UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

JAQUELINE DE ROSSO NEVES

EXPECTATIVAS, CONHECIMENTOS E VIVÊNCIAS DE MULHERES SOBRE O PARTO VAGINAL

Uruguaiana

2022

JAQUELINE DE ROSSO NEVES

EXPECTATIVAS, CONHECIMENTOS E VIVÊNCIAS DE MULHERES SOBRE O PARTO VAGINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Lisie Alende Prates

Uruguaiana

2022

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

N518e Neves, Jaqueline de Rosso
EXPECTATIVAS, CONHECIMENTOS E VIVÊNCIAS DE MULHERES SOBRE O PARTO VAGINAL / Jaqueline de Rosso Neves.
25 p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação)-- Universidade Federal do Pampa, ENFERMAGEM, 2022.
"Orientação: Lisie Alende Prates".

1. Saúde da Mulher. 2. Trabalho de parto. 3. Parto. 4. Parto Vaginal. I. Título.

JAQUELINE DE ROSSO NEVES

EXPECTATIVAS, CONHECIMENTOS E VIVÊNCIAS DE MULHERES SOBRE O PARTO VAGINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 14 de fevereiro de 2022.

Banca examinadora:

_____

Profa. Dra. Lisie Alende Prates
Orientadora
(UNIPAMPA)

_____

Profa. Dra. Jussara Mendes Lipinski
(UNIPAMPA)

_____

Profa. Dra. Ana Paula de Lima Escobal
(UFPel)

Dedico este trabalho para os que como eu, estão à deriva, flutuando por aí. E para as âncoras que sempre nos trazem de volta para casa.

AGRADECIMENTO

Talvez eu não consiga encontrar palavras suficientes para descrever o tamanho da gratidão que sinto por todas as pessoas que de maneira direta ou indiretamente contribuíram para que esse trabalho fosse concluído.

Agradeço imensamente a Deus em primeiro lugar, pelo dom da vida, não somente minha, mas de meus familiares e amigos.

Agradeço a minha família, que em todos os momentos foram meu refúgio e porto seguro. Obrigada por sempre acreditarem em mim. Vocês foram muito mais do que incentivadores, vocês são minha força, inspiração e exemplo.

Aos meus amigos, por terem me apoiado e torcido por mim em todos os momentos.

E por fim, agradeço a todos os professores que de alguma maneira contribuíram para minha formação acadêmica, em especial a minha orientadora por todo suporte nessa jornada.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcuta

RESUMO

Objetivo: identificar as expectativas, conhecimentos e vivências de mulheres sobre o parto vaginal. Método: estudo qualitativo, desenvolvidas com 10 puérperas nos seus domicílios, a partir de entrevista semiestruturada e análise de conteúdo temática. Resultados: as expectativas das mulheres envolveram o medo da dor, suas experiências anteriores ou saberes populares compartilhados por conhecidos e familiares. Elas demonstraram desconhecimento quanto aos procedimentos que ocorrem no hospital, durante o trabalho de parto e parto. As participantes vivenciaram muitas condutas que não possuem evidências científicas para a sua realização. Muitas vezes, elas não consentiram a realização desses procedimentos e nem foram orientadas sobre os procedimentos. Conclusão: é possível identificar lacunas assistenciais que circundam o processo parturitivo, na perspectiva das usuárias assistidas, e indicam a necessidade de estratégias para a qualificação da assistência obstétrica.

Descritores: Saúde da mulher; Trabalho de parto; Parto; Parto vaginal.

ABSTRACT

Objective: to identify the expectations, knowledge and experiences of women about vaginal delivery. Method: qualitative study, carried out with 10 postpartum women in their homes, based on semi-structured interviews and thematic content analysis. Results: the women's expectations involved fear of pain, their previous experiences or popular knowledge shared by acquaintances and family members. They showed a lack of knowledge about the procedures that take place in the hospital, during labor and delivery. The participants experienced many behaviors that do not have scientific evidence for their accomplishment. Often, they did not consent to the performance of these procedures and were not instructed on the procedures. Conclusion: it is possible to identify care gaps that surround the parturition process, from the perspective of assisted users, and indicate the need for strategies for the qualification of obstetric care.

Descriptors: Women's health; Labor, Obstretric; Parturition; Natural childbirth.

