

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO**  
**INSTITUTO DE SAÚDE**

**FANNYA TALILIA BATISTA DE SOUZA**

**ASSISTÊNCIA AO PARTO NO MUNICÍPIO**  
**DE FRANCISCO MORATO: O QUE DIZEM**  
**AS MULHERES?**

**SÃO PAULO**

**2023**

**FANNYA TALILIA BATISTA DE SOUZA**

**ASSISTÊNCIA AO PARTO NO MUNICÍPIO  
DE FRANCISCO MORATO: O QUE DIZEM  
AS MULHERES?**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Instituto de Saúde, para obtenção do título de  
Especialista em Saúde Coletiva.**

**Orientadora: FABIANA SANTOS LUCENA**

**SÃO PAULO**

**2023**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Souza, Fannya Talilia Batista de  
Assistência ao parto no município de Francisco Morato: o que dizem as  
mulheres? / Fannya Talilia Batista de Souza — São Paulo, 2023.  
45 f.

Orientador (a): Profª Fabiana Santos Lucena

Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado  
da Saúde – Curso de Especialização em Saúde Coletiva

1. Políticas de saúde 2. Saúde pública 3. Saúde da Mulher 4.  
Humanização de assistência ao parto 5. Pesquisa qualitativa I.  
Lucena, Fabiana Santos

CDD: 614

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido Paulo por todo apoio, incentivo, compreensão e colaboração ao longo deste ano e por sempre me lembrar que sou capaz.

E à minha filha Samantha, minha fonte inescapável de pulsão de vida.

## AGRADECIMENTO

Às mulheres que participaram dessa pesquisa, possibilitando a concretização deste trabalho. Muito obrigada por terem compartilhado as histórias únicas e singulares do parto de vocês.

À minha orientadora Fabiana Santos Lucena, pelo suporte, apoio e dedicação na elaboração deste trabalho. Obrigada por cada sugestão e correção feita.

Ao Instituto de saúde, a todos os trabalhadores e trabalhadoras, em especial ao corpo docente do Curso de Especialização em saúde coletiva, obrigada pela oportunidade de aprendizagem e de desenvolvimento.

Aos amigos da especialização, em especial, Eduardo, Refferson, Vagner, Thais e Renan. Obrigada pelos momentos compartilhados, pelos risos, desabafos e incentivo. Vocês tornaram minha caminhada mais leve!

À minha amiga Giulia, obrigada pela amizade e presença constante nos meus dias, pelos risos, pelos desabafos e pela escuta sempre atenciosa nos momentos de desespero. Não sei o que seria de mim sem sua companhia nessa trajetória.

À minha família e aos meus amigos da vida inteira pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência. Obrigada por sempre me apoiarem.

À toda a minha rede de apoio, em especial, à minha sogra Sueli por todo o apoio que me deu ao longo deste ano, sem você isto não teria sido possível.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

## EPÍGRAFE

*(...) Com versos que o livro apagou  
Desde 1500  
Tem mais invasão do que descobrimento  
Tem sangue retinto pisado  
Atrás do herói emoldurado  
Mulheres, tamoios, mulatos  
Eu quero um país que não está no retrato  
Brasil, o teu nome é Dandara  
E a tua cara é de cariri  
Não veio do céu  
Nem das mãos de Isabel  
A liberdade é um dragão no mar de Aracati  
Salve os caboclos de julho  
Quem foi de aço nos anos de chumbo  
Brasil, chegou a vez  
De ouvir as Marias, Mahins, Marielles, malês*

(MANGUEIRA - SAMBA-ENREDO 2019)

Souza, Fannya Talilia Batista de. **Assistência ao parto no município de Francisco Morato: o que dizem as mulheres?** [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2023.

## RESUMO

**Introdução:** O modelo de atenção ao parto prevalente no Brasil é marcado pela adoção excessiva de intervenções, uso de tecnologias duras e de práticas corriqueiras que desconsideram evidências científicas e a subjetividade intrínseca da experiência de parir.

**Objetivo:** Analisar a percepção das mulheres em relação a assistência recebida durante o trabalho de parto/parto no município de Francisco Morato. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada no município de Francisco Morato. Foram entrevistadas 11 mulheres a partir de entrevista semiestruturada e foi realizada a análise a partir da técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** A partir dos estudos analisados constatou-se que a percepção que as mulheres tiveram sobre a assistência recebida durante o trabalho de parto/parto foi marcada pelo despreparo e pelo medo do parto normal. Destacou-se também o fato de que práticas humanizadas na assistência ao parto coexistem com práticas não ancoradas em evidências científicas ou nas boas práticas de assistência ao parto. **Conclusão:** Conclui-se a importância de continuar lançando luz sobre a assistência ao parto para pensar em melhorias e na efetiva implementação das boas práticas e das tecnologias mais adequadas e condizentes com as evidências científicas que coloquem a mulher no centro.

**Palavras-chave:** Políticas de saúde, Saúde Pública, Saúde da Mulher, Humanização da Assistência ao Parto, Pesquisa Qualitativa.

## ABSTRACT

**Introduction:** The delivery care model prevalent in Brazil is marked by the excessive adoption of interventions, the use of harsh technologies and commonplace practices that disregard scientific evidence and the intrinsic subjectivity of the experience of giving birth.

**Objective:** To analyze the perception of women regarding the assistance received during labor/delivery in the city of Francisco Morato. **Methodology:** This is a qualitative research, carried out in the municipality of Francisco Morato. Eleven women were interviewed using a semi-structured interview and the analysis was performed using the Content Analysis technique. **Conclusion:** It concludes the importance of continuing to shed light on childbirth care to think about improvements and the effective implementation of good practices and the most appropriate technologies consistent with scientific evidence that put women at the center.

**Keywords:** Health Policy, Public Health, Humanizing Delivery, Women's Health, Qualitative Research.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Revisão da Literatura</b>	<b>13</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>15</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Geral</b>	<b>16</b>
<b>3.2 Específicos</b>	<b>16</b>
<b>4 ARTIGO</b>	<b>17</b>
<b>4.1 Introdução</b>	<b>17</b>
<b>4.2 Metodologia</b>	<b>20</b>
<b>4.3 Resultados</b>	<b>22</b>
<b>4.4 Discussão</b>	<b>31</b>
<b>4.5 Conclusão</b>	<b>31</b>
<b>4.6 Referências</b>	<b>32</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>37</b>
<b>6 REFERÊNCIAS</b>	<b>38</b>
<b>7 ANEXOS/APÊNDICES</b>	<b>42</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência ao parto já esteve regida por diversos paradigmas. Antes de se consolidar como um modelo baseado na assistência médica, o parto também já foi tutelado pela Igreja católica que entendia o sofrimento como um propósito divino, como uma forma de pagar pelo “pecado original”. Neste modelo as dores não podiam ser aliviadas, e os saberes femininos outrora vigentes não podiam mais serem utilizados, chegando até a serem considerados ilegais<sup>1</sup>.

Neste cenário, a obstetrícia médica surge se contrapondo a concepção hegemônica religiosa, apresentando como solução, uma assistência ao parto que possibilitasse uma experiência indolor, entendendo o parto não mais como sofrimento sacro e inevitável, mas sim patológico, logo passível de intervenção. A obstetrícia masculina e cirúrgica oferece assim “solidariedade humanitária e científica” (p. 627), assumindo o lugar de superioridade em relação ao saber feminino ou religioso sobre o partear<sup>2</sup>.

Esse modelo se constituiu ao longo dos anos a partir do uso indiscriminado de intervenções tecnológicas sem comprovações científicas, acríicas e iatrogênicas.<sup>2</sup> Atualmente, são muitas as evidências que mostram que o uso desmedido de intervenções levam ao aumento da mortalidade materna, sendo proposto como prática de promoção à saúde a redução dessas intervenções, entendendo o parto como um processo natural e fisiológico, em que qualquer interferência requer uma razão válida e não mais indiscriminada<sup>3</sup>.

Esse modelo denominado tecnocrático é o modelo de atenção ao parto prevalente no Brasil, tanto no setor público como no privado, marcado pela adoção excessiva de intervenções, uso de tecnologias duras e de práticas corriqueiras que desconsideram evidências científicas e a subjetividade intrínseca da experiência de parir. Esse modo de assistência contribui com a normalização da violência obstétrica,<sup>4 5 6</sup> que “representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde” (p. S12)<sup>7</sup>. Neste cenário, as altas taxas de cesarianas aparecem como uma alternativa de prevenir todo esse sofrimento atrelado à experiência e às violências vividas no momento do parto “normal”<sup>2</sup>.

O estudo de base hospitalar e de amostragem representativa intitulado Nascer no Brasil

entrevistou mais de 23 mil puérperas em todo o país, e evidenciou o uso irracional de intervenções na assistência ao parto, 90% das entrevistadas pariram deitadas (litotomia), 70% foram puncionadas, 56% foram submetidas a episiotomia, 40% receberam ocitocina, assim como a amniotomia, 37% tiveram a parte superior do útero pressionado durante o período expulsivo (manobra de Kristeller) <sup>8</sup>. Práticas que conforme publicações baseadas em evidências científicas tanto da OMS <sup>3</sup> quanto do Ministério da Saúde (MS) <sup>9</sup> são consideradas ineficazes ou até mesmo prejudiciais.

