem nenhum tipo de atividade remunerada, tendo como ocupação a função do lar.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de mulheres entrevistadas para esta pesquisa

VARIÁVEIS	n (47)	%
Ocupação		
Do lar	31	65,95
Advogada	1	2,12
Agente Comunitário de saúde	2	4,25
Garçonete	1	2,12
Funcionária Pública	2	4,25
Agricultora	1	2,12
Auxiliar de cozinha	1	2,12
Vendedora	2	4,25
Artesã	1	2,12
Analista de sistema	1	2,12
Agente de serviços gerais	3	6,38
Assistente Social	1	2,12
Faixa etária		
	n	%
25 – 30 anos	25	53,19
31 – 36 anos	16	34,04
37 – 42 anos	6	12,76
Cor/raça		
	n	%
Branca	3	6,38
Parda	33	70,21
Preta	10	21,27
Indígena	1	2,12
Estado civil		
	n	%
Solteira	11	23,41
Casada	36	76,59
Local de moradia		
	n	%
Zona Urbana	47	100
Zona Rural	-	-
Residentes na casa		
	n	%
01 a 03 pessoas	3	6,38
04 a 07 pessoas	43	91,48
08 a 10 pessoas	1	2,12

Fonte. Autores, 2023.

No tocante às ocupações, destacou-se a função do lar, com 31 participantes, dessas, 13 possuem o nível de escolaridade incompleto e se autodeclararam como pardas ou pretas, sendo nove do ensino fundamental, seis do ensino médio e um do ensino superior. De acordo com as participantes, o ensino delas foi prejudicado e a interrupção dos estudos influenciou na sua inserção no mercado de trabalho.

No que diz respeito a raça/cor, a maioria das participantes autodeclarou-se parda (n=33) (70,21%), 10 pretas (21,27%), três brancas (6,38%) e uma indígena (2,12%). Segundo o IBGE (2020), a população negra é composta por cidadãos pardos e pretos. Portanto, agregando-se pardas e pretas, pode-se inferir

que 43 (91,48%) das participantes pertencem à população negra.

Importante ressaltar que a raça/cor é um elemento estruturante das desigualdades sociais no Brasil, ao lado da classe social, do gênero e da região de moradia, visto que a morbimortalidade materna da mulher negra pode estar relacionada a predisposição biológica das negras para doenças como hipertensão arterial e diabetes mellitus (Pacheco *et al.*, 2018; Brasil, 2022). Muitas vezes, as disparidades raciais podem ser corrigidas pelo acesso adequado ao serviço de saúde, ou seja, pode-se influenciar pelo número adequado de consultas no pré-natal (Ghosh *et al.*, 2014; Brasil, 2006).

Saúde das mulheres durante a gestação

A hipertensão gestacional foi citada por onze (23,40%) participantes e três destas tinham como fator de risco a diabetes gestacional e a cor parda e preta. Entre essas mulheres, uma teve complicações na gestação com picos hipertensivos associado com a doença imunossupressora e teve parto prematuro.

Tabela 2. Antecedentes Obstétricos e pessoais das mulheres entrevistadas para esta pesquisa.

VARIÁVEIS	n (47)	%
Número de Gestações		
2	20	42,55
3	11	23,40
4	7	14,89
6 ou mais	9	19,14
Tipos de parto: Vaginal		
2	24	51,06
3	15	31,91
4	5	10,63
5	2	4,25
6	1	2,12
Cesáreo		
Sim	4	8,51
Não	43	91,48
Aborto		
Sim	12	25,53
Não	35	74,46
Local dos partos anteriores		
Itaituba	2	4,25
Santarém	3	6,38
Manaus	1	2,12
Rurópolis	41	87,23
Antecedentes pessoais		

VARIÁVEIS	n (47)	%
Asma	4	8,51
Etilismo Social	8	17,02
Hepatite B	2	4,25
Diabetes Gestacional	6	12,76
Hipertensão gestacional	11	23,40
Anemia	4	8,51
Obesidade	1	2,12
Hipertensão Arterial	1	2,12
Tabagismo	3	6,38
Sinusite	1	2,12
Rinite	1	2,12
Lúpus Eritematoso Sistêmico	1	2,12
Sem Comorbidades	20	42,55

Fonte. Autores, 2023.

Segundo o Ministério da Saúde (2022), a diabetes gestacional é um dos fatores que contribuem para mortalidade materna e perinatal, com repercussões em curto, médio e longo prazo, incluindo a possibilidade de hipertensão gestacional e parto prematuro. A hipertensão gestacional, se não for diagnosticada e tratada a tempo, pode evoluir para pré-eclâmpsia (Brasil, 2022).

Algumas participantes tiveram mais de duas intercorrências na Gestação Anterior (GA) e no Último Parto (UP), sendo que oito (17,02%) participantes tiveram Infecção do Trato Urinário (ITU) e anemia nos dois períodos. Entre essas mulheres, uma delas teve hipertensão gestacional na gestação mais recente.

Tabela 3. Informações sobre as gestações das mulheres entrevistadas para esta pesquisa

Informações sobre as gestações N= 47 (100%)				
Intercorrências no pré-natal*	Gestação Anterior	%	Último Parto	%
Anemia	7	14,89	9	19,14
ITU	6	12,76	4	8,51
Anemia e ITU	15	31,91	14	29,78
Hepatite B	1	2,12	-	-
Hipotensão	-	-	2	4,25
Hipertensão gestacional	1	2,12	11	23,40
Diabetes Gestacional	2	4,25	6	12,76
Sangramento vaginal	6	12,76	11	23,40
Alteração de BCF (acelerado)	-	-	1	2,12
Descolamento Prematuro da Placenta	-	-	1	2,12
Sem informação	16	34,04	12	25,53
Nº consultas				
Menor que 7	9	8,51	4	2,12
Maior que 6	13	27,65	18	38,29
Sem informações	25	53,19	25	53,19
Intervenções Obstétricas**				
Uso de ocitocina	19	40,42	10	21,27
Manobra de kristeller	6	12,76	1	2,12
Episiotomia	33	70,21	11	23,40

Informações sobre as gestações N= 47 (100%)				
Intercorrências no pré-natal*	Gestação Anterior	%	Último Parto	%
Uso de métodos não farmacológicos alívio de dor*				
Agachamento com espaldar	-	-	16	12,76
Bola	-	-	11	23,40
Cavalinho	-	-	12	25,53
Chá quente	-	-	1	2,12
Banqueta	-	-	2	4,25
Banheira	-	-	2	4,25
Agachamento sem espaldar	4	8,51	-	21,27
Massagem	1	2,12	4	8,51
Deambulação	19	40,42	10	21,27
Banho morno	3	6,38	5	10,63
Não soube informar	27	57,44	16	34,04
Intercorrência no Puerpério*				
Hemorragia	4	8,51	2	4,25
Infecção pós-parto	1	2,12	-	-
Edema de vulva	1	2,12	-	-
Alteração da Pressão Arterial	1	2,12	-	-
Mastite	-	-	3	6,38
Depressão pós-parto	-	-	1	2,12
Não soube informar	41	87,23	41	87,23

*A soma das variáveis excede o valor percentual 100%, uma vez que as parturientes podem fazer uso de mais de uma opção simultaneamente.

