

CUIDADO OU VIOLÊNCIA?: considerações sobre acolhimento e atenção de parturientes em um hospital público

CARE OR VIOLENCE?: considerations about parturient care and reception in a public hospital

Auzy Cleyce Costa Sousa

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (2006), especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar, mestra pelo Programa de pós-graduação em Psicologia social PPGP/UFPA.

E-mail: cleycecosta@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-9882-2253

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Psicólogo/UNAMA, mestre e doutor em Saúde Coletiva/ENSP, professor do curso de Psicologia da UFPA.

E-mail: pttarso@gmail.com

Maria Lúcia Chaves Lima

Doutora em Psicologia Social (PUC-SP), professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPA

E-mail: marialuciacl@gmail.com

Edna Abreu Barreto

Graduação em Pedagogia (UFPA/1994), mestrado em Educação pela PUC/SP (2000) e doutorado em Educação pela Universidade Federal Fluminense (2008). Professora adjunta da UFPA.

E-mail: edna.ab@gmail.com

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar as percepções de mulheres puérperas internadas em um hospital-maternidade público, localizado no interior do Pará, acerca do acolhimento e atenção que receberam durante o seu processo de parto. A pesquisa compara tais percepções das entrevistadas com o que está preconizado pelas legislações acerca da assistência ao parto no Brasil. A pesquisa mostrou que a falta de conhecimento das mulheres sobre seus direitos as faz avaliarem como positivo o acolhimento que tiveram no hospital investigado, não identificando uma série de violências obstétricas a que foram submetidas, como a falta de privacidade e acolhimento na admissão do hospital e falta de informações em seus processos de parto. Conclui-se a necessidade de se investir em uma política de informação às usuárias sobre seus direitos durante todo o período de gestação, parto e puerpério.

Palavras-chave: Cuidado no parto; violência obstétrica; parturientes; saúde da mulher; saúde pública.

Abstract

This article aims to analyze the perceptions of puerperal women hospitalized in a public maternity hospital located in the interior of Pará about the reception and attention they received during their

birthing process. The research showed that the women's lack of knowledge about their rights makes them evaluate as positive the reception they had at the investigated hospital, not identifying a series of obstetric violence to which they were subjected, such as lack of privacy and embracement upon admission to the hospital and lack of information in their birth processes. It is concluded that there is a need to invest in a policy of informing users about their rights throughout the gestation, delivery and puerperium periods.

Keywords: Childbirth care; obstetric violence; parturients; women's health; public health.

Introdução

As práticas de cuidados com a saúde da mulher já eram preocupação para os movimentos feministas desde o final do século XIX. Contudo, somente na década de 1960 é que a saúde da mulher aparece de maneira mais sistemática e prioritária como debate de política pública, principalmente no debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos¹.

Um dos aspectos relacionado à saúde da mulher, discutido internacionalmente, é a assistência à gestação, parto e nascimento. Este destaque está fundamentalmente associado aos altos índices de mortalidade materna que consiste em um problema de saúde pública mundial e uma prioridade global de saúde, tanto que a temática foi incluída na lista dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU).

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente nos **países periféricos**² (Ministério da Saúde, 2009). Sousa³ relata, de acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), que as duas das maiores causas de mortalidade materna são hemorragias (27%) e infecções (11%), causas que podem ser resultados de uma assistência obstétrica inadequada e insegura para as mulheres.

Nas últimas três décadas, o Brasil foi palco de várias modificações quanto à assistência à saúde da mulher, em grande medida, motivada pela intensa pressão dos movimentos feministas e pela grande taxa de morbimortalidade materna, com índices atuais de 59,1 óbitos de mulheres para cada 100 mil nascidos vivos, entre 2017 e 2018, houve uma redução de 8,4% ao passar de 64,5 para 59,1, respectivamente⁴ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Esses números mostram a necessidade de reflexão sobre essa assistência, como explica a Cartilha sobre Violência obstétrica da Rede Parto do Princípio:

Quando a mulher se sente desrespeitada nas instituições de saúde durante o atendimento ao pré-natal, parto, aborto ou puerpério, dizemos que ela passou por uma situação de violência. Essa situação é chamada de violência obstétrica. O termo violência obstétrica é relativamente novo, embora as mulheres sejam desrespeitadas quando procuram atendimento a sua saúde sexual e reprodutiva há muito tempo^{5:4}.