Em relação ao que é recomendado como boas práticas na atenção ao parto, como o direito à presença de um acompanhante, estímulo à livre movimentação e posições verticais, oferta de alimentação e hidratação, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, amamentação ainda na sala de parto e contato pele a pele imediato <sup>10</sup>, a pesquisa supracitada mostrou que apenas 18,7% das mulheres tiveram acompanhantes, 26% puderam se alimentar, 46% puderam se movimentar durante o período do trabalho de parto. E somente 5% das entrevistadas tiveram um parto sem nenhuma intervenção, dados que mostram a prevalência do modelo intervencionista na assistência ao parto no Brasil.

O Brasil ocupa o segundo lugar no ranking dos países com as maiores taxas de cesarianas do mundo (57% dos partos), de acordo com os dados de 2018 da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>11</sup>. Estudos realizados no país demonstram que as taxas de cesarianas variam de 87,9% no setor privado a 42,9% no setor público <sup>12</sup>.

A cirurgia cesariana, quando há real indicação, salva vidas e diminui as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, porém quando ela é realizada para além do que é recomendado, o procedimento além de não diminuir os desfechos negativos, pode ocasioná-los <sup>7</sup>. A OMS definiu, em 1985 e depois em 2015 <sup>13</sup>, que o índice máximo de cesarianas é de 15%, já que a partir dessa taxa não foi identificada melhora na morbimortalidade materna e perinatal. Porém, essa taxa preconizada pela OMS está longe de ser encontrada, como mostra a realidade brasileira.

Estima-se que a atual pandemia da COVID-19 possa ter aumentando ainda mais as cesarianas, tendo em vista os riscos que o vírus pode representar para o desfecho da gestação

<sup>14</sup>. Todavia, as diretrizes e protocolos produzidos no Brasil acerca da atenção ao parto durante a pandemia apontam que somente a infecção confirmada por SARS-CoV-2 não é suficiente para antecipar o parto ou ser um indicativo de cesariana. A recomendação é que se avalie o estado geral da parturiente e se há evolução de sintomas respiratórios graves. Apenas o parto na água foi contraindicado em função de ter sido detectada a presença do vírus nas fezes <sup>4</sup>.

Uma pesquisa recente mostrou que a cada dez mulheres grávidas e no puerpério que morreram devido ao coronavírus em todo o mundo, oito eram brasileiras <sup>15</sup>. A razão da mortalidade materna é um importante indicador de um país. A partir dele é possível estimar a qualidade da assistência oferecida às mulheres ou a falta dela, dessa forma a morte materna é uma realidade complexa e desafiadora enfrentada pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) <sup>16</sup>.

No Brasil, desde 1984 diversas estratégias, programas e ações foram pensadas e implementadas para diminuir as elevadas taxas de mortalidade, como o Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal, o Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. A razão de mortalidade materna já foi de 143/100.000 nascidos vivos (nv) em 1990, diminuindo para 72/100.000 nv nos anos 2000, nos anos 2000 a 2010 oscilou entre 72 e 69/100.000 nv, oscilando novamente no período de 2010 e 2017 entre 62 e 65 óbitos/100.000 nv<sup>10</sup>. Apesar dos avanços, o país ainda está distante do pactuado nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável de 30 óbitos para cada 100.000 nv <sup>16</sup>.

Em relação às causas da mortalidade materna no país, 68% das mortes são por causas evitáveis, grande parte por complicações hemorrágicas e hipertensivas, realidade que lança luz sobre a importância de se olhar para a qualidade da assistência ao parto. Neste sentido, por meio da portaria nº1.459, de 24 de junho de 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha (RC) com o objetivo de implementar um novo modelo de atenção ao parto para enfrentar as altas taxas de mortalidade materna e a baixa qualidade da assistência ao parto no SUS <sup>17</sup>.

A RC conta com o envolvimento de mais de 600 maternidades públicas ou conveniadas, com ações que vão desde o planejamento reprodutivo e o pré-natal, com foco em uma atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério. Teve como estratégia o aumento da oferta de cursos de especializações e de residências na área da saúde da mulher, possibilitando uma formação de qualidade para os profissionais e também a capacitação destes para terem a competência necessária para operar os comitês de vigilância do óbito fetal, materno e infantil, além dos núcleos hospitalares <sup>18</sup>.

O estudo de Leal et al. <sup>18</sup>, comparou os dados da pesquisa Nascido do Brasil já citado anteriormente, com os resultados de novas avaliações realizadas em 2017, sendo elas a avaliação das maternidades ligadas a estratégia Rede Cegonha e o projeto parto adequado nas instituições privadas intitulado Nascido Saudável. Os resultados mostraram um aumento significativo, entre os anos de 2011 e 2017, do uso de boas práticas e da diminuição das práticas danosas, assim como um maior acesso à tecnologias adequadas ao parto.

A RC havia sido substituída pela Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI) <sup>19</sup>, todavia a portaria que instituiu a RAMI foi recentemente revogada <sup>20</sup>. Essa substituição havia causado preocupação de conselhos, secretarias e de movimentos sociais de mulheres, por ter sido considerada um retrocesso, assim como não ter sido pactuada com representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde <sup>21</sup>.

### **1.1 Percepção das mulheres em relação a assistência recebida**

Um aspecto importante a ser compreendido refere-se a percepção da assistência recebida durante o parto. Para compreender melhor essa temática foi realizada uma breve revisão de literatura para compreender como as mulheres têm percebido a assistência recebida durante o trabalho de parto e parto.

Para localização e seleção dos estudos foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores utilizados foram “Percepção das mulheres AND assistência ao parto”, foram incluídos artigos quantitativos e qualitativos, assim como revisões, disponíveis na íntegra e gratuitamente, publicados em português, que falassem da percepção das mulheres

sobre a assistência ao parto. A busca inicial resultou em 108 artigos, a partir da primeira seleção realizada após a leitura do título 82 artigos foram excluídos, prosseguindo com a leitura dos resumos restaram 20 artigos, que se mostraram pertinentes para essa revisão, depois da leitura na íntegra.

Sendo assim, foram analisados vinte artigos, dos quais quatorze se tratavam de pesquisas de abordagem qualitativa, três de abordagem quantitativa sendo um de abrangência nacional, uma pesquisa mista e duas revisões integrativas. Os estudos analisados abordaram a percepção das mulheres em relação à assistência recebida de forma geral, ou aspectos mais específicos como a assistência ofertada pela equipe de um Centro de Parto Normal (CPN), a percepção das mulheres a respeito do parto verticalizado, a percepção acerca da violência obstétrica, todos sob a ótica das mulheres assistidas.

A revisão evidenciou a predominância das práticas violentas que ocorrem de forma velada e naturalizada <sup>22 - 31</sup>. Uma assistência centrada ainda em uma prática biomédica, intervencionista, marcada pela falta de protagonismo das mulheres e pela conduta impositiva dos profissionais <sup>25</sup>.

A literatura evidenciou que os aspectos relacionais e emocionais na atenção ao parto, na atualidade, ainda são muito negligenciados <sup>23</sup>, favorecendo um modelo em que o medo, a insegurança, as experiências de desrespeito, maus-tratos, abandono e negligência apareçam com frequência no relato das mulheres que pariram <sup>22 23 24 25 26 27 28 29 30 31</sup>.

Ainda que as pesquisas apontem para as inúmeras violências que acontecem corriqueiramente no cuidado às parturientes, principalmente no que diz respeito à relação interpessoal, nota-se também que há um crescimento de instituições, equipes e profissionais que oferecem uma assistência humanizada <sup>32 33 34 35 36 22 37 38 39 40</sup>. Esta melhora no cuidado é encontrada nos artigos, e a satisfação é relatada pelas mulheres nos serviços que apresentaram um atendimento que preza pelo acolhimento, a escuta ativa e a comunicação eficiente, o respeito, o alívio adequado da dor, a empatia e a sensibilidade dos profissionais. Esses fatores elencados são há muito tempo reivindicados pelo movimento de mulheres, e também vêm sendo preconizados pelas diretrizes e protocolos para uma melhor assistência ao parto.

A presença do acompanhante também foi mencionada nos artigos como um importante fator para uma melhor experiência no trabalho de parto e parto. Os sentimentos de apoio emocional, encorajamento, segurança e bem-estar foram reconhecidos como benefícios pela presença de um familiar ou pessoa de confiança e da escolha da mulher. A forma como esse acompanhante é tratado também apareceu como um elemento importante<sup>34 33 36 38</sup>. Embora as parturientes tenham o direito a um acompanhante da sua escolha garantido por lei, os estudos mostram que este direito ainda não foi cumprido em sua totalidade<sup>40 30</sup>.

A desinformação das mulheres acerca de seus direitos foi um aspecto muito observado nos estudos. Desconhecimento da possibilidade de autonomia e protagonismo no momento do trabalho de parto, como por exemplo poder escolher a posição que quer parir, desconhecimento do que é a violência obstétrica, falta de informação a respeito do que realmente se trata uma casa de parto normal, sendo considerado por muitas como apenas uma sala de espera<sup>24 26 41 39 27</sup><sup>29</sup>. Esses achados explicitam a importância da informação no pré-natal e denunciam a falta de preparo para o parto. Os artigos apontam para a necessidade de um pré-natal de qualidade em que seja oferecido a continuidade da assistência e a vinculação do cuidado entre esses dois pontos de atenção em que a mulher é assistida.