**Os dados apresentados são somente as respostas "sim".

Fonte. Autores, 2023.

Sobre o número de consultas de pré-natais, 13 (27,65%) da GA e 18 (38,29%) da gestação mais recente realizaram mais que sete consultas.

Devido a importância do acompanhamento do pré-natal na diminuição da morbimortalidade materna e fetal, entre outras complicações que podem vir a ocorrer no desenvolvimento do recém-nascido, o Ministério da Saúde (MS) preconiza, no mínimo, seis consultas (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro) (Brasil, 2022; Melo *et al.*, 2016).

Intervenções obstétricas são práticas realizadas durante a assistência ao parto e são elementos-chaves para a obtenção de bons resultados maternos e neonatais. Contudo, o uso dessas intervenções permanece alto e, em grande parte, de maneira inadequada, por exemplo a realização da episiotomia indiscriminada, o uso da manobra de kristeller, uso abusivo de ocitócicos, entre outros (Brasil, 2001; Medeiros, 2016).

Foram citados o uso de 19 (40,42%) ocitocinas sintéticas, e seis (12,76%) manobras de kristeller e 33 (70,21%) episiotomia na GA e no período da implementação do MMR 10 (21,27%) ocitocina, e uma (2,12%) manobra de kristeller e 11 (23,40%) episiotomia.

Segundo a OMS, o uso de ocitocina sintética é indicado pela falha na progressão do parto, o que inclui a parada na dilatação, contudo, ela é uma prática que deve ser usada baseada em evidências, visto que a utilização de doses excessivas e/ou desnecessárias podem colocar em risco a segurança das parturientes e de seus bebês (WHO, 2018).

As participantes que utilizaram métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho de parto e parto no hospital, citaram a utilização de: agachamento 4 (8,51%), deambulação 19 (40,42%), banho morno 3 (6,38%). Já na MMR, foram citados: agachamento com espaldar 6 (12,76%), bola 11

(23,40), cavalinho 12 (25,53%), deambulação 10 (21,27%). Os métodos não foram realizados isoladamente, algumas parturientes receberam mais de um ou até vários métodos ao longo da progressão do trabalho de parto

O uso da bola e do cavalinho estimula a posição vertical, pois permite liberdade na adoção de diferentes posições, possibilita o exercício do assoalho pélvico, e assim facilita a movimentação durante o trabalho de parto até o período expulsivo (Oreano *et al.*, 2014).

Gomes *et al.* (2023) e Figueiredo (2023) apontam a importância da parturiente se sentir segura no ambiente que está durante o momento do trabalho de parto e parto, por apresentar autonomia de escolher como quer o seu parto e ter suporte profissional, influenciando positivamente na sua experiência de parto.

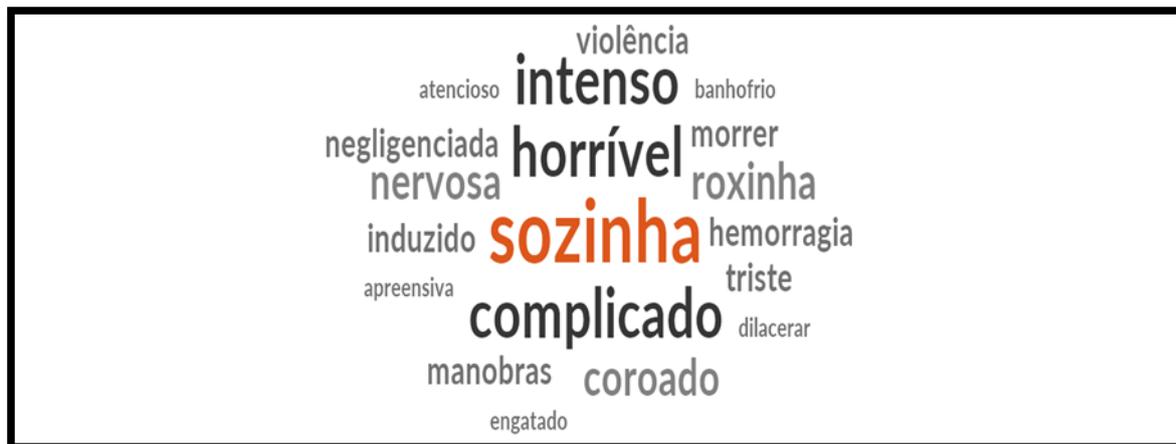
Das participantes que citaram hemorragia, quatro (8,51%) na GA e duas (4,25%) no UP como intercorrência no puerpério, tiveram em ambos os períodos tal ocorrência, tendo como associação anemia como intercorrência no pré-natal. Uma dessas também teve infecção no pós-parto

A hemorragia pode acontecer antes ou após a expulsão da placenta, o que pode ocorrer entre as primeiras 24 horas a 12 semanas após o parto. Logo, entende-se que a hemorragia pode levar a uma instabilidade hemodinâmica da puérpera, visto que a loquiação não pode ser quantificada (Antepara; Toledo, 2019).

São apresentadas a seguir os resultados obtidos a partir das falas das mulheres quanto ao percurso metodológico do estudo.

Experiência de mulheres quanto aos partos vaginais

Com as falas das mulheres quanto aos partos, elaborou-se uma nuvem de palavras construída pela Plataforma Nvivo, a partir do *corpus* formado pelas respostas das participantes da pesquisa à pergunta “Me conte sobre o seu primeiro parto?”.



Fonte. Autores, 2023.

Nota-se a identificação de 3 categorias temáticas para os dois períodos de partos relacionados: repercussões no parto sobre o corpo da mulher; sentimentos e percepções sobre o parto e assistência em saúde durante o parto (Quadro 1).

Quadro 1. Categorias de análise de conteúdo.

CATEGORIAS DE ANÁLISE
1 - Repercussões no parto sobre o corpo da mulher.
2 - Sentimentos e percepções sobre o parto.
3 - Assistência em saúde durante o parto.

Fonte. Autores, 2023.

Experiência das mulheres quanto a parto anterior

Categoria 1 - Repercussões no corpo da mulher durante o parto

Percebe-se nos relatos, manifestações de como o seu corpo reagiu de acordo com a condição de parto. Dentre essa categoria é possível subdividir em parto e puerpério.