SUMÁRIO

Introdução	12
Método	13
Resultados e discussão	14
Considerações finais	22
Referências	22

EXPECTATIVAS, CONHECIMENTOS E VIVÊNCIAS DE MULHERES SOBRE O PARTO VAGINAL[1]

EXPECTATIONS, KNOWLEDGE AND EXPERIENCES OF WOMEN ABOUT VAGINAL BIRTH

EXPECTATIVAS, CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES SOBRE EL PARTO VAGINAL

Resumo

Objetivo: Identificar as expectativas, conhecimentos e vivências de mulheres sobre o parto vaginal. **Método**: estudo qualitativo, desenvolvidas com 10 puérperas nos seus domicílios, a partir de entrevista semiestruturada e análise de conteúdo temática. **Resultados**: as expectativas das mulheres envolveram o medo da dor, suas experiências anteriores ou saberes populares compartilhados por conhecidos e familiares. Elas demonstraram desconhecimento quanto aos procedimentos que ocorrem no hospital, durante o trabalho de parto e parto. As participantes vivenciaram muitas condutas que não possuem evidências científicas para a sua realização. Muitas vezes, elas não consentiram a realização desses procedimentos e nem foram orientadas sobre os procedimentos. **Conclusão:** é possível identificar lacunas assistenciais que circundam o processo parturitivo, na perspectiva das usuárias assistidas, e indicam a necessidade de estratégias para a qualificação da assistência obstétrica.

Descritores: Saúde da mulher; Trabalho de parto; Parto; Parto vaginal.

Abstract

Objective: to identify the expectations, knowledge and experiences of women about vaginal delivery. **Method:** qualitative study, carried out with 10 postpartum women in their homes, based on semi-structured interviews and thematic content analysis. **Results:** the women's expectations involved fear of pain, their previous experiences or popular knowledge shared by acquaintances and family members. They showed a lack of knowledge about the procedures that take place in the hospital, during labor and delivery. The participants experienced many behaviors that do not have scientific evidence for their accomplishment. Often, they did not consent to the performance of these procedures and were not instructed on the procedures. **Conclusion:** it is possible to identify care gaps that surround the parturition process, from the perspective of assisted users, and indicate the need for strategies for the qualification of obstetric care.

Descriptors: Women's health; Labor, Obstretric; Parturition; Natural childbirth.

Resumen

Objetivo: identificar las expectativas, conocimientos y experiencias de las mujeres sobre el parto vaginal. **Método**: estudio cualitativo, realizado con 10 puérperas en sus domicilios, a partir de entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido temático. **Resultados:** las expectativas de las mujeres involucraban el miedo al dolor, sus experiencias previas o el conocimiento popular compartido por conocidos y familiares. Manifestaron falta de conocimiento sobre los procedimientos que se realizan en el

[1]O manuscrito será submetido na Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde.

hospital, durante el trabajo de parto y el parto. Los participantes experimentaron muchos comportamientos que no tienen evidencia científica para su realización. A menudo, no dieron su consentimiento para la realización de estos procedimientos y no fueron instruidos sobre los procedimientos. **Conclusión:** es posible identificar brechas de atención que rodean el proceso de parto, en la perspectiva de las usuarias asistidas, e indicar la necesidad de estrategias para la calificación de la atención obstétrica.
Descriptores: Salud de la Mujer; Trabajo de parto; Parturition; Parto normal.

Introdução

Ao longo dos anos, ao parto e ao nascimento foram atribuídos diferentes significados culturais. Com isso, historicamente, eles passaram por transformações quanto ao seu cenário, as pessoas envolvidas no processo e suas funções (BRASIL, 2001). Inicialmente, o ato de parir era realizado sem nenhuma assistência, considerando os instintos naturais (SANTOS, 2002).

Na sequência, passou a ser um evento essencialmente íntimo e feminino, com a presença das parteiras, que acumulavam saberes sobre o processo de gestar e parir. Até que, no século XVII, o parto tornou-se um procedimento médico, com a introdução dos cirurgiões na assistência ao parto (MACEDO, 2018).

Nos dias atuais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o parto seja um evento natural. Nesse sentido, sugere-se que ele precisa ser assistido, mas não controlado (WHO, 2018).

O trabalho de parto e parto consistem em processos fisiológicos, que compreendem desde o início das contrações uterinas regulares, associadas ao apagamento e à dilatação cervical, até a expulsão do feto e da placenta (FREITAS et al, 2017). Pode ser dividido em quatro períodos: dilatação, expulsão, dequitação e restabelecimento (BRASIL, 2017). O período de dilatação é subdivido em três fases: fase latente, ativa e de transição. O período expulsivo inicia com a dilatação total do colo uterino e encerra-se com a expulsão do feto. A dequitação se dá com a expulsão da placenta, que pode acontecer entre 10 a 15 minutos após o nascimento do bebê. O restabelecimento inicia após a dequitação da placenta e se estende pelas primeiras horas pós-parto (BRASIL, 2017).