Diversos conceitos estão sendo propostos à violência obstétrica, inclusive pela OMS, porém neste trabalho consideramos o da Venezuela (2007)⁶ como o mais esclarecedor.

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de

patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.^{6:30}

Este tipo de violência atinge a mulher em um momento tão importante e delicado de sua vida que é a chegada de um filho, podendo trazer sentimentos como: medos, insegurança, baixa autoestima, além de revolta pela violência sofrida.

Na pesquisa realizada pela Fiocruz com 23.894 mulheres, foi constatado que grande parte delas foi submetida a intervenções desnecessárias, ficou restrita ao leito, sem estímulo para caminhar, sem se alimentar, deu à luz deitada de costas, muitas vezes com alguém empurrando sua barriga. Esses procedimentos, quando são usados sem indicação clínica, causam dor e sofrimento desnecessários e não são recomendados pela Organização Mundial da Saúde (2014)⁷.

Outra preocupação é o grande índice de cirurgias cesarianas. Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) referentes aos nascimentos em 2016 apontam que 55,4% do total de nascidos vivos no Brasil o foram por meio de cesárea. Dos partos realizados na rede pública de saúde, 40% ocorrem por meio de cesarianas. Já na rede particular esse índice chega a 84%, variando de acordo com a região⁸. A Organização Mundial de Saúde (OMS), no entanto, preconiza um percentual aceitável de 15% de cesárias⁹. Esses altos índices foram utilizados como justificativa para a criação do Programa Rede Cegonha, por incidirem diretamente na morbimortalidade materna.

A Rede Cegonha, lançada em junho de 2011, consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada, à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Embora o programa Rede Cegonha tenha sido severamente criticado por parte do movimento feminista por reduzir a saúde da mulher à concepção materno-infantil, ele trouxe diversas normativas assegurando o cuidado integral à saúde da mulher na fase de reprodução, apresentando como princípio o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados¹⁰.

Diante desse cenário, o presente artigo tem por objetivo analisar as percepções de mulheres puérperas em um hospital-maternidade localizado no interior do Pará acerca do acolhimento e atenção que receberam durante o seu processo de parto. Tais percepções são analisadas cotejando com o que está preconizado pelas legislações acerca da assistência ao parto no Brasil, tais como as Diretrizes para a Assistência ao Parto Normal¹¹, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC 36/2008)¹², a Lei do acompanhante nº 11.108/2005¹³ e a Portaria GM/MS nº 2.048/2002¹⁴.

Considerações metodológicas

Esta pesquisa foi realizada a partir da metodologia qualitativa, que se caracteriza por não se fechar aos princípios epistemológicos que estão na base do conhecimento científico dominante¹,

¹ No paradigma dominante percebe-se que o homem (ser humano) se tornou um fator perturbador e o sujeito não teve lugar neste pensamento. Galileu tirou a qualidade das ciências quando disse “Não acredito que em corpos externos

produzindo alternativas na pesquisa que possa explicar as novas dimensões do objeto, como é o caso da subjetividade. González Rey¹⁶ (2011) explica que:

Em primeiro lugar, a ciência não é só racionalidade, é subjetividade em tudo o que o termo implica, é emoção, individualização, contradição, enfim, é expressão íntegra do fluxo de vida humana, que se realiza através de sujeitos individuais, nos quais sua experiência se concretiza na forma individualizada de sua produção^{16:28} (GONZÁLEZ REY, 2011, p. 28).

Essa particularidade desse tipo de pesquisa - de ampliar o olhar das ciências para o subjetivo - torna-se essencial para a pesquisa em psicologia por permitir uma escuta mais detalhada e uma proximidade maior com o objeto. Portanto, esta pesquisa foi realizada no campo da pesquisa qualitativa, isso por se tratar de uma relação subjetiva e intersubjetiva, particular e dinâmica.

A pesquisa foi realizada em um hospital-maternidade localizado no nordeste paraense durante o primeiro semestre de 2017. A mesorregião Nordeste Paraense, compreende as regiões de integração dos rios Caeté, Guamá e Tocantins. Possui uma área de 83.316,02 km², e é a mais antiga fronteira de colonização do estado do Pará. A população da referida mesorregião, em 2010, era de 1.789.387 habitantes. A formação étnica predominante do Nordeste Paraense é de indígenas, negros e portugueses, com forte influência da cultura nordestina em decorrência do fluxo migratório ocorrido com a construção das rodovias de integração¹⁷.