Das 47 entrevistadas, três relataram sobre percepções no parto:

(...) e começaram a cortar de um lado e de outro e a enfermeira dizendo vai *dilacerar* e não tem jeito (T14).

(...) elas não tinham explicado nada, e depois estourou alguma coisa e escorreu líquido pelas minhas pernas e elas não explicaram nada e foi aí que ela foi chamar a enfermeira e disse já *tácoroadado* e foi aí que ela me levou pra salinha do lado (A39).

(...) aí foi bem *complicado*, tive câimbra e muita coisa e não foi utilizado nada não, negócio de nada pra alívio de dor não (F30).

Seis entrevistadas relataram sobre percepções no puerpério:

(...) câimbra, eu tive desmaio, tive tontura, e deu muito trabalho e teve que me cortar muitas vezes e levei muito ponto e tive *hemorragia*, então a experiência foi bem mal, mal (A39).

(...) e a placenta tiveram que puxar, ela disse que era como se estivesse toda grudada, e tive *hemorragia* no pós-parto (F7).

(...) aí, eu tive foi meio *complicado* essa minha parte, que é tipo na parte anal, porque ficou muito inchado (F58).

(...) e com sangramento *intenso* no pós-parto (G23).

(...) o parto e demorou bastante e quando ela nasceu foi *roxinha* e não chorou na hora (A30).

Na análise da categoria repercussões no parto sobre o corpo da mulher, foi possível constatar que elas perceberam sinais e sintomas tanto do parto quanto do puerpério. Conforme Progianti e Costa (2012), a falta de autonomia da mulher no trabalho de parto ocorreu diante de um longo processo de medicalização do corpo feminino e em como o profissional de saúde tem que incentivar e promover o reconhecimento em relação às mudanças no ciclo gravídico-puerperal.

Observa-se em um relato com a palavra "*dilacerar*" e "*tipo na parte anal*" que ocorreu uma laceração

perineal, mas, também, se entende que foi realizada uma episiotomia por conta da fala. A laceração perineal caracteriza-se como um tipo de trauma espontâneo decorrente do parto vaginal. A episiotomia, porém, é uma intervenção obstétrica que o MS classifica em prática não recomendada, e que para proteger a região perineal de lacerações utiliza-se a técnica “hands on” e “hands off”. Além disso, é necessário explicar a mulher sobre o que será realizado e o porquê, além de oferecer analgesia adequada (Tavares, 2022; Brasil, 2017).

Em alguns relatos nota-se a palavra “hemorragia” e “sangramento intenso”, o que se pode inferir que ocorreu uma perda sanguínea anormal. Também, há a fala “a placenta tiveram que puxar”, sobre a qual é necessário ter atenção, porque a tração controlada do cordão na expulsão da placenta deve ser opcional para o enfermeiro obstetra ou obstetra que estiver atuando no parto, e quando não houver profissional qualificado, essa opção é contraindicada, uma vez que essa é uma ação que pode vir a ocasionar a hemorragia no pós-parto (WHO, 2014).

No momento do parto e pós-parto é de extrema importância que a avaliação de enfermagem e a prestação do cuidado com a parturiente, podendo prevenir ou tratar, caso ocorra, uma perda sanguínea anormal. Já que o controle de sinais e sintomas da mulher em hemorragia no trabalho de parto e pós-parto é feito pela equipe de enfermagem (Trevisan; Dutra; Tasca, 2020).

Categoria 2 - Sentimentos e percepções sobre o parto

Nota-se nos relatos referentes a categoria sentimentos e percepções que as mulheres tiveram mudanças psicossociais podendo ter afetado a saúde mental durante o trabalho de parto e pós-parto. Esses sentimentos foram marcados pela tristeza, medo, alívio, mas também a negligência em relação ao atendimento prestado. Das entrevistadas, cinco relataram sobre sentimentos e suas percepções:

(..) e me sentir *negligenciada* porque eles não explicaram coisa alguma pra gente para que possa o parto fosse mais rápido (A102).

(...) o meu pós-parto não foi fácil, foi *triste*, porque eu fiquei com o psicológico bem abalado que foi o primeiro parto e não me deram nenhuma instrução (F40).

(...) falei pra ele que estava sangrando muito e que fiquei com *medo* do neném morrer, porque a minha barriga estava ficando muito dura (A50).

(...) e fiquei *nervosa* porque demorou muito tempo para ela nascer e quando ela nasceu foi desacordada e aí eles tiveram que reanimá-la (A50).

(...) *apreensiva* porque desmaiei e vi que tinha algo grave acontecendo, porque tinha uma enfermeira com um copo de leite ao redor da minha boca de leite com sal e morno prave se normalizava e como estava muito tempo sem comer não tinha mais forças (T14).

Percebe-se em algumas falas palavras como “triste”, “apreensiva”, “nervosa” e “medo”, com isso entende-se que tiveram acontecimentos durante o trabalho de parto que causaram essa mudança no estado emocional da mulher. O nascimento de uma criança é um momento importante na vida das mulheres, gerando uma gama de sentimentos como medo, incertezas, alegria e satisfação. Devido a essa complexidade emocional, é essencial que o profissional de saúde proporcione segurança e apoio à parturiente durante esse período. Além disso, é importante instruir o acompanhante, preparando-o para auxiliar eficazmente no trabalho de parto e parto (Ribeiro et al., 2016).

A assistência qualificada à mulher em trabalho de parto é direito fundamental e indispensável para que a mulher possa vivenciar a maternidade com segurança e bem-estar. É dever dos profissionais de saúde criarem vínculos de confiança e tranquilidade, além de garantir que os direitos das mulheres sejam respeitados nas ações de saúde (Ribeiro et al., 2016).

Observa-se em uma das falas a palavra “*negligência*”, e infere-se que não aconteceu a instrução e/ou ausência de um acolhimento e assistência adequada. A implantação efetiva da humanização no parto consiste em um conjunto de condutas e procedimentos que tem por finalidade a promoção do parto, e estará sempre mais dependente da relação entre a mulher e o profissional de saúde, já que é ele que irá auxiliar no protagonismo dessa mulher (Camilo et al., 2012).

Em uma das falas aparece a palavra “*apreensiva*”, e pelo seu contexto se compreende que ela teve hipotensão arterial por ficar muito tempo sem se alimentar e fazer muito esforço físico. A OMS preconiza que, para a assistência ao primeiro período do trabalho de parto, deve-se evitar jejum, tricotomia, uma vez que não existe fundamentação baseada em evidências para a sua utilização, tendo como medidas de boas práticas a deambulação, banho de aspersão, agachamento para que tenha a fase ativa do trabalho de parto (WHO, 2018).

Categoria 3 - Assistência em saúde durante o parto

Observa-se nos relatos que a manifestação à assistência em saúde durante o parto pode se subdividir em: com violência e sem violência.