É fundamental que as mulheres sejam orientadas, desde o período pré-natal, sobre o trabalho de parto, para que desta maneira, elas possam desenvolver momentos de reflexão e esclarecimento de dúvidas, não apenas para a mulher, mas também para com todo o seio familiar envolvido. Através de ações de educação em

saúde durante a gestação, que considerem a temática do parto como objeto, é possível proporcionar maior segurança e empoderamento para a gestante, orientando sobre os processos a serem desenvolvidos no momento do parto e desmistificando as histórias contadas por terceiros (SOUZA, 2019).

Cabe ressaltar ainda que uma assistência de qualidade durante o pré-natal, com ações de educação em saúde que permitam a gestante entender o seu momento e os eventos aos quais a mesma será apresentada em um futuro próximo, é de extrema relevância para contribuir para um ambiente de maior segurança para a mãe e, o bebê no momento do parto e puerpério (CUNHA, 2009).

Além disso, no âmbito do parto ainda se faz necessário conhecer os saberes das mulheres em relação ao mesmo, para que desta forma seja possível identificar as potencialidades e fragilidades quanto aos seus conhecimentos e possibilidades de maior poder decisório nessa vivência. A partir disso, considera-se que através da educação em saúde seja possível proporcionar maior autonomia e empoderamento para que as mulheres possam se posicionar e identificar formas de negligência e/ou violência (BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017). A partir disso, estabeleceu-se como questão de pesquisa: Quais são as expectativas, conhecimentos e vivências de mulheres sobre o parto vaginal? O objetivo deste estudo foi identificar as expectativas, conhecimentos e vivências de mulheres sobre o parto vaginal.

Método

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado entre os meses de setembro e novembro de 2019. Foi desenvolvido em um município na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, Brasil, com 10 mulheres, a partir do critério de saturação dos dados (MINAYO, 2014).

Os critérios de inclusão envolviam ter vivenciado parto vaginal, estar no puerpério tardio (entre o 11 ° ao 42° dia após o nascimento do bebê), independente da faixa etária e da paridade, e estar adscrita em uma das Estratégias de Saúde da Família (ESF) sorteadas previamente ao início das coletas de dados. Foram excluídas as puérperas que tiveram aborto e/ou óbito fetal e/ou neonatal.

Para realização do sorteio, o município, com a distribuição das ESFs, foi dividido pelas autoras em quatro regiões, norte, sul, leste e oeste. Na sequência, cada uma das ESFs recebeu uma numeração e realizou-se o sorteio de uma ESF em cada uma das regiões. Para isso, utilizou-se um gerador de formulário de acesso gratuito,

disponível online.

Após, buscou-se os enfermeiros das ESFs sorteadas para identificar os dias em que ocorriam as consultas puerperais. Nas datas indicadas, duas acadêmicas do curso de enfermagem, treinadas para a realização das coletas de dados, deslocaram-se até o serviço de saúde e abordaram as puérperas que aguardavam a consulta.

Nesse momento, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às puérperas. Com aquelas que aceitaram participar do estudo e assinaram o documento, foi agendada data, horário e local para a realização da coleta de dados.

Todas as coletas de dados foram realizadas nos domicílios das participantes, utilizando a técnica de entrevista semiestruturada individual, com a gravação do áudio. Os materiais foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo temática (MINAYO, 2014), gerando duas categorias: "*Eu pensava na dor*": expectativas e conhecimentos de mulheres sobre o parto vaginal, e "*Não sei te dizer se era necessário, se é assim mesmo*": vivências parturitivas na perspectiva de mulheres.

O projeto de pesquisa foi aprovado em 27 de agosto de 2019, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino local, com o CAAE 13460719.3.0000.5323 e processo 3.535.870. Para garantir o anonimato das participantes, elas foram codificadas com o nome "Puérpera" seguido de numeração arábica, conforme a ordem das entrevistas.

Resultados e discussão

As participantes do estudo foram dez puérperas, as quais estavam entre o 11º e o 42º dia de pós-parto. Elas tinham entre 20 e 35 anos. Nove delas apresentavam união estável e cinco possuíam ensino médio completo.

Uma das participantes exercia trabalho doméstico e três trabalho fixo remunerado. Oito participantes eram multigestas. Todas tiveram parto vaginal e realizaram pré-natal, sendo que oito realizaram mais de seis consultas. Oito relataram terem planejado a gestação.

"*Eu pensava na dor*": expectativas e conhecimentos de mulheres sobre o parto vaginal

Durante a gestação, as mulheres podem apresentar diferentes expectativas ligadas ao parto. Estas costumam estar relacionadas com as suas vivências prévias, a partir das informações repassadas por terceiros e/ou originárias do imaginário, no

caso das primigestas.

“*Olha para mim tranquilo, ganhei os três normal [via parto vaginal]. Estava curiosa para saber a dor, diz que a dor é diferente dos guris. Todo mundo dizia que era horrível, mas o dela foi bem tranquilo”* (Puérpera 1).