O hospital estudado possui um total de 96 leitos, sendo 23 destinados à obstetrícia. No mês de junho de 2017 foram realizados 372 partos, desses, 38% foram normais, e 62% de cesarianas, não tendo uma diferença significativa desta porcentagem para os outros meses do corrente ano. O atendimento pelo SUS alcança uma média de 90% neste hospital, sendo os outros 10% distribuídos entre a rede particular e convênios.

Foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados, a observação direta ou diário de campo que segundo Severino (2017)¹⁸ o pesquisador assume uma atitude e identidade mais externa à situação observada, observando de maneira espontânea e informal o objeto em foco, e o registro é feito através de diários ou cadernos de campo, gravadores, câmeras fotográficas, etc.

A segunda técnica para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada. Aragaki et al. (2014)¹⁹ dizem que para responder às perguntas feitas, o participante recorre às informações constituídas durante suas experiências de vida e que circulam em seu meio, podendo na entrevista organizá-las, questioná-las, ratificá-las e/ou ressignificá-las.

Dessa forma, foram realizadas dezesseis entrevistas semiestruturadas com mulheres, acima de 18 anos, internadas no hospital durante o puerpério de um parto não agendado. Ou seja, não foram entrevistadas mulheres com cesarianas eletivas, por estas não passarem pelo trabalho de parto, um dos momentos alvo da presente pesquisa. Também não participou nenhuma mulher que tenha sido submetida à cesariana durante o trabalho de parto (cesárea intra-parto) porque não houve essa situação durante o período da pesquisa naquele hospital.

É importante ressaltar que a pesquisa foi apresentada a cada participante, explicando seus objetivos e apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi oferecido direito de não-

existe algo que provoca sabor, cheiro, som, etc., apenas tamanho, forma quantidade e movimento...penso se as orelhas, a língua e o nariz fossem eliminados, ficariam formas e números"^{15:19}.

resposta, garantia de anonimato e de desistência em qualquer momento da pesquisa. Visando garantir tal anonimato, as entrevistadas serão apresentadas com nomes fictícios.

Cabe destacar que as questões elencadas no roteiro de entrevista foram respondidas pelas participantes de forma suficiente para que se pudessem estruturar os eixos temáticos presentes nas diretrizes estabelecidos pela Rede Cegonha e os mais relevantes encontrados nas entrevistas: acolhimento, avaliação, acompanhante, informações.

Por fim, vale dizer também que as análises tiveram como ponto de partida as diretrizes a assistência ao parto normal¹¹ e a RDC 36/2008¹².

O acolhimento da parturiente

A recepção no hospital diz respeito ao primeiro atendimento dado à parturiente, chamado de acolhimento. Compreende a primeira avaliação do trabalho de parto, a escolha do acompanhante e as informações dadas à parturiente ao chegar no hospital.

As diretrizes para assistência ao parto normal¹¹ recomendam que para uma boa comunicação com a mulher, o profissional deve, entre outras coisas, cumprimentar a mulher com um sorriso e uma boa acolhida, apresentar-se, explicar qual o seu papel nos cuidados e indagar sobre as suas necessidades, incluindo como gostaria de ser chamada; manter uma abordagem calma e confiante, demonstrando a ela que tudo está indo bem; perguntar à mulher como ela está se sentindo e se alguma coisa em particular a preocupa; verificar se a mulher tem dificuldades para se comunicar da forma proposta.

No entanto, a realidade encontrada no hospital alvo da pesquisa se mostrou bastante distinta.

O hospital estudado é um hospital geral e não dispõe de uma recepção exclusiva para maternidade. Atende a todas as emergências e internações que lhe chegam, estando assim sempre lotado. É muito comum, durante o dia, encontrarmos na recepção grávidas com seus pertences em mãos, juntamente com os familiares à espera do momento de sua cesariana eletiva.

A recepção possui um longo corredor estreito, o qual as grávidas percorrem até chegar a um balcão de atendimento semelhante aos que encontramos em gerências de bancos ou mesmo recepção de planos de saúde (onde há uma separação e distanciamento estabelecidos entre cliente e vendedor).

Não foi percebido qualquer tratamento diferenciado em relação aos demais usuários do hospital, como prioridades para quem chega em trabalho de parto, nem mesmo em relação às acomodações. As grávidas ficam sentadas em cadeiras comuns, com pouco conforto.