O estudo de abrangência nacional que avaliou os fatores sociodemográficos e reprodutivos associados ao atendimento mostrou que mulheres com maior idade e escolaridade tiveram melhor acolhimento, enquanto que as mulheres que sinalizaram pior acolhimento foram as de cor de pele parda e preta<sup>35</sup>. Esse dado corrobora com um dos achados do estudo realizado com parturientes de uma maternidade pública de Feira de Santana, na Bahia, em que mulheres com maior idade também relataram maior satisfação com determinados aspectos do serviço ofertado<sup>38</sup>.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Este estudo se justifica pela compreensão de que ouvir as percepções das mulheres sobre a assistência ao parto pode contribuir para a reflexão e problematização das práticas que vêm sendo adotadas atualmente no Brasil, ampliando o debate sobre os desafios da humanização no parto e nascimento e sobre as estratégias para a implementação de um cuidado que coloque as

mulheres no centro.

Esse estudo faz parte de uma pesquisa que tem como objetivo geral descrever e analisar a organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato. Assim, um aspecto importante pactuado com a gestão refere-se a compreender a percepção das mulheres sobre a assistência ao parto. Partimos do pressuposto de que compreender essa percepção pode contribuir para o planejamento de ações de aprimoramento da assistência recebida.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

O objetivo deste trabalho é analisar a percepção das mulheres em relação a assistência recebida durante o trabalho de parto/parto no município de Francisco Morato.

#### **3.2 Específicos**

- Identificar e analisar a incorporação de boas práticas de assistência ao parto;
- Identificar e analisar percepção de abusos relacionados à assistência ao parto;

## 4 ARTIGO

### 4.1 Introdução

Historicamente a assistência ao parto já esteve regida por diversos paradigmas. Antes de se consolidar como um modelo baseado na assistência médica o parto também já foi tutelado pela Igreja católica, que entendia o sofrimento como um propósito divino, como uma forma de pagar pelo “pecado original”. Neste modelo as dores não podiam ser aliviadas, e os saberes femininos outrora vigentes não podiam mais serem utilizados, chegando até a serem considerados ilegais <sup>1</sup>.

Neste cenário, a obstetrícia médica constitui-se partir da contraposição a concepção hegemônica religiosa, apresentando como solução, uma assistência ao parto que possibilitasse uma experiência indolor, entendendo o parto não mais como sofrimento sacro e inevitável, mas sim patológico, logo passível de intervenção. A obstetrícia masculina e cirúrgica oferece assim “solidariedade humanitária e científica”(p. 627), assumindo o lugar de superioridade em relação ao saber feminino ou religioso sobre o partear <sup>2</sup>.

Esse modelo se constituiu ao longo dos anos a partir do uso indiscriminado de intervenções tecnológicas sem comprovações científicas, acríticas e iatrogênicas <sup>2</sup>. Atualmente, são muitas as evidências que mostram que o uso desmedido de intervenções levam ao aumento da mortalidade materna, sendo proposto como prática de promoção à saúde, a redução dessas intervenções, entendendo o parto como um processo natural e fisiológico, em que qualquer interferência requer uma razão válida e não mais indiscriminada <sup>3</sup>.

Esse modelo denominado tecnocrático é o modelo de atenção ao parto prevalente no Brasil, tanto no setor público como no privado, marcado pela adoção excessiva de intervenções, uso de tecnologias duras e de práticas corriqueiras que desconsideram evidências científicas e a subjetividade intrínseca da experiência de parir. Esse modo de assistência contribui com a normalização da violência obstétrica <sup>4 5 6</sup>, que “representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio

sistema de saúde” (p. S12) <sup>7</sup>. Neste cenário, as altas taxas de cesarianas aparecem como uma alternativa de prevenir todo esse sofrimento atrelado à experiência e às violências vividas no momento do parto “normal” <sup>2</sup>.

O estudo de base hospitalar e de amostragem representativa intitulado Nascer no Brasil entrevistou mais de 23 mil puérperas em todo o país, e evidenciou o uso irracional de intervenções na assistência ao parto. Essa pesquisa aponta que 90% das entrevistadas pariram deitadas (litotomia), 70% foram puncionadas, 56% foram submetidas a episiotomia, 40% receberam ocitocina, assim como a amniotomia, 37% tiveram a parte superior do útero pressionado durante o período expulsivo (manobra de Kristeller) <sup>8</sup>. Práticas que conforme publicações baseadas em evidências científicas tanto da Organização Mundial de Saúde (OMS) <sup>3</sup> quanto do Ministério da Saúde (MS) <sup>9</sup> são consideradas ineficazes ou até mesmo prejudiciais.

Em relação ao que é recomendado como boas práticas na atenção ao parto, como o direito à presença de um acompanhante, estímulo à livre movimentação e posições verticais, oferta de alimentação e hidratação, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, amamentação ainda na sala de parto e contato pele a pele imediato <sup>10</sup>, a pesquisa supracitada mostrou que apenas 18,7% das mulheres tiveram acompanhantes, 26% puderam se alimentar, 46% puderam se movimentar durante o período do trabalho de parto. E somente 5% das entrevistadas tiveram um parto sem nenhuma intervenção, dados que mostram a prevalência do modelo intervencionista na assistência ao parto no Brasil.

O Brasil ocupa o segundo lugar no ranking dos países com as maiores taxas de cesarianas do mundo (57% dos partos), de acordo com os dados de 2018 OMS <sup>11</sup>. Estudos realizados no país demonstram que as taxas de cesarianas variam de 87,9% no setor privado a 42,9% no setor público <sup>12</sup>.

A cirurgia cesariana, quando há real indicação, salva vidas e diminui as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, porém quando ela é realizada para além do que é recomendado, o procedimento além de não diminuir os desfechos negativos, pode ocasioná-los <sup>7</sup>. A OMS definiu, em 1985 e depois em 2015 <sup>13</sup>, que o índice máximo de

cesarianas é de 15%, já que a partir dessa taxa não foi identificada melhora na morbimortalidade materna e perinatal. Porém, essa taxa preconizada pela OMS está longe de ser encontrada, como mostra a realidade brasileira.

No Brasil, desde 1984 diversas estratégias, programas e ações foram pensadas e implementadas para diminuir as elevadas taxas de mortalidade, como o Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal, o Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. A razão de mortalidade materna já foi de 143/100.000 nascidos vivos (nv) em 1990, diminuindo para 72/100.000 nv nos anos 2000, nos anos 2000 a 2010 oscilou entre 72 e 69/100.000 nv, oscilando novamente no período de 2010 e 2017 entre 62 e 65 óbitos/100.000 nv<sup>10</sup>. Apesar dos avanços, o país ainda está distante do pactuado nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável de 30 óbitos para cada 100.000 nv<sup>14</sup>.

Em relação às causas da mortalidade materna no país, 68% das mortes são por causas evitáveis, grande parte por complicações hemorrágicas e hipertensivas, realidade que lança luz sobre a importância de se olhar para a qualidade da assistência ao parto. Neste sentido, por meio da portaria nº1.459, de 24 de junho de 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha (RC) com o objetivo de implementar um novo modelo de atenção ao parto para enfrentar as altas taxas de mortalidade materna e a baixa qualidade da assistência ao parto no SUS<sup>15</sup>.

A RC contava com o envolvimento de mais de 600 maternidades públicas ou conveniadas, com ações que iam desde o planejamento reprodutivo e o pré-natal, com foco em uma atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério. Teve como estratégia o aumento da oferta de cursos de especializações e de residências na área da saúde da mulher, possibilitando uma formação de qualidade para os profissionais e também a capacitação destes para terem a competência necessária para operar os comitês de vigilância do óbito fetal, materno e infantil, além dos núcleos hospitalares<sup>16</sup>.

O estudo de Leal et al.<sup>16</sup>, comparou os dados da pesquisa Nascido no Brasil já citado

anteriormente, com os resultados de novas avaliações realizadas em 2017, sendo elas a avaliação das maternidades ligadas a estratégia Rede cegonha e o projeto parto adequado nas instituições privadas intitulado Nascir Saudável. Os resultados mostraram um aumento significativo, entre os anos de 2011 e 2017, do uso de boas práticas e da diminuição das práticas danosas, assim como um maior acesso à tecnologias adequadas ao parto. Esse estudo demonstra que a presença de acompanhante durante o parto vaginal nos serviços públicos teve um aumento de 164% de 2011 a 2017. O estudo demonstrou também maior possibilidade de consumo de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto (47,6%), maior liberdade de deambulação (69,2%) e houve diminuição de episiotomia (de 47,3% em 2011/2012 para 27,7% em 2017).

A RC havia sido substituída pela Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI)<sup>17</sup>, todavia a portaria que instituiu a RAMI foi recentemente revogada<sup>18</sup>. Essa substituição havia causado preocupação de conselhos, secretarias e de movimentos sociais de mulheres, por ter sido considerada um retrocesso, assim como não ter sido pactuada com representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde<sup>19</sup>.

Considerando os desafios postos historicamente, o modelo hegemônico vigente de assistência ao parto, o objetivo deste trabalho é analisar a percepção das mulheres em relação à assistência recebida durante o trabalho de parto/parto no município de Francisco Morato.

## **4.2 Metodologia**

O presente estudo é parte de um projeto maior intitulado: “Análise da organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato”, realizado por meio da parceria entre o Instituto de Saúde (IS) e o Serviço de Assistência Médica de Francisco Morato (SAME). O projeto teve como objetivo geral descrever e analisar a organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato.