“*Eu não tinha muita experiência, porque o meu primeiro foi cesárea. Agora desse já não tinha muita noção como seria. Sabia que a dor seria mais forte”* (Puérpera 3).

“Eu imaginava que seria cesárea e eu pensava tomara que ocorra tudo bem no meu parto. No fim ocorreu tudo bem, graças a Deus, no fim ganhei normal [parto vaginal]” (Puérpera 2).

“Que era ruim, que doía muito. Risos. Mas é verdade, dói mas é bom” (Puérpera 4).

“Eu pensava na dor para sair” (Puérpera 5).

“Achei que o parto dela ia ser um parto rápido, bem tranquilo, porque depois de todos, mas que nada, que sofrimento, e ela foi minha última, é a mais pequenininha, a mais miudinha e foi a que mais me judiou” (Puérpera 6).

“*Eu tinha medo, porque eu já conhecia a dor. Fazia três anos que tinha ganhado a primeira. Eu só tinha medo de sentir a dor, porque já sabia que era horrível”* (Puérpera 8).

“*Nem imaginava nada, tinha medo só quando chegasse”* (Puérpera 9).

“*Que tivesse um bom parto, uma boa hora, que ele viesse com saúde, que eu não sofresse tanto, porque queria normal”* (Puérpera 10).

Nos relatos, é possível verificar a preocupação quanto à presença de dor. Até mesmo as participantes, que apresentavam experiências anteriores com a via de parto vaginal, manifestaram receio quanto à dor.

Logo, é possível considerar que a espera pelo momento do parto pode representar um período de estresse, angústia e incerteza. Nesse contexto, muitas vezes, as expectativas e os desejos sobre o parto são baseados em informações interpessoais, experiências pregressas e/ou questões culturais (TOSTES, 2016).

Ademais, historicamente, a experiência parturitiva sempre esteve relacionada à dor e ao sofrimento, pois, em muitas culturas, esse evento está vinculado a um processo agoniante, de medo e terror. Diante disso, o medo da dor pode influenciar na escolha pela via de nascimento, afastando-as do desejo pelo parto vaginal, o qual é conhecido culturalmente como uma vivência insuportável e/ou assustadora

(MACEDO, 2018). Entretanto, é preciso considerar que a dor não é uma manifestação universal de processos orgânicos. Ela está associada à subjetividade e a cultura na qual cada indivíduo está inserido (TEIXEIRA, 2006).

Assim, é importante sinalizar a importância das atividades de educação em saúde, durante o acompanhamento pré-natal. Caso as questões relativas ao parto sejam abordadas nessa fase, as mulheres podem se sentir mais seguras e empoderadas para o processo de parturição (BITTAR, 2013).

Na sequência, sete participantes manifestaram desconhecimento sobre os procedimentos que podem ser desenvolvidos na assistência ao parto. Com isso, é preciso ressaltar que apenas duas delas eram primigestas.

"*Eles* [profissionais de saúde] *explicavam o que estavam fazendo. Eles me deram aquele soro para aumentar mais a dor agora. Eles me trataram super bem"* (Puérpera 2).

"*Eu sei por causa dos outros partos"* (Puérpera 5).

"Eles não falavam nada" (Puérpera 7).

"*A única coisa que a minha irmã tinha comentado é que não faziam mais a lavagem, porque tem que esperar. O resto* [dos procedimentos] *a gente conhece"* (Puérpera 8).

Analisando as falas acima mencionadas, fica claro a carência quanto ao nível de informações as quais as participantes da pesquisa estavam sujeitas, é possível identificar que em diversos momentos há uma associação com experiências pregressas ou falas de terceiro.

Ressalta-se ainda que essa falta de informações seguras e precisas, pode ser por diversas vezes o combustível para o surgimento de dúvidas, medos e angústias, relacionadas ao momento do parto. Com isso pontua-se a importância do pré-natal, e das ações de educação em saúde, durante esse período, pois através de uma assistência pré-natal de boa qualidade é possível ofertar conhecimento as puérperas e gestantes sobre os procedimentos que podem ocorrer durante seu percurso dentro do trabalho de parto e em sua internação, oferecendo assim, mecanismos para que as mesmas sintam-se seguras e possam se tornar protagonistas do seu momento (SOUZA, 2019) .

"*Não sei te dizer se era necessário, se é assim mesmo*": vivências parturitivas na perspectiva de mulheres

Na vivência do parto vaginal, alguns procedimentos são necessários e outros podem ser prejudiciais ou ineficazes. Além disso, algumas práticas são desenvolvidas de forma inapropriada ou permanecem sendo realizadas, apesar de não apresentarem evidências científicas suficientes para fomentar sua recomendação (WHO, 2018).