Dentre as entrevistadas, 18 relataram ações nas quais se identifica como violência obstétrica, sendo elas: manobra de kristeller, episiotomia, maus tratos, indução do parto na fase latente do trabalho de parto e violência verbal.

(...) nunca achei que fosse *violência* obstétrica o que aconteceu que quando falava que já estava nascendo e eles não acreditavam e aí quando elas iam fazer o toque que era no quarto, e percebiam (F74).

(...) eu sofri *violência* obstétrica aquelas piadinhas que na hora que tu fez não estava gritando, e foi bem chato porque eu estava lá *sozinha* e toda a minha família do lado de fora (T69).

(...) e fiquei muito mal, foi *horrível* e eles fizeram procedimento lá no quarto com todo mundo olhando tanto os acompanhantes quanto as outras pacientes (...) e eles não permitem fazer isso no banheiro *sozinha*, porque tem que ter alguém lá e eu fazendo agachamento *sozinha* embaixo do chuveiro (T14).

(...) mas aí quando a outra enfermeira falou que quando viesse a força era pra empurrar aí eu fui só que eu mais gritei do que fiz força e eu lembro que ele pegou um pano e deu um nó tipo uma corrente e botou na minha boca e falou agora você grita (...), isso foi *horrível* e comparado eu sentir uma cachorra porque não me trataram bem e não me ensinaram nada e eu não sabia nada e era o meu primeiro parto (A57).

(...) não me explicaram o porquê de cortar... e demorou para terminar o procedimento porque demorou para sair a placenta e terminar de costurar aquele corte que é *horrível* (A40).

(...) foi feito o corte, e foi feito a *manobra*, aquele negócio de empurrar a barriga no caso, e foi três braçadas (U9).

(...) perguntou se podia subir e empurrar, que é a *manobra* e na hora já aceitei pra poder conseguir ganhar ela logo (T6).

(...) e demorou bastante e fiquei andando no corredor e fui bem recebida, foi feita a medicação no soro e aí aumentaram as concentrações e fui pra sala de parto e lá foi bem *complicado*, porque o bebê era bem grande e demorou um pouco, e o bebê foi empurrado (A102).

(...) e me sentir constrangida, porque poxa estava nem sabendo o que era dilatação e qual é o sintoma pra o bebê nascer e aí me deixaram lá *sozinha* (...) na hora do parto elas ficaram dizendo que estavam esperando a chefe e aí ficou *engatado*, e depois perdi as minhas

forças (G99).

(...) eles *induziram* porque não sinto dor, só no seco. E fizeram o corte (T40).

(...) e fiquei sozinha, porque não tinha um quarto pra cada uma e hoje em dia tem (F58).

(...) eles me mandaram tomar banho só que era banho frio mesmo (T57).

Observaram-se dois relatos com a palavra “*violência*”, nos quais não se levou em consideração a opinião da mulher durante o trabalho de parto e, quando ocorrer, foi de forma ofensiva e grosseira. Também, foram notados dois relatos nos quais se identifica a violência pela palavra “*horrível*” e, através do seu contexto, percebeu-se que não aconteceu uma assistência adequada. Segundo Leite *et al.*, (2022), a violência obstétrica se caracteriza pelos atos de violência psicológica/ verbal, física, sexual e negligência intencional pela equipe de saúde no atendimento à mulher no pré-natal, parto, pós-parto e abortamento.

Apesar do incentivo para as mudanças no contexto da assistência ao parto, observa-se nos relatos a utilização de intervenções desnecessárias, como a presença da palavra citada “*manobra de kristeller*”. Porém, foi relatado “*empurrar a barriga*” e, com isso, infere-se que, também, ocorreu a manobra. As entrevistadas, contudo, não souberam identificar o que era e consideraram “*normal*” o uso na hora do parto. De acordo com a OMS (2018), são práticas não recomendadas para se usar no trabalho de parto e parto, visto que não se tem evidências de que ajude.

Também, foram citadas palavras como “*cortar*” e “*corte*”, mas elas não aparecem na nuvem de palavras. No entanto, entende-se que foi realizada uma episiotomia de rotina, e, nessas falas, compreende-se a imposição da posição do parto, isolamento das gestantes de seus familiares, a falta de privacidade e respeito aos direitos assistidos a mulher. Muitas práticas obstétricas comuns têm benefícios muito limitados ou incertos para as mulheres de baixo risco em trabalho de parto espontâneo. Para essas mulheres, especialmente durante o trabalho de parto latente, é necessário fornecer apoio emocional individual, controle da dor e da fadiga, utilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, como bola, cavalinho, agachamento, entre outros (ACOG, 2019).

Outra palavra que aparece é “*banho frio*”. Porém, essa prática não auxilia no trabalho de parto, visto que é a água morna que irá auxiliar na contratilidade uterina. Por exemplo, o banho de imersão e irá proporcionar que a mulher assuma o comando do seu parto, pois ela pode mobilizar seus recursos para buscar o bem-estar durante todo o processo (Gomes; Guerra; Machado, 2018).

Observa-se, também, que foi citada em uma das falas a palavra “*sozinha*” e pelo seu contexto compreende-se que é por estar em um local sem um acompanhante. Santos *et al.* (2015) afirmam que, se a parturiente permanecer ao lado de pessoas conhecidas, principalmente neste momento, se mostra como uma alternativa segura durante o trabalho de parto e parto, podendo vir a ser um ambiente acolhedor e confortável, diminuindo sentimentos como ansiedade e medo associados ao trabalho de parto.

Por fim, uma entrevistada relatou sobre sua percepção da assistência ao trabalho de parto sem violência, e identifica-se na seguinte frase:

(...) e eles estavam o tempo todo comigo e atenderam bem e não me deixaram sozinha e foi uma enfermeira que fez o parto, e ela foi bem *atenciosa* e ficou comigo (G15).

Segundo Figueiredo (2023), alguns fatores podem influenciar a sensação de dor e a experiência de trabalho de parto e parto, que seria o local ter uma assistência profissional qualificada e utilizar intervenções obstétricas desnecessárias. Além disso, a criação de vínculo com o profissional é importante para se ter uma maior segurança durante o trabalho de parto.

Experiência das mulheres quanto ao último parto

As falas das mulheres no último parto estão em três categorias: repercussões no parto sobre o corpo da mulher; sentimentos e percepções sobre o parto e assistência em saúde durante o parto.