O município de Francisco Morato situa-se na Região Metropolitana do Estado de São

Paulo, 30,5 km em linha reta da capital do Estado, 43 km por ferrovia e 45 por rodovia. Francisco Morato tem área de 49,2 km<sup>2</sup> e limita-se com os municípios de Campo Limpo Paulista ao norte, Atibaia ao nordeste, Mairiporã à leste e a sul/oeste Franco da Rocha. Sua população é de 202.431 habitantes, sendo 189.838 residentes em área urbana e 12.499 em área rural <sup>20</sup>.

Quanto aos serviços públicos de saúde disponíveis no município, a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) conta com: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, CAPS-AD, CAPSi (Infantil), Centro de Fisioterapia e Reabilitação, Centro Integrado à Saúde da Mulher, Centro de Especialidade Odontológica (CEO), Centro Integrado de Saúde, Centro de Testagem e Aconselhamento, treze unidades de saúde da família e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24H <sup>21</sup>.

O município conta ainda com dois Hospitais, sendo um estadual e um municipal. O hospital municipal refere-se a Santa Casa de Misericórdia, que estava com a maternidade desativada desde 2009, voltando a ser reaberta em 2022 sob a administração do Grupo São Cristóvão Saúde <sup>21</sup>. Essa maternidade agora é a responsável em assistir os partos de risco habitual. A maternidade do Hospital Estadual, é responsável pela assistência aos partos de alto risco.

Para esse estudo, a opção metodológica foi a pesquisa de campo de base qualitativa. A pesquisa qualitativa permite compreender as percepções, histórias, representações, crenças, valores, atitudes e interpretações de cada indivíduo <sup>22</sup>.

Participaram dessa pesquisa onze mulheres que foram contactadas no mês de outubro de 2022, a partir de uma unidade básica de saúde localizada no município de Francisco Morato. A entrevistadora destinou-se à unidade de saúde, conforme horário combinado com a gestora do serviço, e abordou mulheres que aguardavam atendimento na sala de espera do local. Foi feito um contato inicial, em que a entrevistadora apresentou-se e perguntou sobre a possibilidade de apresentar informações sobre a pesquisa. Quando havia aceitação, era feito uma breve descrição do estudo, investigando também se a mulher abordada havia tido o parto nos hospitais públicos do município, em caso positivo, a participante era levada para

uma sala reservada para dar início a entrevista, garantindo a privacidade.

Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada elaborada pela pesquisadora e orientadora, contendo perguntas pertinentes aos objetivos da pesquisa. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o consentimento das participantes, as entrevistas foram gravadas com o auxílio de um celular smartphone e posteriormente transcritas na íntegra.

Como método de tratamento dos dados, optou-se pelo uso do procedimento de análise de conteúdo proposto por Bardin <sup>23</sup>. Para a análise do material foram seguidas as seguintes etapas: (1) pré-exploração do material; (2) codificação das mensagens, apreendendo os núcleos de sentido, os agrupando e gerando as categorias temáticas; (3) discussão das categorias temáticas a partir da síntese interpretativa dos dados, à luz dos documentos ministeriais norteadores do trabalho no Sistema Único de Saúde.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) e foi aprovado sob o número do Parecer 5.361.673.

### **4.3 Resultados e Discussão**

Na Tabela 1, disposta a seguir, são apresentadas informações referentes à caracterização das onze participantes da pesquisa. Os nomes são fictícios, escolhidos aleatoriamente pela pesquisadora visando à preservação do sigilo.

**Tabela 1** Caracterização das participantes.

Nome	Idade	Cor autodeclarada	situação conjugal	Experiência de parto	Tipo de parto
Nise	29	branca	casada	primípara	cesárea
Cora	31	branca	casada	multípara	cesárea
Virginia	33	parda	união estável	multípara	cesárea após trabalho de parto
Neusa	29	parda	casada	multípara	normal
Maria	27	parda	casada	multípara	normal
Dandara	28	preta	união estável	multípara	normal
Lélia	36	parda	união estável	multípara	cesárea
Carolina	39	negra	solteira	multípara	normal
Ivone	29	parda	casada	multípara	cesárea após trabalho de parto
Ana	23	branca	solteira	primípara	cesárea
Angela	20	preta	solteira	primípara	cesárea após trabalho de parto

O intervalo etário mostrou-se relativamente heterogêneo, contemplando participantes entre 20 e 39 anos de idade. Em relação à cor autodeclarada, a maioria das participantes são mulheres negras (preta e parda) conforme o quesito de cor e raça usado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>24</sup>. A maioria das participantes eram multíparas e estavam em um relacionamento conjugal.

Quanto ao tipo de parto sete foram cesáreas, sendo três após trabalho de parto, e quatro mulheres tiveram parto normal.

A partir do procedimento de análise de conteúdo, foram definidas três categorias temáticas: 1) O medo do parto 2) Parto cesárea como direito e salvação; 3) Da violência obstétrica à humanização e as boas práticas. A primeira categoria apresenta como o parto foi sendo construído no imaginário das mulheres permeado pelo medo, advindo de uma construção histórico-cultural, mas também de uma realidade local devido a um passado de violências que aconteciam em um antigo hospital da cidade. Na segunda categoria serão apresentadas as concepções dessas mulheres em relação ao parto cesárea, sendo considerada por muitas delas

como um direito e uma via para um parto mais respeitoso e de qualidade. Na terceira categoria serão relatados os casos de violências, assim como os avanços no que diz respeito às boas práticas e a assistência humanizada.

### **O medo do parto**

O medo do parto é uma construção histórico-cultural arraigada na sociedade. Desde a infância as mulheres são apresentadas a uma cultura que vê e retrata o parto de forma negativa, enfatizando os aspectos de sofrimento deste momento <sup>25</sup>. São muitos os atores que podem reproduzir essa ideia, a mídia, a família, a comunidade e até mesmo os profissionais de saúde .

É verdade que o parto é um evento intenso, em que a dor costuma ser parte integrante dessa experiência. Ao longo da história ocidental a dor do parto se constituiu enquanto um castigo, algo em que as mulheres deviam ser salvas e a obstetrícia se constituiu enquanto uma forma de livrar as mulheres desse processo doloroso. No entanto, com as intervenções construídas pela medicina a experiência das mulheres passou a ser mais dolorosa. Em um processo de trabalho de parto fisiológico, onde existe um preparo da mulher para esse momento, a dor pode inclusive ajudar a mulher compreender qual momento do trabalho de parto ela está, o que esperar, mais ou menos, de cada um desses momentos <sup>26</sup>. Neste sentido, preparar a mulher para o parto é de extrema importância para que elas possam entender e se apropriar dos aspectos fisiológicos e emocionais esperados para este momento, desmistificando o que foi aprendido até então.

O preparo para o parto no pré-natal, situa-se como um espaço estratégico e fundamental para o enfrentamento do medo. A literatura ressalta que fornecer orientações reais sobre a evolução do parto de forma simples e clara contribui para aliviar o medo da dor, da morte, assim como as ansiedades e inseguranças <sup>26</sup>.

Um dos aspectos que chamou atenção nesse estudo é que ainda que muita das participantes tenham respondido que tiveram um bom preparo para o parto, os relatos realizados não confirmam essa informação , como na fala da Ivone *“Falaram que ia ser normal, ia ser tranquilo, e se eu não ganhasse até certa data que eu procurasse a médica pra fazer cesárea”*.

Na fala das participantes não houve nenhuma menção às informações recebidas no pré-natal com explicações do que é esperado para o momento do trabalho de parto e parto. Ainda que na fala da Ivone, citada acima, não haja nenhuma sugestão ao sofrimento, há uma subestimação desse momento, que é nomeado como “*tranquilo*”, quando se sabe que a intensidade e a diversidade de sensações são mais esperadas. Outros estudos também evidenciaram que as orientações e o preparo para o parto oferecidos durante o pré-natal são insuficientes<sup>27 28 29</sup>.

A partir da análise das entrevistas podemos afirmar que a experiência de parto delas é marcada pelo despreparo e pelo medo, antes mesmo do processo se iniciar. Como já mencionado neste trabalho o medo da dor faz parte da construção histórico-cultural, mas o que chama atenção aqui é que o medo faz parte também do que foi construído a partir das histórias de assistência recebida por outras mulheres e dos desfechos trágicos que foram contados e recontados, que parecem ecoar no imaginário popular do município.

As histórias escutadas pelas participantes dizem respeito não só a assistência que é prestada atualmente nos hospitais de referência do município, mas também as de um antigo hospital fechado anteriormente e recém inaugurado sob nova administração. Dandara relata na fala a seguir que o hospital antigo “*já deu muito problema*” e que devido a isso “*as pessoas têm muito preconceito com ele*”, o que refletiu no medo que ela sentiu quando foi referenciada para ter seu bebê lá, mesmo que agora esse hospital tenha sido restaurado e esteja sob nova administração “*Eu tava até com medo, porque como é novo, as pessoas têm muito preconceito com a Santa Casa que é um hospital muito antigo, já deu muito problema*”.

O medo construído ao longo da história de assistência prestada no município se mistura com experiências atuais que reforçam essa legitimidade do medo, como demonstra a fala da Virgínia e indica como esse medo local foi capturado por ela “*(...) a gente ouvia falar ‘a foi ganhar neném morreu, não sei o quê foi ganhar neném morreu’, aí eu pensava ‘poxa, a pessoa chegou lá com a pressão 20 e tanto’, mas não é, é o atendimento mesmo*”. A participante conta que acreditava que as histórias que eram contadas referente ao contexto de morte ligado à assistência ao parto, derivaram de fatalidades biológicas, e depois da sua experiência, sua

percepção é que se tratava de negligências no atendimento.