Nesse sentido, sete participantes relataram a realização de amniotomia durante a internação hospitalar. Algumas desconhecem o motivo da realização desse procedimento. Outras afirmam que os profissionais justificaram que essa prática poderia acelerar o processo de parturição, auxiliar na descida fetal e reduzir a dor.

"*O Doutor rompeu a bolsa, mas não sei dizer porquê"* (Puérpera 1).

"A médica tentou deixar romper sozinha, mas não vinha, aí a médica disse que ia romper a bolsa e eu disse que tá. Rompeu para vir mais ligeiro" (Puérpera 4).

"A médica rompeu minha bolsa, mas não sei porquê" (Puérpera 5).

"*Elas romperam para que a criança baixasse e eu conseguisse ganhar normal"* (Puérpera 6).

"*A médica rompeu a minha bolsa. Ela disse que porque o colo estava lá em cima e ele precisava descer. Eu tinha contração, tinha dilatação, mas ele não descia. Por isso, estava demorando. A hora que ela furou, não demorou nem meia hora, porque eu comecei a fazer força também"* (Puérpera 8).

"*Eles perguntaram se eu queria ficar sofrendo as dores ou se eu queria romper a bolsa para não ser tão demorado, para não sentir tanta dor. Escolhi romper a bolsa para vir as dor mais rápido"* (Puérpera 9).

"Eles romperam, porque foi quando já estava dentro da sala de parto" (Puérpera 10).

A partir das falas, percebe-se que a amniotomia configura-se em procedimento de rotina na instituição hospitalar em que as participantes vivenciaram o parto vaginal. Contudo, é preciso destacar que, de acordo com as Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, a amniotomia precoce, associada ou não a ocitocina, não é recomendada em parturientes, cujo trabalho de parto esteja com boa progressão (BRASIL, 2017).

Desse modo, constata-se que, no modelo intervencionista de atenção obstétrica, muitas vezes, a autonomia da mulher é silenciada quanto às decisões ligadas ao parto. A parturiente é objetificada e torna-se coadjuvante no processo de

parturição, ficando sujeita à submissão de terceiros sobre o seu próprio corpo (BITTAR, 2013).

As participantes também mencionam a realização da prática de tricotomia, a qual consiste na remoção manual de pelos da pele. Algumas mencionam que passaram por esse procedimento no hospital e outras alegam terem realizado previamente no domicílio.

"*Nesse parto não fizeram, mas no meu primeiro parto sim"* (Puerperal 1).

"Não precisou, pois eu fiz em casa" (Puérpera 2).

"Não fizeram. No meu primeiro filho, rasparam os pelos" (Puérpera 3).

"*Já estava pronta, tinha raspado em casa"* (Puérpera 4).

"*Não fizeram, porque já fui pronta"* (Puérpera 5).

"*Sim, me depilaram no hospital"* (Puérpera 6).

"*Não me depilaram, porque já tinha me depilado uns dias. A moça veio com esses aparelhos e disse que não precisava"* (Puérpera 7).

"*Eu já tinha raspado em casa"* (Puérpera 8).

"*Sim, eles rasparam os pelos"* (Puérpera 10).

Embora a tricotomia pubiana e perineal não sejam práticas recomendadas como rotina durante o trabalho de parto (BRASIL, 2017), percebe-se que se tornaram procedimentos habituais nos serviços e também entre as parturientes. Para a Organização Mundial da Saúde, o uso da tricotomia está atrelado à fabulação de essa prática reduz o risco de infecções e gera melhora na higiene. Contudo, não existem comprovações científicas, que contemplem e respaldem essas suposições (CARVALHO, 2010).

Ao contrário, sabe-se que a tricotomia pode gerar traumas na pele, aumentando o risco de infecção. Além disso, para algumas mulheres, esse procedimento pode gerar constrangimento e desconforto (RITTER, 2020).

Na sequência, as participantes relatam que foram orientadas pelos profissionais de saúde a realizarem a manobra de valsalva, que consiste na realização de esforço de puxo prolongado e dirigido (WHO, 2018). É possível verificar que alguns profissionais as orientaram a realizar a fazer força, quando desejavam, mas a maioria tentou coordenar o processo de parturição.

"*A Doutora e o enfermeiro me orientaram a fazer força, senão eu não conseguia ganhar"* (Puérpera 2).

“*Me pediram para fazer força para sair ele. O Doutor e todas as pessoas que estavam ali, pediram: -Faz força, força, força! Não sei te dizer se era necessário, se é assim mesmo. Quando tinha vontade, eu fazia força”* (Puérpera 3).