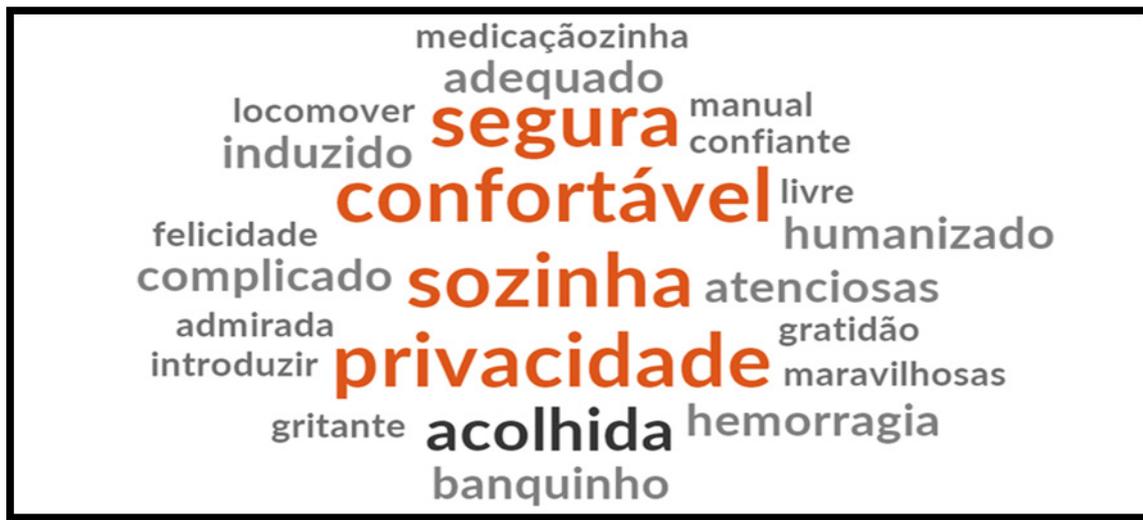


Figura 1. Nuvem de palavras construída pela Plataforma *Nvivo* a partir do *corpus* formado pelas respostas das participantes da pesquisa à pergunta “Me conte sobre o seu último parto”.

Fonte. Autores, 2023.

Categoria 1 - Repercussões no corpo da mulher durante o parto

Percebe-se nos relatos desta categoria as manifestações de como o seu corpo reagiu de acordo com a condição de parto. Essa categoria pode se subdividir em parto e puerpério:

(...) E aí passando tudo isso tive *hemorragia* e foi chamado o médico e ele presenciou tudo e costurou, e eu desmaiei também (T107).

(...) e depois que ele nasceu veio a *hemorragia* (F48).

(...) foi um parto bem *complicado*, porque estava perdendo líquido e não tinha contração e foi feito medicação (A62).

(...) a placenta foi mais dificultosa para sair e chegou a quebrar lá dentro e tiveram que fazer a retirada *manual* (G78).

(...) vou te dar uma *medicaçãozinha* na tua perna que acho que era pra ajudar a sair a placenta (F40).

Observa-se nas falas a palavra “*hemorragia*” e compreende-se, pelo contexto, que pode ter acontecido uma perda sanguínea anormal. Em outra fala tem-se o uso das palavras “*medicação*” e “*manual*”, que são práticas a serem utilizadas para evitar a hemorragia no pós-parto. A contração do útero deve ocorrer na terceira fase do parto e é um fator essencial para que o sangramento no pós-parto seja prevenido (Trevisan; Dutra; Tasca, 2020).

No entanto, a hemorragia tem outros fatores além da atonia uterina, que podem causar a hemorragia pós-parto, como: retenção de placenta e coágulos, trauma genital. E que podem ser prevenidos com algumas medidas, ou seja, uso de ocitocina após o parto, avaliação regular e frequente do tônus uterino (Tavares et al., 2022).

Em uma das falas percebe-se a palavra “*complicado*” e compreende-se, pelo seu contexto, que foi utilizada ocitocina para auxiliar na contração uterina. A utilização da ocitocina para a indução do trabalho

de parto deve ser utilizada através de protocolos bem definidos, pois o uso da ocitocina exógena utilizada de maneira inapropriada, pode vir a ocasionar sofrimento fetal. A OMS recomenda que os profissionais de saúde avaliem a cervicodilatação *versus* o tempo no partograma, juntamente com outros parâmetros de bem-estar fetal e materno (Furtado, 2018).

Categoria 2 - Sentimentos e percepções

Nota-se, nos relatos sentimentos e percepções, que as mulheres tiveram mudanças psicossociais podendo ter afetado a saúde mental durante o trabalho de parto e pós-parto.

(...) baixei a calcinha estava com sangue e falei meu deus já vou ganhar o meu menino e aí comecei a ficar *nervosa*, e fui lá e fizeram o toque e disseram que era só um aviso (A20).

(...) o parto de 2022 foi bem mais tranquilo porque estava bem mais *confiante* (T14).

(...) eu sentir *gratidão* por ter dado tudo certo durante o parto (U36).

(...) no segundo parto eu sentir uma *felicidade*, um acolhimento acho que porque a minha mãe estava lá, o meu marido, sei lá foi bom demais uma sensação (A39).

(...) fiquei *admirada* que até hoje eu falo que porque eles não chegaram a fazer aquele corte em mim (G41).

(...) e tem as coisas que a gente precisa pra fazer agachamento e essas coisas e me fez sentir mais *acolhida* por conta disso. E por entrar com acompanhante (T107).

Percebe-se nas falas sentimentos positivos como: acolhida, confiante, gratidão. Com isso, infere-se que a maioria dos sentimentos são positivos por se ter a presença de um familiar, um ambiente seguro e com estrutura e com profissionais capacitados. Segundo Figueiredo (2023), o ambiente que a mulher está durante seu trabalho de parto e parto influencia na sua sensação de segurança, capacidade própria e suporte profissional afetando positivamente ou negativamente no parto.

Além disso, é essencial que o profissional que assiste ao trabalho de parto e parto saiba utilizar os instrumentos e orientação tanto à parturiente quanto ao seu acompanhante, para que ela tenha a sua autonomia e uma experiência forma positiva durante a parturição (Figueiredo, 2023).

Observa-se em uma das falas a palavra “admirada” e, pelo seu contexto, compreende-se que é por não ter ocorrido o “corte” que é a episiotomia. A utilização da episiotomia de rotina é uma intervenção obstétrica, e classificada como uma prática não recomendada, pois aumenta o risco de laceração perineal, infecção e hemorragia sem diminuir as complicações a longo prazo (Leal et al., 2014; WHO, 2018).

Em uma das falas aparece a palavra “*nervosa*” e, compreende-se pelo contexto, que é o início do trabalho de parto, mas que a entrevistada não recebeu as informações sobre os sinais de alerta no pré-natal. A educação em saúde é uma importante ferramenta uma vez que a gravidez se trata de um período delicado e gerador de potenciais dúvidas e ansiedade para ela e seus familiares. Logo, a prática dessa ferramenta é de suma importância durante esse período (Felix et al., 2019).

Categoria 3 - Assistência em saúde durante o parto.