Um fato que chamou atenção nesse estudo e que corrobora com o discutido até aqui é que durante a coleta de dados, muitas mulheres que foram abordadas na sala de espera da UBS para participar da entrevista, disseram não ter tido seus bebês nos hospitais de referência do município, recorrendo a outras opções da região, como hospitais de cidades vizinhas ou hospitais particulares devido ao medo da assistência que receberia no município. Essa informação também apareceu nas falas das participantes, Neusa diz ter procurado uma maternidade na cidade vizinha e explica o motivo: *“como a minha amiga e a minha cunhada tiveram lá elas tiveram uma boa experiência e no Lacaz a última experiência da minha amiga não foi boa, então eu já fiquei com aquilo na cabeça por causa disso”*.

Os relatos das participantes mostram a complexidade de como o medo influencia sob diferentes níveis, do macro ao micro, a percepção que as mulheres têm do parto, mais especificamente nesta categoria do parto normal. Chama a atenção o medo que as mulheres têm de parirem nos hospitais públicos do seu próprio município, buscando alternativas em hospitais da região ou em hospitais particulares, demonstrando que ainda que o medo seja um sentimento esperado para este momento, a realidade local torna-se um acréscimo a essa experiência.

### **Parto cesárea como direito e salvação**

Como vimos, ao longo da história o parto normal passou a ser visto como sinônimo de dor, de experiências de terror e de violência. Diante desse cenário, a cesárea começa a ser desejada pelas mulheres como uma alternativa, que promete uma experiência sem riscos, sem medo e sem dor <sup>30</sup>.

Nesse estudo também ficou demonstrado esse imaginário. Refletindo o desejo por essa promessa, Lélia relata sua experiência do parto cesárea *“foi maravilhosa, porque era o meu desejo”*, a participante Cora conta também da sua experiência *“Graças a Deus assim no dia que eu tive ele, eu falo que eu não tenho o que reclamar das pessoas que fizeram meu parto, porque eu me senti como num convênio”*.

Assim como a percepção negativa advinda das histórias contadas sobre o parto normal foi, muitas vezes, constatadas pelas mulheres no momento do trabalho de parto e parto, a

promessa de que o parto cesárea às garantiriam uma melhor experiência também parece ter sido confirmada conforme os relatos dessas mulheres.

As mulheres que relataram terem sido melhor atendidas e demonstraram maior satisfação com os serviços, foram as mulheres que tiveram o trabalho de parto curto ou a cirurgia cesariana antes de iniciar o trabalho de parto. Um ponto a se destacar é que mesmo as mulheres relatando uma boa experiência quanto ao momento da cirurgia, houve casos de insatisfação com o atendimento recebido no momento do pós-parto.

A intervenção cirúrgica da cesariana aparece nos relatos das participantes como um direito a ser reivindicado. Esse desejo parte não só da construção histórica já discutida aqui, mas também por recomendações de alguns profissionais de saúde, que as orientam a solicitar a cesárea caso assim desejem. Essa orientação, entretanto, não parece ser acompanhada também de informações sobre os riscos que esse procedimento oferece, como podemos inferir a partir da fala da Virgínia sobre uma orientação que ela recebeu *“(...) a partir do momento que você chegar no hospital, você não se sentir à vontade, não tá dilatando, você não sentir vontade de fazer um parto normal, como você já teve um parto, você pode escolher é um direito seu”*.

A operação cesariana quando realizada por razões médicas é efetiva na redução da mortalidade materna e perinatal, entretanto, quando esse procedimento é realizado de forma excessiva, desnecessária e sem razões médicas, observa-se complicações complexas tanto para a mulher quanto para o neonato<sup>31</sup>. Os motivos relatados pelas participantes desse estudo para a cesárea, principalmente entre aquelas que não entraram em trabalho parto, nem sempre estavam alinhados com o que é preconizado com base nas evidências científicas. Os motivos relatados foram: mecônio no líquido amniótico, plaquetopenia, falta de dilatação e casos em que as mulheres não souberam explicar a causa médica.

As “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana”<sup>32</sup> ressaltam a importância de se levar em consideração as preferências e prioridades da mulher, sobretudo em casos complexos em que há muitas variáveis a ser ponderadas, como é o caso da gestante com duas operações cesarianas prévias ou mais, todavia, é ressaltado também o desafio frente ao desconhecimento das mulheres sobre o modo de nascimento e o processo do parto,

desconhecimento este que também é apontado pela literatura em outros estudos <sup>33 34 35 36 37 38 40 41</sup>

<sup>42</sup>. O poder de decisão e autonomia da mulher não estará de fato sendo garantido enquanto ela não estiver verdadeiramente bem informada quanto aos riscos e benefícios de cada tipo de parto.

### **Da violência obstétrica à humanização e as boas práticas**

As discussões sobre a humanização ainda se restringem a poucos contextos e organizações, assim como o conhecimento das proposições da Política Nacional de Humanização (PNH) <sup>43</sup>. Essas discussões nem sempre chegam aos profissionais que estão nos serviços de saúde, lidando diariamente com os pacientes, profissionais estes que de fato implementam essas políticas <sup>44</sup>.

Ainda que a assistência ao parto venha num movimento de transformação, incorporando práticas mais humanizadas, as barreiras ainda são muitas para a superação do modelo vigente, já consolidado e instituído hegemonicamente. Lembrando que este modelo hegemônico, o tecnocrático, é caracterizado pelas práticas de assujeitamento das mulheres, as colocando como objetos passíveis de intervenção e de violências, práticas opostas às preconizações que vem sendo incorporadas, onde a mulher, entre outras coisas assume o papel de protagonista e de sujeito de direitos <sup>6</sup>.

Observa-se na atenção prestada a essas mulheres do município de estudo, a concomitância de uma assistência em que coexistem práticas humanizadas e violentas, reflexo desses modelos. No que diz respeito às práticas violentas, é preocupante os relatos das entrevistadas que denunciaram a violência obstétrica. Uma delas conta que o seu acompanhante acionou a polícia militar, após ela ter desmaiado mais de trinta vezes e da médica responsável pelo plantão se negar a vê-la, com o argumento de que iria quando achasse necessário. No desenrolar deste atendimento a entrevistada vai dizendo como ela e seu companheiro que a acompanhava, foram tratados por essa médica como indivíduos passivos. Na fala a seguir Virgínia conta um pouco o que ouviu: *“você quer passar por cima de uma autoridade que tem 30 anos de profissão, eu sou uma médica de 30 anos de profissão, eu não quero saber o que você tá sentindo, eu já falei que você aguenta até amanhã, faz mais força”*.

O atendimento que a Virgínia relata ter recebido, ilustra um modelo de assistência que não considera a pessoa atendida como um sujeito autônomo, que tem sentimentos, uma história de vida, assim como um contexto social. Esse tipo de assistência coloca o saber do profissional como absoluto e o único a ser levado em consideração <sup>44</sup>.

Outro relato que chama a atenção é o da Neusa, que relata horas de sofrimento devido a ter sido submetida a um procedimento para mudar a posição do feto, que estava em situação transversa durante o trabalho de parto *“como minha filha tava transversal ela ficou tentando virar a neném, tava colocando a mão e virando, e isso me machucava mais ainda e eu pedia pra parar e ela não parava e continuava e ficou mais de uma hora e meia fazendo isso”*. Chama atenção o relato desse procedimento, já que a apresentação transversa é considerada uma indicação real de cesárea <sup>45</sup>.

A violência obstétrica é vivenciada e percebida por algumas das participantes, sendo inclusive possível de ser nomeada como tal, como nos casos das entrevistadas Neusa e Virginia, respectivamente *“se eu paro pra pensar em relação ao parto, eu me senti como uma violência obstétrica, vai, vamos dizer assim, a palavra certa”*, *“o pessoal falava assim “ah, violência obstétrica’ a mãe fica muito mal, eu achava que era mentira, mas eu vejo assim, que eu tenho crise de ansiedade agora”*.

O parto não é apenas um evento biológico, como evidencia a fala da participante supracitada relatando as implicações psicológicas resultantes das violências que sofreu. A experiência vivida neste momento pode deixar marcas permanentes, positivas ou negativas, para o resto da vida <sup>32</sup>. Por isso, a equipe que acompanha a mulher neste momento deve prestar apoio, oferecer ajuda, orientação, estando atentos não só as condições físicas, mas também emocionais, oposto do que Virginia conta que ouviu da profissional que estava lhe assistindo.

Outros estudos também evidenciaram a persistência de práticas violentas na atenção ao parto <sup>33 - 42</sup>, assim como a desconsideração dos aspectos emocionais <sup>34</sup>. As práticas intervencionistas ou aquelas que persistem no cotidiano da assistência, sem respaldo científico também foram observadas nesse estudo, como a litotomia, que aparece como a posição de parto de todas as entrevistadas, uso de ocitocina e toque vaginal.

Ainda que as entrevistadas tenham apontado aspectos relacionados a violência obstétrica, é importante destacar uma assistência ao parto mais humanizada tanto neste estudo como na literatura <sup>46-52</sup>. Coexistem com as experiências negativas, experiências satisfatórias de mulheres que relatam terem tido um bom atendimento, como são os casos de Carolina e Cora, respectivamente *“Bom, bom, não tive o que reclamar, não, não tenho que reclamar em nenhum momento, desde a recepção até o momento da alta, no dia do parto mesmo, as enfermeiras, tudo”*, *“(...) Fui muito bem atendida, muito bem atendida mesmo, por enfermeiros, da recepção ao enfermeiro, aos médicos também, na hora do parto também”*. A qualidade do atendimento, no que diz respeito ao contato humano e as relações interpessoais é percebido pelas mulheres como um importante critério para a satisfação e a percepção de vivência positiva do parto.