“*Ela* [médica] *só dizia que, quando vinha a contração, para eu fazer como se estivesse fazendo cocô e não sugar, me falaram: - Eu não vou apertar tua barriga, só vou te tocar aqui para ver o lado que tu fazes mais força. A enfermeira só botava a mãozinha aqui em cima. Na hora que vinha, ela dizia para mim: - Não tem pressa. Ela deixou vir natural mesmo”* (Puérpera 4).

“A *doutora pediu para fazer força, fiz porque estava saindo* [o bebê]*”* (Puérpera 5).

“*A enfermeira chefe pediu para fazer força na hora de ganhar para a criança baixar para baixo”* (Puérpera 6).

“*A enfermeira mandava eu fazer força para empurrar. Eu fiz e teve uma hora que parei e ela disse: - Mãe, faz força que está vindo a cabeçinha. Olha a hora que eu parei de fazer força eu não eu não estava sentindo dor. Quando ela pediu, eu fiz, só que eu não estava mais com dor, a contração não era de ganhar ainda”* (Puérpera 7).

“*Eu comecei a fazer força e a minha irmã enxergou a cabeça saindo. A médica foi ali e eu disse: - Deixa eu ganhar aqui, um monte de gente ganha aqui, me deixa já está saindo. E a médica disse: - Não, a gente não gosta. Fecha as pernas. Cheguei na sala de parto e ela disse que não era para fazer força, mas eu fiz igual”* (Puérpera 8).

“*Elas pedem para fazer força. A doutora pede para não gritar e fazer força para criança vir. Eu sentia muita dor, eu não sabia por que tinha que fazer tanta força, mas eu não tinha mais força”* (Puérpera 9).

“*O médico pediu para fazer força quando eu estava sentindo as contrações fortes. Eu fazia força, porque ele me pedia”* (Puérpera 10).

Não raro até os dias atuais, é comum que no momento do parto muitas mulheres ouçam a frase “Encha o peito de ar, feche a boca e agora faça força”, esta frase, está originalmente vinculada ao Médico italiano António Valsalva, o mesmo foi pioneiro no uso desta técnica a qual hoje é conhecida como manobra de valsalva. Originalmente seu uso estava relacionado a expulsão de corpos estranhos nos ouvidos dos pacientes, visto que sua execução causava uma maior pressão no interior

das tubas auditivas, e consequentemente era possível eliminar quaisquer obstruções presentes (LEMOS,2003).

Seu uso no cenário obstétrico começou juntamente com a mecanização do trabalho de parto, pois as parturientes devido às grandes quantidades de medicação não sentiam a necessidade de fazer força, e acreditava-se que com a realização desta manobra o tempo de trabalho de parto seria diminuído, pois a execução da manobra resultaria em uma descida e expulsão mais rápidos do bebê (PACHECO, 2014).

Atualmente a OMS, através de suas diretrizes, classifica a manobra de valsalva como uma conduta prejudicial ou ineficaz e defende que seu uso deveria ser eliminado, e ainda pontua que uma alternativa saudável seria apoiar o padrão respiratório espontâneo da mulher quando a mesma realiza o estímulo de força, sem que esse seja um evento forçado ou cobrado da parturiente (WHO, 2018).

Ao que concerne ao bem-estar físico do binômio mãe-bebê, considera-se que a realização da manobra de valsalva pode impulsionar uma diminuição da oxigenação cerebral fetal, de maneira significativa, o que ocasiona uma redução do Ph e por consequência um aumento da acidose fetal, o que é fisiologicamente danoso para o bebê (MARTIN, 2009). Contudo, apesar da falta de evidências científicas que respaldam o uso da manobra de valsalva atualmente, essa prática ainda é muito comum nos ambientes de obstétricas, não somente no brasil, mas ainda com ampla difusão no mundo todo (LEMOS, 2011).

Ademais, uma das participantes também indicou a realização da manobra de Kristeller no seu parto. Esta consiste na compressão realizada pelo profissional de saúde no fundo do útero da parturiente, durante o trabalho de parto, com o objetivo de abreviar o nascimento do bebê (LANSKY, 2019).

“*Apertaram a minha barriga. Me senti muito ruim, é uma sensação muito ruim, porque a moça dizia que estava passando do tempo, que tinha que tirar, tirar, tirar e empurrava com mão e tudo e não vinha. Não sei explicar, mas é muito ruim mesmo”* (Puérpera 3).

Em situações, nas quais pode-se identificar a falta de progresso e/ou exaustão materna, muitos profissionais de saúde ainda realizam a manobra de Kristeller. Contudo, inúmeras evidências científicas apontam os danos causados por essa técnica, como maior risco de morbidade materna e fetal, danos à vísceras maternas, fraturas claviculares e danos cerebrais severos ao bebê (WHO, 2018; NASCIMENTO, 2021).