Observa-se nos relatos, a manifestação de assistência em saúde, uma vez que as entrevistas relataram essa assistência e se identificaram quanto à ambiência e à assistência prestada.

(...) e de ter um rosto conhecido na hora fez toda a diferença e foi mais tranquilo e como é que posso dizer: *livre*, né, que eu pude escolher como queria que o meu filho viesse ao mundo (T69)

- (...) a maternidade é bem melhor que o hospital, porque ela tem mais aparelho e tem a oportunidade de se *locomover* (U45)
- (...) E pra mim foi visível e *gritante* a diferença de um parto para o outro em relação ao atendimento e estrutura (F40)
- (...) a maternidade deixa a gente mais *confortável*, e tem aquela banheira (T60)
- (...) mas a *privacidade* ficou bem melhor que é só com mulheres e pode ficar *sozinha* com o acompanhante (U45)
- (...) em também sala que a gente fica *sozinha* com o acompanhante e eu fiquei em uma sala com o acompanhante (U16)
- (...) a maternidade deixava o acompanhante ficar com você e assistir o parto e tudo. E com isso me sentir mais *segura* (F20)
- (...) e a gente tá tendo um atendimento mais *humanizado* e a gente vai pro parto preparado e acredito que nisso é muita diferença (T69)
- (...) foi um parto bem complicado, ele foi um parto *induzido* (T107)
- (...) E aí o que eles diziam era que não podia é eu fazer outros tipos de exercício, porque eu não estava sentindo nenhuma dor (...) a enfermeira veio a mando do médico pra ver como eu estava e continuava na mesma e foi quando ela falou que o médico pediu pra *introduzir* um comprimido de força (G15)
- (...) eu tive ela no *banquinho* e quando ela nasceu a enfermeira jogou ela nos meus braços e ela ficou aquele primeiro momento comigo e isso ajudou depois na amamentação (A40)

Percebe-se nas falas que apareceram palavras como: “*privacidade*”, “*confortável*”, o que se compreende que há uma ambiência para o trabalho de parto e parto. Também, apareceram as palavras “*livre*”, “*locomover*”, “*gritante*” que tem o sentido de escolha de como ocorrer o seu parto, ao atendimento oferecido. Segundo o MS, o campo da atenção ao parto e ao nascimento, a ambiência compreende a transformação do espaço hospitalar em um ambiente acolhedor e favorável à implementação de boas práticas de atenção obstétrica e com a participação ativa das usuárias (Brasil, 2011; Brasil, 2013).

Também, é importante salientar a qualificação do profissional na condução dos trabalhos de parto, de forma para garantir a autonomia da gestante em relação à escolha do tipo de parto, o uso de métodos não farmacológicos de alívio de dor e receber orientações que se fizerem necessárias no processo de parturição (Monteiro, 2022).

Quanto à palavra “*sozinha*” citada, observa-se que é no sentido de privacidade por estar sozinha em um ambiente com o seu acompanhante.

Em uma das falas aparece a palavra “*humanizado*” e compreende-se que foi empregada porque a entrevistada recebeu informações sobre o ciclo gravídico-puerperal, notando-se a diferença e sabendo o que exigir do profissional de saúde que está lhe assistindo. De acordo com Felix et al. (2019), a educação em saúde é um meio necessário na assistência ao ciclo gravídico-puerperal pois, assim, a mulher irá conhecer os sinais que pode ocorrer no seu próprio corpo e procurar ajuda caso necessário.

Observa-se em algumas falas as palavras “*introduzir*” e “*complicado*” que compreende a indução do trabalho de parto. A indução do trabalho de parto pode ocorrer por métodos mecânicos ou farmacológicos para artificialmente iniciar as contrações uterinas e progredir (Furtado, 2018). Porém, utilizar ocitocina durante a fase ativa de trabalho de parto é uma prática não recomendada (WHO, 2018).

Em uma das falas aparece “*banquinho*” e, pelo contexto, infere-se que aconteceu o trabalho de parto e parto nele, cujo nome técnico é banqueta de parto vertical, como também em como a entrevistada teve autonomia e pode ter logo contato pele a pele com o seu bebê e que isso é muito importante na amamentação.

É importante salientar que para se usar os métodos não farmacológicos no alívio da dor, tem que haver a participação de pessoas de confiança da parturiente, além do profissional de saúde, tais como: parentes e amigos durante todo o trabalho de parto. Assim, se torna uma experiência única e a parturiente se sente segura e acolhida (Gomes; Guerra; Machado, 2018).

Comparação das categorias encontradas nas falas das mulheres entrevistadas

Quando se extrai a essência dessas categorias, percebe-se uma tríade esquematizada.

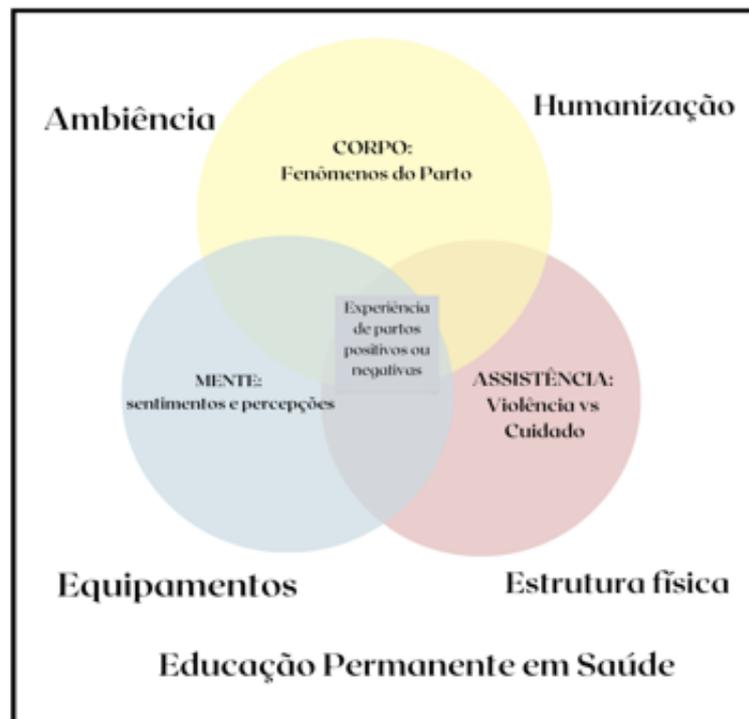


Figura 2. Tríade esquematizada de Educação Permanente em Saúde.

Fonte: Os Autores, 2023.

A Figura 2 representa um diagrama que compõe as três categorias encontradas nas falas das mulheres entrevistadas e nele constam as categorias: o corpo (fenômenos do parto), a mente (sentimentos e percepções) e a assistência (violência x cuidado), sendo que a intersecção dos três é a experiência de partos sendo eles positivos ou negativos. Além de ter como fator externo a ambiência do local de parto, educação permanente em saúde, estrutura física, equipamentos e atenção prestada.