O caminhar para uma atenção mais humanizada também pôde ser observado a partir da adoção das boas práticas na atenção ao parto, como uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor. As mulheres que entraram em trabalho de parto citam que tiveram a sua disposição para o alívio da dor, a opção do banho (em alguns casos chuveiro, em outras banheira), da bola, da barra, e em um caso a opção da massagem. A fala de Dandara a seguir, demonstra como esses métodos podem oferecer ajuda para o momento do trabalho de parto: *“(...) assim, com os exercícios lá e o banho também, acho que ajuda bastante, a, a relaxar, né (risos) a dor”*.

Nenhuma das participantes foi submetida ao procedimento da episiotomia, em consonância com o que é recomendado de não realizar mais essa intervenção de forma rotineira durante o parto vaginal espontâneo <sup>33</sup>. Da mesma forma que o direito ao acompanhante, previsto por lei, se mostra mais garantido no relato das participantes, direito esse que em alguns casos foi informado já no pré-natal.

Todavia há uma diversidade em relação à como foi estabelecido o atendimento de cada mulher também, como por exemplo, os critérios que foram usados para se considerar uma gravidez de alto risco, o motivo para indicação de cesárea, à possibilidade de poder se alimentar ou caminhar durante o trabalho de parto, entre outros. A literatura e os relatos das

participantes demonstram que há uma variedade de condutas no que diz respeito à assistência ao parto <sup>33</sup>.

A falta da implementação de protocolo e diretrizes pré-estabelecidas podem colocar em risco a segurança das mulheres e de seus bebês, que podem não estar recebendo a atenção mais apropriada às suas necessidades e em concordância com as melhores evidências científicas disponíveis, ou ainda estar sendo submetidas a práticas que tenham o potencial de causar danos <sup>33</sup>. Práticas como acolhimento, empatia, boa escuta foram narradas pelas participantes como obras do acaso, ou seja, o atendimento que elas recebem dependem da oportunidade de serem assistidas por profissionais com disponibilidade e empatia ou até mesmo do seu “bom” comportamento, como sugerem as falas a seguir:

*“pra você ser bem tratada depende muito de como você é e com eles, depende muito do plantão, não são todos que tem a mesma paciência” (Angela)*

*“eu tava com medo o tempo todo de ser um plantão ruim, porque muitas pessoas reclamam, né, de sofrer no pré parto, e quando eu cheguei lá foi tudo maravilhoso, médico foi ótimo me deu total assistência, às enfermeiras também (...)” (Ana).*

Desse modo, ainda que os resultados indiquem um caminhar para uma assistência ao parto mais humanizada, com a adoção de boas práticas e de um atendimento mais acolhedor, persistem também práticas violentas de um modelo hegemônico intervencionista.

A construção de uma assistência respeitosa e baseada em evidências permanece sendo um grande desafio. Superar o modelo hegemônico requer muito investimento, o que inclui não só a ambiência, mas também a formulação de protocolos, treinamento de equipe, sensibilização dos profissionais para as transformações das práticas relacionadas à assistência ao parto, envolvendo tanto os(as)trabalhadores(as) que prestam assistência às mulheres durante a gestação, parto e puerpério, quanto os gestores, e os atores sociais em geral <sup>8</sup>.

#### **4.4 Conclusão**

A partir dos resultados, foi possível compreender que as mulheres apresentaram percepções positivas e negativas em relação à assistência recebida durante o trabalho de parto/parto. As falas das mulheres evidenciaram uma assistência ao parto que faz uso de boas

práticas e que demonstram um atendimento mais humanizado, coerente com o que é preconizado pelos documentos ministeriais.

Todavia, os relatos das mulheres também revelaram a permanência de um modelo de assistência ao parto em que o medo, a dor iatrogênica e a violência são naturalizadas. Desse modo, os dados obtidos nesta pesquisa, demonstram, assim como identificado na literatura, que o caminhar em direção a uma atenção ao parto mais digna e humanizada se confronta e coexiste com uma assistência intervencionista e impositiva que continua fazendo uso de práticas danosas e/ou ineficazes.

Nota-se que não há protocolos claros que orientem as práticas dos profissionais e que garantam a aplicação das práticas baseadas em evidências. Em decorrência disso, as informações obtidas pelas mulheres e as práticas às quais elas são submetidas ficam a cargo do profissional que presta o atendimento.

Constatou-se, pelas falas das mulheres, que elas não tiveram uma efetiva preparação para o parto, neste sentido a “preparação” para esse momento foi construída, muitas vezes, pelos relatos das experiências de pessoas conhecidas e familiares, em sua maioria, experiências negativas. Esses relatos contribuíram para que a percepção prévia dessas mulheres sobre o parto, principalmente o parto normal, fosse permeada pelo medo.

A preparação para o parto no pré-natal pode ser uma importante ferramenta de acesso às informações sobre o trabalho de parto, os aspectos fisiológicos e emocionais esperados, os direitos de escolhas e as possibilidades para um parto mais respeitoso. Espera-se assim, que os resultados deste estudo possam contribuir para aprimorar as práticas de assistência às mulheres gestantes do município.

## **Referências**

1. Diniz CSG. Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1997. 222 p.
2. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10 (3): 627-637.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS; 1996. 54 p.

4. Stofel NS, Christinelli D, Silva RCS, Salim NR, Beleza ACS, Bussadori JCC. Atenção perinatal na pandemia da covid-19: análise de diretrizes e protocolos nacionais. Rev Bras Saude Mater Infant. 2021; 21 (1): S99-S108.
5. D'Orsi et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. Cad saúde Pública. 2014; S154-S168.
6. Mortelaro PK, Cirelli JF. Corpos em relação: contribuições das epistemologias feministas para uma prática obstétrica situada. Saúde debate [Internet]. 19º de outubro de 2021 [citado 8º de fevereiro de 2023];45(special 1 Oct):168-80. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/4801>
7. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF de A, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 24º de junho de 2015 [citado 8º de fevereiro de 2023];10(35):1-12. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>
8. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGND, Theme Fa MM, Costa JVD, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saude Publica 2014; 30 Sup:S85-S100.
9. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 93 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)
10. Andrade LFB, Rodrigues QP, Silva RCV. Boas práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. Rev enferm UERJ, 2017; 25 (1): 26442.
11. WHO (World Health Organization). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
12. Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. Reprod Health 2016; 13 Suppl 3:128.
13. Organização Mundial de Saúde (OMS). Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Programa de Reprodução Humana. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: OMS [Internet]. 2015 . Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/HO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/HO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3)
14. Silva LBRAA, Angulo-Tuesta A, Massari MTR, Augusto LCR, Gonçalves LLM, Silva CKRT da, et al. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. Ciênc Saúde Colet 2021; 26:931-40.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria N° 1.459/GM, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília (DF). 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.htm](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.htm)
16. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. Cad Saude Publica. 2019; 35 (7):e00223018.

17. Brasil. Ministério a Mulher, da Família e dos Direitos Humano. Portaria n. 795, de 4 de abril de 2022. Estabelece critérios de prioridade para o investimento de recursos discricionários do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos nas ações de cofinanciamento dos programas de atendimento socioeducativo quanto à implementação, à ampliação, à construção, à reforma e à equipagem de unidades de atendimento socioeducativo. Diário Oficial da União [Internet]. 2022 abr. 6 [acesso 12 dez 2022];1:591. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/portaria-no-795-de-4-d-e-abril-de-20223>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 13, de 13 de janeiro de 2023. Revoga Portarias que especifica e dá outras providências.. Brasília, DF; 2023.
19. Domingues SGA. Violência obstétrica: aspectos sociológicos e jurídicos. Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Campos [Internet]. 2022 [acesso 22 nov 2022];7(1):21-7. Disponível em: <http://www.revistas.uniflu.edu.br:8088/seer/ojs-3.0.2/index.php/direito/article/view/474>
20. Câmara Municipal de Francisco Morato. Aspectos gerais: Município de Francisco Morato. [Internet]. Disponível em: <http://www.camarafranciscomorato.sp.gov.br/site/index/aspectosgerais>
21. Serviço de Assistência Médica de Francisco Morato. Unidades de Saúde. [Internet]. [citado 8º de fevereiro de 2023]; Disponível em: <http://saude.franciscomorato.sp.gov.br/site/index/unidades/>
22. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa. 11. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 2015. 407 p.
23. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.
24. Oliveira F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. Estud Av 2004; 18:57-60.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [Internet]. 2001 [citado 8º de fevereiro de 2023]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)
26. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. 3 ed. Brasília: MS, 2008. 162 p.
27. Brito CA, Silva ASS, Cruz RSBL, Pinto SL. Percepções de puérperas sobre a preparação para o parto no pré-natal. Rev Rene. 2015; 16(4):470-8
28. Tostes NA, Seidl EMF. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. Temas psicol.2016; 24(2):681-693.
29. Guedes CDF da S, Souza TKC de, Medeiros LNB de, Silva DR da, Araújo Neta BP de A, Santos MM dos, Costa A- sandra B da. PERCEPÇÕES DE GESTANTES SOBRE A PROMOÇÃO DO PARTO NORMAL NO PRÉ-NATAL. REV. CIÊNC. PLURAL [Internet]. 11º de dezembro de 2017 [citado 6º de fevereiro de 2023];3(2):87-98. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/12869>
30. Rehuna - Rede pela Humanização do Nascimento. Carta de Campinas. 1993.
31. Ministério da saúde (BR). Portaria no 306, de 28 de março de 2016. Aprova as diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. [internet] 2016 [citado 6º de