O espaço não possui qualquer identificação simbólica, com desenhos ou cores que demonstrem que ali é um local de espera para ter um bebê. Talvez o que caracterize esta situação seja exatamente a presença constante das grávidas sentadas em cadeiras ou mesmo em um banco encostado na parede. Neste local, o fluxo de pessoas é grande, o que pode ser bastante constrangedor para mulher que esteja em trabalho de parto, pois estas costumam estar de camisolas, perdendo secreções vaginais e com dor.

Nas recomendações da RDC 36/2008¹², a recepção à mulher em trabalho de parto deve contar com um ambiente confortável para espera; atendimento e orientação clara sobre sua condição e procedimentos a serem realizados; avaliação inicial imediata da saúde materna e fetal para definir atendimento prioritário.

No entanto, mesmo constatando que a recepção do hospital em questão é falha, pois não se realiza um acolhimento com atenção, algumas participantes da pesquisa relataram que somente o fato delas serem atendidas e de ter leito para ficar já era um sinal de bom atendimento, apresentando sentimentos de gratidão.

Eu cheguei, fui bem atendida. Não era pra eu ficar porque eu tava com 1 cm ainda, mas aí a enfermeira deixou porque eu moro muito longe. Aí nós entramos, fizemos o cadastro aqui com a mulher e me mandou pro quarto até sentir a dor do parto mesmo (Nísia, 1º filho).

Muitas mulheres que chegam para ser atendidas são de municípios vizinhos e às vezes do espaço rural, fato que dificulta bastante o retorno às suas casas após uma primeira avaliação, principalmente por não possuírem condições financeiras para esse deslocamento. O aceite delas nas dependências do hospital já é, para algumas, um grande alívio, conforme nos contou Nísia.

Esse primeiro momento no hospital é de extrema importância para estabelecimento de confiança e vínculo entre a parturiente e a equipe, já que a mulher se encontra fragilizada, com uma mistura de ansiedade, medo e alegria, necessitando ser acolhida e tranquilizada através de informações de seu estado de saúde e de seu bebê. Na RDC 36/2008¹² consta a garantia da permanência da parturiente, quando necessária, em ambiente para observação e reavaliação. Portanto, percebemos um acolhimento favorável em respeito às normas, que considera a especificidade de uma mulher que mora longe e precisa ficar no hospital para não correr risco de ter o bebê sem assistência.

Esse acolhimento não aconteceu da mesma forma com Maria, outra participante. Ela foi encaminhada ao hospital depois de estagnar seu trabalho de parto aos 8 (oito) centímetros por mais de seis horas, em outro estabelecimento de saúde. Neste, detectaram má posicionamento do bebê, o que implicou em ser transferida para um hospital para ter uma melhor assistência. Porém, ao chegar ao hospital, a parturiente se deparou com a seguinte situação:

[Eu cheguei] com 8cm, parece que já... O médico me avaliou, aí ele disse que ainda não tava na hora... que era pra gente ir pra casa. Mas eu não fui. Eu disse que eu não ia porque eu tava sentindo dor e se eu fosse pra casa podia ter filho lá. Eu disse: "eu vou ficar aqui lhe aguardando". Aí ele disse que não tinha leito, se quisesse aguardar era pra ficar ali. Ali a gente ficou, no corredor, porque eu fiquei com medo de ter filho na estrada, com essas chuvas (Maria, 4º filho).

Nas últimas diretrizes de parto normal do Ministério da Saúde¹¹, foi apresentado como trabalho de parto estabelecido quando há contrações uterinas regulares e quando há dilatação cervical progressiva a partir dos quatro centímetros. No trecho acima relatado, a parturiente que já estava em seu quarto trabalho de parto (múltipara), expressou que tinha contrações regulares e chegou com oito centímetros de dilatação. Mesmo assim, o médico não aceitava a admissão, alegando que ainda não era trabalho de parto.

Maria apresentava tristeza ao falar desse momento, disse que não achou que foi bem tratada quando chegou. Emocionou-se ao falar desse momento. Ficar aguardando na recepção do hospital com o trabalho de parto avançado e com uma possível distocia, que pode causar mais dor, revela que realmente a parturiente não recebeu o cuidado adequado: acolhimento, escuta e sua privacidade não foi respeitada.