Observou-se que um atendimento de qualidade e um ambiente adequadofazem com que as mulheres se sintam mais confortáveis e seguras durante o parto. Elementos como suporte contínuo, sensação de segurança e protagonismo da mulher na tomada de decisões estão associados a experiências positivas, enquanto atitudes negativas e baixa sensação de segurança podem levar a experiências negativas relacionadas à (Figueiredo, 2023).

O parto humanizado visa promover um parto e nascimento saudáveis, respeitando o corpo e a mente da mulher e evitando intervenções desnecessárias que possam colocar mãe e bebê em risco (Monteiro, 2022). A presença de profissionais de enfermagem capacitados são fundamentais nesse processo, garantindo que as necessidade e desejos das gestantes sejam atendidos de forma tranquila e saudável(Mouraet *al.*, 2020).

A importância da ambiência nos locais de parto é crucial. Um ambiente onde a parturiente possa

se movimentar livremente, usar os métodos não farmacológicos de alívio da dor, ter a presença de um acompanhante desfrutar durante todo o processo de parto (Pascheet *al.*, 2021).

Contudo, os relatos de violência obstétrica são persistentes, ressaltando a necessidade de capacitar profissionais de saúde para garantir um atendimento de qualidade e uma experiência positiva para as mulheres (Leiteet *al.*, 2022).

É importante investir na capacitação e qualificação do profissional de saúde para prepará-los a atender integralmente às necessidades das mulheres em todas as etapas da vida, com foco em especial no período da gravidez e do parto (Monteiro, 2022).

Conclusão

A percepção das mulheres sobre a assistência recebida durante os seus diferentes partos revelou experiências negativas, especialmente quando os partos ocorreram fora da MMR. Nessas situações, práticas pouco indicadas, como o uso de episiotomia, a manobra de Kristeller, maus tratamentos, indução do parto na fase latente do trabalho de parto e a violência verbal foram relatadas, causando um impacto emocional negativo durante o trabalho de parto.

Por outro lado, os partos realizados na MMR, que adota uma abordagem humanizada, foram associados a sentimentos mais positivos. A presença de um familiar, um ambiente seguro e individual, juntamente com a estrutura adequada e profissionais capacitados, contribuíram para essa percepção positiva. No entanto, mesmo nessa maternidade, algumas práticas pouco recomendadas também foram encontradas nas falas, como a utilização de ocitocina durante a fase ativa do parto.

Tanto nos partos com ambiente humanizado quanto nos sem ambiência observou-se três categorias principais, sendo elas o corpo (fenômenos do parto), a mente (sentimentos e percepções) e a assistência oferecida pelos profissionais. Isso demonstra que a diferença na qualidade dos partos está relacionada às técnicas utilizadas e à capacitação dos profissionais.

Pode-se concluir que ambiência para um parto humanizado e a presença de profissionais capacitados geram respostas positivas e benéficas no processo de parturição. Portanto, é essencial implementar esse modelo em um número maior de instituições para promover a adoção das boas práticas na assistência de trabalho de parto e parto.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse de nenhuma natureza.

Referências

ACOG, **Approaches to limit intervention during labor and birth**. Parecer do Comitê ACOG nº 766. The American College of Obstetricians and Gynecologists. v.133, n.2, p.164-173. February, 2019. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth.pdf> Acesso em: 16 nov.2023

ALBERTO, D. S. *et al.* Mortalidade materna: recorte temporal em um estudo na Amazônia. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, e5919108995, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8995/7965> Acesso em: 10 nov. 2023.

ANDRADE, D. M.; SCHMIDT, E. B.; MONTIEL, F. C. Uso do software Nvivo como ferramenta auxiliar da organização de informações na análise textual discursiva. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo (SP), v.8, n.19, p. 948-970, dez. 2020. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/357/247> Acesso em: 31 out. 2023.

ANTEPARA, D. C.; TOLEDO, L. B. M. Contexto de las hemorragias, en el puerpério inmediato. **Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud**, v.17, n.3. Asunción Dec. 2019. **vel em:** <http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1812->

95282019000300005&script=sci_arttext Acesso em: 18 nov.2023.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BENUTE, G.R.G. *et al.* Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.35, n.6, p. 281-285, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/HL77V8G6pGp8ffCYcJRwfbf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2023.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html Acesso em: 27 abr. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf Acesso em: 20 out.2023.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Editora do Ministério da Saúde: Brasília, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acesso em: 21 mar. 2023.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Departamento de gestão e incorporação de tecnologias em saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf Acesso em: 16 mar. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1ed. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf Acesso em: 21 mar. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher**, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 21 mar. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf Acesso em: 21 mar. 2023.

CAMILO, A. R. et al. Aspectos que dificultam assistência humanizada ao parto normal. Aspectos que dificultam assistência humanizada ao parto normal. **Revista de Trabalhos Acadêmico**. v.4, n.6, p. 1-8, 2012. Disponível em: https://web.archive.org/web/20180503070121id_/http://www.revista.universo.edu.br/index.php?journal=1reta2&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=704&path%5B%5D=549 Acesso em: 10 nov.2023

COELHO, T. S. **Análise dos resultados maternos e neonatais associados às intervenções realizadas durante o trabalho de parto de nulíparas de baixo risco**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2019. 155f. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/48046/3/2019_dis_tscoelho.pdf Acesso em: 18 nov. 2023.

FERREIRA, T.A. **Assistência de enfermagem no parto humanizado: percepção das puérperas atendidas no centro de parto normal de Ariquemes/RO**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Rondônia, 2018. Disponível em: <http://repositorio.faema.edu.br:8000/jspui/handle/123456789/2283> Acesso em: 02 abr. 2023.

FIGUEIREDO, A. M. **Fatores associados à experiência e dor durante o trabalho de parto e parto vaginal de mulheres brasileiras: estudo transversal**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/17635> Acesso em: 02 abr. 2023.

FURTADO, M. A. **Desfechos obstétricos e neonatais de parturientes submetidas à indução e/ou condução do trabalho de parto com ocitocina**. 2018. 69 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/37709/1/2018_tcc_mafurtado.pdf Acesso em: 15 nov. 2023.

GOMES, B. K. G. et al. Caracterização da assistência ao parto normal prestada por residentes de enfermagem OBSTÉTRICA. **REVISTA FOCO**, [S. l.], v. 16, n. 7, p. e1856, 2023. DOI: 10.54751/revistafoco.v16n7-079. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/1856> Acesso em: 23 nov. 2023.

GOMES, E. L.; GUERRA, M. B.; MACHADO, R. T. **Conhecimento dos enfermeiros sobre o uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto**. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade Pernambucana de Saúde, 2018. Disponível em: <http://tcc.fps.edu.br:80/jspui/handle/fpsrepo/194> Acesso em: 19 nov.2023.