- fevereiro de 2023]. Disponível em:  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pc-dt/arquivos/2016/atencao-a-gestante-a-operacao-cesariana-diretriz.pdf>
32. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida (recurso eletrônico). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
  33. Junqueira MPVD, Miranda EP, Resck ZMR, Freitas PS, Calheiros CAP, Felipe AOB. Assistência dos profissionais de saúde no parto e no puerpério: dando voz às mulheres adolescentes. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2022 [acesso 10 nov 2022];24:59448. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.59448>.
  34. Sá AMP, Alves VH, Rodrigues, DP, Branco, MRBL, Paula E, Marchiori GRS. O direito ao acesso e acompanhamento ao parto e nascimento: A ótica das mulheres. Rev enferm UFPE online. Recife, 2017; 11 (7): 2683-90.
  35. Melo DDSA, Santos AA, Silva JMO, Sanches METL, Cavalcante KOR, Jacintho KS. Percepção da mulher quanto à assistência ao parto. Rev Enferm UFPE. [Internet]. 2016. [acesso 10 nov 2022]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11024/12409>
  36. Reis CC, Souza KRF, Alves DS, Tenório IM, Brandão W. Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: implicações para o cuidado de enfermagem. Cienc y Enferm. 2017; XXIII (2):45–56.
  37. Oliveira TR, Costa REOL, Monte NL, Veras JMMF, Sá MIMR. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. Rev. De Enf UFPE. 2017; (1):40-6.
  38. Oliveira MC, Mercedes MC. Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. Rev Enf UFPE. 2017; 11 (6): 2483-9.
  39. Picão VS, Moraes-Filho IM, Bezerra MLR, Pereira MC, Sousa TV, Carvalho-Filha FSS, Vilanova JM, Vandenberghe L. Sentimentos e vivências do parto: uma abordagem metodológica interpretativa. REVISA. 2020; 9(3): 382-93. Doi:<https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n3.p382a393>
  40. Pascoal KCF, Carvalho MA, Candeia RMS, Pereira JB, Cruz R AO, Filgueiras TF. Violência obstétrica na percepção de puérperas. Rev Nursing. 2020;23(265):4221-32.
  41. Valadão CL, Pegoraro RF. Vivências de mulheres sobre o parto. Fractal: Rev. de Psi. 2020; 32(1) 91-98.
  42. Genero IK, Santos KR. Vivências de mulheres sobre o processo de parturição e pós-parto em um hospital escola. Rev Psi Divers Saúde [Internet]. 26º de novembro de 2020 [citado 9º de fevereiro de 2023];9(3):261-79. Disponível em: <https://journals.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/2915>
  43. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): MS; 2004.
  44. Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Brasília: CFP. 2019.

45. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres [Internet]. Brasil: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília, 2016. [acesso em 2022 Out 10]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf).
46. Santos MKO, Silva LSR, Santos RB, Fonsêca BRL, Oliveira AB, Oliveira MJS. A assistência ao parto normal e a satisfação das puérperas . Rev Nursing. 2021; 24 ( 283): 6689–6702.
47. Dulfe PAM, Barcellos JG, Alves VH, Rodrigues DP, Pereira AV, Silva AG. A assistência obstétrica ao parto e nascimento na percepção das mulheres. Rev Enferm UFPE. 2017; 11 (12): 5402-16.
48. Sabino V, Costa N, Bracarense C, Duarte J, Simões A. A percepção das puérperas sobre a assistência recebida durante o parto. Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet]. 2017 Out 10; [Citado em 2023 Fev 8]; 11(10): 3913-3919. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25216>
49. Nunes AL, Thomaz EBAF, Pinho JRO, Silva LC, Chagas DC, Alves MTSSB. Acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha no Brasil: a perspectiva das usuárias. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2022 [acesso 22 nov 2022];38(4):e00228921. doi: 10.1590/0102-311XPT228921
50. Policarpo AG. Humanização no parto e nascimento: caminhos e estratégias de cuidado de um serviço referência em humanização. [Dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2021. 75 p.
51. Gazar TN, Cordeiro GO, Souza, JM. Percepção de parturientes sobre experiência de parto em uma maternidade pública baiana. Rev. baiana saúde pública. 2021; 45(1): 36-53.
52. Ribeiro JF, Lima MR, Cunha SV, Luz VLES, Coêlho DM, Feitosa VC, et al. Percepção das puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. Rev Enferm da UFSM. 2015; 5 (3): 521-30.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados, foi possível compreender que as mulheres apresentaram percepções positivas e negativas em relação à assistência recebida durante o trabalho de parto/parto. As falas das mulheres evidenciaram uma assistência ao parto que faz uso de boas práticas e que demonstram um atendimento mais humanizado, coerente com o que é preconizado pelos documentos ministeriais.

Todavia, os relatos das mulheres também revelaram a permanência de um modelo de assistência ao parto em que o medo, a dor iatrogênica e a violência são naturalizadas. Desse modo, os dados obtidos nesta pesquisa, demonstram, assim como identificado na literatura, que o caminhar em direção a uma atenção ao parto mais digna e humanizada se confronta e coexiste com uma assistência intervencionista e impositiva que continua fazendo uso de práticas danosas e/ou ineficazes.

Nota-se que não há protocolos claros que orientem as práticas dos profissionais e que garantam a aplicação das práticas baseadas em evidências. Em decorrência disso, as informações obtidas pelas mulheres e as práticas às quais elas são submetidas ficam a cargo do profissional que presta o atendimento.

Constatou-se, pelas falas das mulheres, que elas não tiveram uma efetiva preparação para o parto, neste sentido a “preparação” para esse momento foi construída, muitas vezes, pelos relatos das experiências de pessoas conhecidas e familiares, em sua maioria, experiências negativas. Esses relatos contribuíram para que a percepção prévia dessas mulheres sobre o parto, principalmente o parto normal, fosse permeada pelo medo.

A preparação para o parto no pré-natal pode ser uma importante ferramenta de acesso às informações sobre o trabalho de parto, os aspectos fisiológicos e emocionais esperados, os direitos de escolhas e as possibilidades para um parto mais respeitoso. Espera-se assim, que os resultados deste estudo possam contribuir para aprimorar as práticas de assistência às mulheres gestantes do município.

## REFERÊNCIAS

1. Diniz CSG. Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1997. 222 p.
2. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10 (3): 627-637.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS; 1996. 54 p
4. Stofel NS, Christinelli D, Silva RCS, Salim NR, Beleza ACS, Bussadori JCC. Atenção perinatal na pandemia da covid-19: análise de diretrizes e protocolos nacionais. Rev Bras Saude Mater Infant. 2021; 21 (1): S99-S108.
5. D'Orsi et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. Cad saúde Pública. 2014; S154-S168.
6. Mortelaro PK, Cirelli JF. Corpos em relação: contribuições das epistemologias feministas para uma prática obstétrica situada. Saúde debate [Internet]. 19º de outubro de 2021 [citado 8º de fevereiro de 2023];45(special 1 Oct):168-80. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/4801>
7. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF de A, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 24º de junho de 2015 [citado 8º de fevereiro de 2023];10(35):1-12. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>
8. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGND, Theme Fa MM, Costa JVD, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saude Publica 2014; 30 Sup:S85-S100.
9. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 93 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)
10. Andrade LFB, Rodrigues QP, Silva RCV. Boas práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. Rev enferm UERJ, 2017; 25 (1): 26442.
11. WHO (World Health Organization). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
12. Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. Reprod Health 2016; 13 Suppl 3:128.
13. Organização Mundial de Saúde (OMS). Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Programa de Reprodução Humana. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: OMS [Internet]. 2015 ]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/HO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/HO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3)

14. Cardoso PC, Sousa TM, Rocha DD, Menezes LR, Santos LC. A saúde materno-infantil no contexto da pandemia de COVID-19: evidências, recomendações e desafios. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2021;21(1):213-20.
15. Takemoto MLS, Menezes MO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Amorim MMR, Katz L, Knobel R. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020. [acesso 09 set 2022]; 9(1). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42199>.
16. Silva LBRAA, Angulo-Tuesta A, Massari MTR, Augusto LCR, Gonçalves LLM, Silva CKRT da, et al. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26:931-40.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 1.459/GM, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília (DF). 2011. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.htm](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.htm)
18. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saude Publica.* 2019; 35 (7):e00223018.
19. Brasil. Ministério a Mulher, da Família e dos Direitos Humano. Portaria n. 795, de 4 de abril de 2022. Estabelece critérios de prioridade para o investimento de recursos discricionários do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos nas ações de cofinanciamento dos programas de atendimento socioeducativo quanto à implementação, à ampliação, à construção, à reforma e à equipagem de unidades de atendimento socioeducativo. *Diário Oficial da União [Internet].* 2022 abr. 6 [acesso 12 dez 2022];1:591. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/portaria-no-795-de-4-de-abril-de-20223>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2228, de 1 de julho de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a habilitação e o financiamento da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Brasília, DF; 2022.
21. Domingues SGA. Violência obstétrica: aspectos sociológicos e jurídicos. *Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Campos [Internet].* 2022 [acesso 22 nov 2022];7(1):21-7. Disponível em: <http://www.revistas.uniflu.edu.br:8088/seer/ojs-3.0.2/index.php/direito/article/view/474>
22. Junqueira MPVD, Miranda EP, Resck ZMR, Freitas PS, Calheiros CAP, Felipe AOB. Assistência dos profissionais de saúde no parto e no puerpério: dando voz às mulheres adolescentes. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 2022 [acesso 10 nov 2022];24:59448. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.59448>.
23. Sá AMP, Alves VH, Rodrigues, DP, Branco, MRBL, Paula E, Marchiori GRS. O direito ao acesso e acompanhamento ao parto e nascimento: A ótica das mulheres. *Rev enferm UFPE online.* Recife, 2017; 11 (7): 2683-90.
24. Melo DDSA, Santos AA, Silva JMO, Sanches METL, Cavalcante KOR, Jacintho KS. Percepção da mulher quanto à assistência ao parto. *Rev Enferm UFPE.* [Internet]. 2016. [acesso 10 nov 2022]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11024/12409>