Em 2016, o Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, por meio de parecer técnico nº 095, vetou a participação de profissionais de enfermagem na realização dessa manobra. A decisão foi sustentada considerando o artigo 196 da Constituição Brasileira.

A prática de episiotomia também foi citada pelas participantes. Esta envolve uma incisão cirúrgica na parede ínfero-posterior da vagina, podendo ser mediana ou médio-lateral. Costuma ser realizada no período expulsivo do trabalho de parto, com o intuito de diminuir o tempo de expulsão e facilitar a saída do bebê. Entretanto, há muitas controvérsias sobre sua realização (PEÑA, 2016). No estudo em tela, as participantes relatam a realização da episiotomia, muitas vezes, sem a orientação prévia do profissional de saúde.

"*A médica fez o corte, mas foi melhor, pois assim o bebê veio* [o bebê nasceu]*"* (Puérpera 4).

"*Eu acho que o Doutor fez o corte, mas não me falou nada e eu nem senti"* (Puérpera 7).

"*Sim, a médica fez o corte"* (Puérpera 8).

"*A doutora cortou lá embaixo"* (Puérpera 9).

"S*im, fizeram o corte, mas eu nem senti"* (Puérpera 10).

A técnica de episiotomia foi proposta em 1741, por um obstetra irlandês, na obra intitulada "Treatise of Midwifery". Ele defendia o uso da episiotomia quando havia maior dificuldade na evolução no período de expulsão ou em situações de desproporção entre o perímetro cefálico fetal e o orifício externo da vagina (GUIMARÃES, 2018).

No Brasil, muitas vezes, a episiotomia é realizada sem o consentimento da mulher (SILVA, 2017). Ainda vale destacar que a OMS sinaliza que a episiotomia consiste em prática inadequada, que gera prejuízos à integridade corporal da mulher e danos teciduais (WHO, 2018), com diferentes graus de comprometimento (SOBIERAY, 2019). Contudo, apesar de todos os avanços científicos e teóricos, a episiotomia permanece sendo realizada, configurando-se no segundo procedimento mais rotineiro no contexto obstétrico (CARVALHO, 2010).

Nessa direção, enfatiza-se que a realização de intervenções ou práticas desnecessárias podem ser classificadas como violência obstétrica, a qual envolve destituir o protagonismo feminino no próprio parto, desencadeando sofrimento psicológico e/ou físico. Envolve ações, como impedir a mulher de gritar, não fornece

informações sobre o processo parturitivo, realizar procedimentos desnecessários, entre outros (MACEDO, 2018). É fundamental falar sobre essa temática, pois, no Brasil, uma a cada quatro das mulheres que têm parto vaginal, sofrem algum tipo de violência (OLIVEIRA, 2017), o que também pode ser demonstrado a partir das vivências das participantes do presente estudo.

Considerações finais

O estudo em tela se propôs a identificar as expectativas, conhecimentos e vivências de mulheres sobre o parto vaginal. A partir dos achados dessa pesquisa, pode-se observar que as expectativas das participantes envolveram, principalmente, o medo da dor e estavam balizadas em experiências anteriores ou em saberes populares compartilhados por conhecidos e familiares.

A maior parte das participantes demonstrou desconhecimento quanto aos procedimentos que ocorrem no hospital, durante o trabalho de parto e parto. Identificou-se que as vivências das participantes no parto vaginal foram marcadas por condutas ineficazes e que, muitas vezes, não apresentam respaldo científico que justifique a sua realização. Além disso, verificou-se que, em alguns casos, as participantes não manifestaram seu consentimento e tampouco foram orientadas sobre os procedimentos.

Cabe mencionar que o estudo foi desenvolvido a partir da ótica das puérperas, o que pode representar uma limitação, pois não apontou a perspectiva dos profissionais de saúde, considerando as suas indicações para a realização de determinadas práticas. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de pesquisas que permitam ouvir os profissionais de saúde, identificando os seus saberes e entraves encontrados na assistência à saúde de parturientes, bebês e famílias.

Apesar disso, como contribuições do estudo, é possível sinalizar as possíveis lacunas assistenciais que circundam o processo parturitivo, na perspectiva das usuárias assistidas. A partir desses achados, é possível ponderar sobre as estratégias necessárias para a qualificação da assistência obstétrica.

Referências

Barbosa LC, Fabbro MRC, Machado GPR. Violência Obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. Av Enferm. 2017;35(2):190-207.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasilia, 2017. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/DDT_Assistencia_PartoNormal.pdf. Acesso em: 23 dez 2021.

Ministério da Saúde (BR). Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem. Brasília, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf>. Acesso em: 23 dez 2021.

Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 23 Dez 2021.

Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes-Filho OB. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. Femina. 2010. Disponivel em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>. Acesso em: 08 jan 2022.

Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Costa MMG, Gonçalves BG, Quadros VF. Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. Rev Rene. 2010;38(5):265-70.

COREN/RS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Lei n° 5.905/73. Manobra de Kristeller. 2016. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_cdaea2dc629c8089b0948e9eea4c7491.pdf>. Acesso em: 05 jan 2022.

Cunha MA, Mamede MV, Dotto LMG, Mamede FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(1).

Freitas F, Martins SC, Ramos J, Passos EP, Magalhães JA. Rotinas em Obstetrícia. 7ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Guimarães LBE, Jonas E, Amaral LROG. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. Estud Fem. 2018. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/ref/a/BPdk4Rs9YqDNcnhMKrFdmJh/abstract/?lang=pt>. Acesso em 29 dez 2021

Guimarães NNA, Silva LSR, Matos DP, Douberin CA. Análise de fatores associados à prática da episiotomia. Rev enferm UFPE on line. 2018;12(4):1046-53.

Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. Cien Saude Colet. 2019;24(8):2811-24.

Lemos A, Dean E, Andrade AD. The Valsalva maneuver duration during labor expulsive stage: repercussions on the maternal and neonatal birth condition. Rev Bras Fisioter. 2011;15(1):66-72.

Lemos ABO. Duração da manobra de Valsalva no período expulsivo do parto: repercussões maternas e nas condições do nascimento do recém-nascido. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. Pernambuco, 2003.

Lima CB, Lima AKBS, Vicente AC. Parto cesáreo e parto normal: Uma abordagem acerca de riscos e benefícios. João Pessoa, 2017. Disponivel em: https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/01/17402.pdf>. Acesso em: 03 jan 2022.

Lopes CV, Meincke SMK, Carraro, T.E; Soares, M.C; Reis, S.P; Heck, R.M. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. Cogitare enferm. 2009;14(3):484-90.

Macedo TSB. Com dor darás à luz: Retrato da violência obstétrica no Brasil. Ebook Kindle, 2018.

Marinho AMP, Almeida FF, Martins IPR, Okabaiash DCV, Sales OP. A prática da violência obstétrica e o papel do enfermeiro no empoderamento da mulher. Multidebates. 2021;5(2):26-37.

Martin CJ. Effects of Valsalva manoeuvre on maternal and fetal wellbeing. Br j midwifery. 2009;17(5).

Matos MG, Magalhães AS, Féres-Carneiro T. Violência obstétrica e trauma no parto: o relato das mães. Psicol ciênc prof. 2021;41(e219616):1-13.

Nascimento KIM, Lima VS, Novaes CDP, Ponte AR, Aragão CRB, Trindade GBM, et al. Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica. Braz j of health rev. 2021;4(2):7362-80.

Oliveira MCG, Costa SIA, Souza J.A; Almeida, L.R; Medeiros, A.T. Violencia velada no corpo que pare: Uma revisão integrativa. Anais II CONBRACIS. Campina Grande, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/29716>. Acesso em: 04 jan 2022.

Pacheco HR. Um percurso retrospetivo do processo de aquisição de competências: implicações da manobra de valsalva no segundo período de trabalho de parto: revisão integrativa da literatura. Tese de Doutorado. 2014.

Peña SR, Gomes CRG. Episiotomia e suas implicações. Arq Mudi. 2016;20(1):25-37.

Pinheiro BC, Bittar CML. Expectativas, Percepções e experiências sobre o parto normal. Relato de um grupo de mulheres. Fractal rev psicol. 2013;25(3).

Ritter SK, Gonçalves AC, Gouveia HG. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. Acta Paul Enferm. 2020;33:1-8.

Salge AKM, Lôbo SF, Siqueira KM, Silva RCR, Guimarães JV. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. Rev eletrônica enferm. 2012;14(4):779–85.

Santos ML. Humanização da assistência ao parto e nascimento: Um modelo teórico. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

Silva AS, Serra MCM. Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. Quaestio Iuris. 2017;10(4).

Sobieray NLEC, Souza BM. Prevalência de episiotomia e complicações perineais quando da sua realização ou não em uma maternidade de baixo risco do complexo HC/UFPR. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2019;64(2).

Souza EVA, Bassler TC, Taveira AG. Educação em saúde no empoderamento da gestante. Rev enferm UFPE on line. 2019;13(5):1527-31.

Teixeira NZ, Pereira WR. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. Rev bras enferm. 2006;59(6):740-4.

Tostes NA, Seidl EMF. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. Temas psicol. 2016;24(2):681-93.

Vendrusculo CT, Kruel CS. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. Disciplinarum Scientia. 2015;16(1).

World Health Organization (WHO). Recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2022 Jan 15]. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/