GHOSH, G. et al. Racial/ ethnic differences in pregnancy-related hypertensive disease in nulliparous women. **EthnDis**. v.24, n.3, p. 283-289, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4171100/pdf/nihms624896.pdf> Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. IBGE. **Cidades e estados**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/ruopolis.html> Acesso em: 12 abr. 2023.

LAGO, E.L.M.; ABRAHAO, A.L.; SOUZA, A.C. Rede cegonha, política pública para o cuidado da mulher: revisão integrativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 19, n. 4, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1151568/6437-pt.pdf> Acesso em: 02 abr. 2023.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v.30, Ago, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWFgGd#> Acesso em: 17 nov.2023. suplemento 1.

LEITE, T.H. et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 483-491, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vWq9rQQg8B8GhcTb3xZ9Lsj/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 08 abr. 2023.

MARTIN, E. A. **Mulher no Corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, p.384, 2006.

MARTINS, A.C.S.; SILVA, L.S. Epidemiological profile of maternal mortality. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v. 71 (Suppl 1) p. 677- 83, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/j7FSm5XkPvfcRHZQtMjJ8SK/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 out. 2023.

MEDEIROS, M. Q. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres de risco habitual de uma maternidade de referência do Ceará**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Mestrado em Saúde Pública, 2016. 96f. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/16280/1/2016_dis_mqmedeiros.pdf Acesso em: 10 out. 2023.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. Edição Loyola. 5ed. São Paulo, 2005.

MELO, W. A. et al. Gestação de alto risco: fatores associados em município do Noroeste paranaense. **Espa . saúde (Online)**, v. 17, n.1, p. 83-92, 2016. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/371/11> Acesso em: 10 out. 2023.

MENEZES, F. R. et al. O olhar de residentes em enfermagem obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas institui es. **Interface-Comunica o, Saúde, Educa o**, v. 24, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24/e180664/> Acesso em: 02 abr. 2023.

MONTEIRO, A. M. S. A Assistência de Enfermagem Obstétrica no Trabalho de Parto. **Revista Paulista de Enfermagem**, [S. l.], v. 33, n. 1, 2022. . repen.2022v33a05 Disponível em: https://repen.com.br/revista/wp-content/uploads/2022/07/REPE_n_2022_v33-37-48.pdf Acesso em: 15 nov.2023.

MOURA, J. W. S. et al. Humaniza o do parto na perspectiva da equipe de enfermagem de um Centro de Parto Normal. **Enfermagem em Foco**. v.11, n.3, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3256/908> Acesso em: 16 nov. 2023.

OREANO, J. M. et al. Visão de puérperas sobre a não utiliza o das boas práticas na aten o ao parto. **CiencCuidSaude**. V.13, n.1, p.128-136, Jan/Mar, 2014. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/47116198/18887-100753-1-PB-libre.pdf?1468017319=&response-contentdisposition=inline%3B+file+name%3DVisao_de_puerperas_sobre_a_nao_utilizaca.pdf&Expires=1700098819&Signature=NfaYJxhcr3

0VomvFueb2B1uuv6NXTQ8OBjNQZIIEGsy5EvdR5-qu-KgzLc~MQYzuTpvzodXnm3ixfzmG2uXgBMYqf63AhqzP7Kj~72XkVImA16MvUG3yq-lm4XF5~f8loRUaYmkyFaWMuf6BXvUIrZ3yGSDWSyQvDGxcrmmrowT67dBS0wNNQSH5wxhLk-iquTh5oUiz60EnqxN~h8VpN-Sil88ZvTIKvYjj7iYeRgiVkewkRv8OBWATAajVMMxZq7AEU2-ixjaqxMzl2DoF-0WT3TRm9njivWO8iSz9ac2OfAQFCuwY-IEUcKohEXTP4XUvvyI9yHE9BQR47DpS1A__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA: Acesso em: 15 nov.2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao Parto Normal**: Um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra, p.53, 1996. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf Acesso em: 29 mar. 2023.

PACHECO, V. C. et al. As influências da raça/ cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 125-137, jan-mar, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/M54gMHgH4FwvmN9k7zRkZXJ/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 nov. 2023.

PASCHE, D. F. et al. Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 26, n.3, p. 887-896. Mar, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26n3/887-896/pt> Acesso em: 18 nov.2023.

PROGIANTI, J. M.; COSTA, R. F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2012, v. 65, n. 2, p. 257-263. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ypCfzv57FwCrVHyqNWbfpM/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 23 Nov. 2023.

RIBEIRO, J. F. et al. Avaliação da assistência ao parto normal em uma maternidade pública. **Revista Gestão & Saúde**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 65–81, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3380> Acesso em: 20 nov. 2023.

RODRIGUES, A. R. M. et al. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. **SANARE**, Sobral, v.16, Suplemento n.01, p.23-28, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/1135-Texto%20do%20Artigo-2511-2764-10-20171006.pdf> Acesso em: 10 nov. 2023.

SANFELICE, C. F. O. et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 2, p. 362, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324031263022> Acesso em: 21 mar. 2023.

SANTOS, A. L. S. et al. O acompanhante no trabalho de parto sob a perspectiva da puérpera. **RevEnferm UFSM**. v.5, n.3, p.531-540, Jul./Set, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17337/pdf> Acesso em: 10 nov. 2023.

SILVA, G. F. et al. Possibilidades para a mudança do modelo obstétrico hegemônico pelas enfermeiras obstétricas. **Revista Enfermagem UERJ**, v.28, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/49421/35741> Acesso em: 20 nov. 2023.

TAVARES, N. V. S. et al. Fatores que influenciam a ocorrência de laceração perineal no parto. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. 1-14, 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/25245-Article-320183-1-10-20220320.pdf> Acesso em: 16 nov. 2023.

TREVISAN, A. M. G.; DUTRA, M. Z.; TASCA, A. C. A importância da atuação do profissional enfermeiro na prevenção de hemorragia pós-parto: estudo bibliográfico. **Anais do 18º Encontro Científico Cultural Interinstitucional**, 2020, s/n. Disponível em: <https://www4.fag.edu.br/anais-2020/Anais-2020-8.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2023.

WHO. World Health Organization. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento de hemorragia pós-parto**, 2014. Disponível em: <https://www.abenforj.com.br/site/arquivos/manuais/256.pdf> Acesso em: 18 nov. 2023.

WHO. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1> Acesso em: 15 nov. 2023.

WOLFF, L. R.; MOUURA, M. A. V. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Esc Anna Nery R Enferm**, v.8, n.2, p. 279-85, Ago; 2004. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v8n2a16.pdf> Acesso em: 20 nov.2023.