25. Reis CC, Souza KRF, Alves DS, Tenório IM, Brandão W. Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: implicações para o cuidado de enfermagem. *Cienc y Enferm.* 2017; XXIII (2):45–56.
26. Oliveira TR, Costa REOL, Monte NL, Veras JMMF, Sá MIMR. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. *Rev. De Enf UFPE.* 2017; (1):40-6.
27. Oliveira MC, Mercedes MC. Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. *Rev Enf UFPE.* 2017; 11 (6): 2483-9.
28. Picão VS, Moraes-Filho IM, Bezerra MLR, Pereira MC, Sousa TV, Carvalho- Filha FSS, Vilanova JM, Vandenberghe L. Sentimentos e vivências do parto: uma abordagem metodológica interpretativa. *REVISA.* 2020; 9(3): 382-93.  
Doi:<https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n3.p382a393>
29. Pascoal KCF, Carvalho MA , Candeia RMS, Pereira JB, Cruz R AO, Filgueiras TF. Violência obstétrica na percepção de puérperas. *Rev Nursing.* 2020;23(265):4221-32.
30. Valadão CL, Pegoraro RF. Vivências de mulheres sobre o parto. *Fractal: Rev. de Psi.* 2020; 32(1) 91-98.
31. Genero IK, Santos KR. Vivências de mulheres sobre o processo de parturição e pós-parto em um hospital escola. *Rev Psi Divers Saúde [Internet].* 26º de novembro de 2020 [citado 9º de fevereiro de 2023];9(3):261-79. Disponível em:  
<https://journals.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/2915>
32. Santos MKO, Silva LSR, Santos RB, Fonsêca BRL, Oliveira AB, Oliveira MJS. A assistência ao parto normal e a satisfação das puérperas . *Rev Nursing.* 2021; 24 ( 283): 6689–6702.
33. Dulfe PAM, Barcellos JG, Alves VH, Rodrigues DP, Pereira AV, Silva AG. A assistência obstétrica ao parto e nascimento na percepção das mulheres. *Rev Enferm UFPE.* 2017; 11 (12): 5402-16.
34. Sabino V, Costa N, Bracarense C, Duarte J, Simões A. A percepção das puérperas sobre a assistência recebida durante o parto. *Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet].* 2017 Out 10; [Citado em 2023 Fev 8]; 11(10): 3913-3919. Disponível em:  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25216>
35. Nunes AL, Thomaz EBAF, Pinho JRO, Silva LC, Chagas DC, Alves MTSSB. Acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha no Brasil: a perspectiva das usuárias. *Cad. Saúde Pública [Internet].* 2022 [acesso 22 nov 2022];38(4):e00228921. doi: 10.1590/0102-311XPT228921
36. Araújo RAA, Pelizzoli FCS, Araújo VMG. Ampliando olhares e práticas: escuta às mulheres atendidas em um centro de parto normal. *Rev Enferm Atenção Saúde [Internet].* 2021 [acesso 22 nov 2022 ]; 10(3):e202130. doi: <https://doi.org/10.18554/reas.v10i3.4649>
37. Policarpo AG. Humanização no parto e nascimento: caminhos e estratégias de cuidado de um serviço referência em humanização. [Dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2021. 75 p.
38. Gazar TN, Cordeiro GO, Souza, JM. Percepção de parturientes sobre experiência de parto em uma maternidade pública baiana. *Rev. baiana saúde pública.* 2021; 45(1): 36-53.
39. Ribeiro JF, Lima MR, Cunha SV, Luz VLES, Coêlho DM, Feitosa VC, et al. Percepção das

puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. Rev Enferm da UFSM. 2015; 5 (3): 521-30.

40. Silva MJS da, Silva T de S da, Souza DRS de, Souza AMG de, Ferreira TL dos S, Andrade FB de. QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E PÓS-PARTO NA PERCEPÇÃO DE USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. REV. CIÊNC. PLURAL [Internet]. 25º de fevereiro de 2020 [citado 8º de fevereiro de 2023];6(1):1-17. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/16292>
41. Albuquerque NLA, Vicente CD, Silva AB, Lins BR, Silva RDM. Percepção das puérperas acerca do parto verticalizado. Enferm Foco. 2018;9(3):3-7.

## 6 ANEXOS/APÊNDICES

### APÊNDICE 1

#### **Roteiro de entrevista semiestruturada**

##### Parte 1 - Caracterização

Qual sua data de nascimento?

Qual a sua cor?

Qual sua situação conjugal?

Você já teve outras gestações?

Você foi considerada uma gestante de alto risco? Se sim, por quê?

Durante a gestação, você foi orientada sobre qual hospital/maternidade procurar para ter o bebê?

Me conte o que te informaram sobre como é o trabalho de parto e parto.

E o que te orientaram sobre qual que deveria ser o momento para você procurar a maternidade?

Me fale sobre o que te informaram em relação aos seus direitos no trabalho de parto e parto?

##### Parte 2 - Assistência ao parto

Agora gostaríamos de saber como foi a sua experiência em relação à assistência ao parto.

Para começar, me conte como foi o dia que você foi para o hospital?

a- Se estava com algum incômodo

b- Se foi encaminhada, qual o motivo

Como você foi até o hospital? tipo de transporte

Como foi desde que você chegou na maternidade até o momento que o bebê nasceu?

Como você foi tratada durante o trabalho de parto e parto?

Se parto normal

Que procedimentos foram realizados?

ocitocina, cardiotoco, exame toque, rompimento artificial de bolsa

Você pode permanecer com acompanhante? Em que momentos?

Pode se alimentar?

Pode caminhar?

Você teve acesso a analgesia de parto?

Quais foram os métodos, sem ser remédio, que você teve acesso para alívio da dor? massagem, bola, cavalinho, banho

Foi realizada a episiotomia, o corte na vagina?

Você escolheu a posição para o bebê nascer?

Precisou de pontos? Recebeu anestesia para sutura? Se cesárea após trabalho de parto

Qual o motivo?

Se cesárea eletiva

Qual o motivo de ter sido realizada uma cesárea?

Depois que seu bebê nasceu

O bebê precisou ser examinado fora do seu colo ou foi direto para o seu colo?

Podê mamar logo após o nascimento? Sabe dizer por quanto tempo?

Você teve algum problema após o parto? Se sim, nos conte o que aconteceu.

Qual é o sentimento que você tem em relação ao atendimento que recebeu para o nascimento do seu/sua filho/a?

E o que você diria para uma mulher que fosse ter bebê nessa mesma maternidade?

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

#### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

#### USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Prezado (a),

O (A) Sr (a). está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Análise da organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato”, que tem como objetivo descrever e analisar a organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato.

Esta pesquisa está sendo realizada com usuários do Sistema Único de Saúde do município de Francisco Morato que concordarem em responder algumas perguntas. A entrevista, que terá duração de cerca de 60(sessenta) minutos, será realizada por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva e/ou pesquisadores (as) do Instituto de Saúde. Essa entrevista será gravada e posteriormente transcrita para análise. A transcrição da entrevista ficará em posse da coordenadora da pesquisa e ficará armazenada em segurança durante o período de 5 anos.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que o (a) Sr (a). pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas tem total liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o seu atendimento nos serviços de saúde do município.

O (A) Sr (a). tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo para o seu atendimento nos serviços de saúde do município. Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma. O (A) Sr (a). não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa os resultados serão divulgados para os participantes e para as instituições onde os dados foram coletados.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr (a). poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Fabiana Santos Lucena, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8510) das 8 às 17h ou pelo email [fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br](mailto:fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), que é um comitê que visa garantir os direitos, a dignidade, a segurança e a proteção dos participantes de pesquisas. O CEPIS analisou e está acompanhando o desenvolvimento do projeto e pode ser consultado em caso de dúvidas ou perguntas em relação às questões éticas da pesquisa, pelo email [cepis@isaude.sp.gov.br](mailto:cepis@isaude.sp.gov.br), ou pelo telefone (11) 3116-8507 ou pelo endereço Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, Bela Vista, São Paulo, das 09:00 às 16:00h.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município. Esse termo será assinado em duas vias e uma ficará com você.

#### Consentimento livre e esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente informado sobre a pesquisa “Análise da organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato” e aceito participar da pesquisa, autorizando a gravação da entrevista.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela entrevista