Gomes e Pinheiro²⁰ ressaltam que o cuidado acontece na relação usuário/profissional de saúde com a escuta deste usuário e seus anseios, aliado à escolha de tecnologias mais adequadas para o alívio de suas necessidades. No acolhimento feito à Maria, o profissional usou de seus conhecimentos

técnicos para desqualificar a fala da parturiente, tentando fazer com que a mesma acreditasse que não estava em trabalho de parto, e não aceitava sua opinião para a melhor decisão.

Campos²¹ reflete que nas relações desumanas existe um grande desequilíbrio de poder, e que os poderosos se aproveitam dessa vantagem para desconsiderar os desejos e anseio dos outros. Maria estava em seu quarto parto vaginal, conhecia as dores, mostrava conhecimento de seu corpo e sabia avaliar os sinais da aproximação do parto. Sabia, inclusive, que não daria tempo de ficar em casa a esperar. E esse conhecimento lhe trazia segurança para o momento, mas ao ter sua palavra posta em dúvida pelo médico, desestabilizou-se e o parto estagnou.

A outra justificativa dada pelo médico para não internar Maria é uma situação comum em hospitais-maternidade públicas no Pará: a lotação. Isso ocasiona a falta de espaço e privacidade para a mulher em trabalho de parto, considerando que ela está com dores e precisa se movimentar, sua roupa pode incomodar e ela estará tendo perdas de fluidos vaginais, necessitando de um espaço apropriado para a espera de um encaminhamento, que pode ser de internamento ou de transferência para um outro hospital.

Foi o que aconteceu com Nise, que esperava por uma transferência. Nise chegou ao hospital com dois centímetros de dilatação e foi informada que não tinha leito disponível, e que seria encaminhada para um hospital em Belém. Ficou na recepção do hospital aguardando a ambulância, que demorou tanto que ela chegou aos sete centímetros de dilatação, sem condições de ser encaminhada para outra cidade. Na RDC¹² diz que a transferência da mulher, em caso de necessidade, deve ser realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002¹⁴. Neste caso, não se sabe se estava garantida a vaga de Nise em outro hospital, assim como não foi possível seu transporte a tempo.

A parturiente já havia passado grande parte de seu trabalho de parto na recepção do hospital. Porém, ela não considera que foi mal atendida, como não ter nenhuma privacidade em seu processo de espera de seu bebê. Provavelmente, Nise não recebeu informações durante o seu pré-natal sobre seu direito à privacidade no local do parto.

Essa falta de conhecimento da parturiente sobre seus direitos também foi percebida por Vianna (2014)²² em sua dissertação de mestrado. A referida autora encontrou mulheres que tiveram seus direitos de acesso aos serviços negados, porém, referiam-se com naturalidade a esse fato e sem demonstrar qualquer tipo de indignação. Ou seja, não haviam percebido que sofreram violência pela negação do seu direito. Como explica no trecho abaixo:

Pelas narrativas das mulheres, não verificamos nenhuma queixa ou reclamação pelo fato de terem ido de um hospital a outro. Não atribuem nenhum valor e nem se referem a isso como um tipo de violência institucional, percebe-se o desconhecimento de seus direitos e não consegue identificar como violência^{22:49}.

As parturientes passam a acreditar que a equipe fez o melhor, enquanto que a equipe não percebe que precisa atualizar seus conhecimentos para suas práticas e não avançam para um processo mais respeitoso e reflexivo sobre a condição da mulher. Essa questão, em grande medida, está ligada a ausência de um direito à saúde, que se naturaliza na visão geral da população, especialmente em municípios mais distantes da capital e onde estes serviços não são disponíveis. Quando a parturiente recebe algum destes serviços, acaba tendo a percepção de que foi bem atendida simplesmente por ter sido atendida.

No entanto, é preciso destacar experiências positivas de uma das participantes. Olga relatou que seu acolhimento foi realizado por uma enfermeira e se diferenciou dos demais. Ela relata que a profissional conversou com ela com muita calma: “Eu não me lembro o nome dela, mas foi uma enfermeira. Ela fez tudo certinho, com a maior calma, conversava” (Olga, 2º filho).

As novas políticas de assistência ao parto, desde a criação das casas de parto (1999) até as mais recentes diretrizes ao parto normal¹¹ (2017), que visam promover a humanização, trazem a necessidade de reconhecimento da atuação da enfermeira obstétrica na atenção ao parto sem distocias, justamente por acreditar que esta profissional tem formação para lidar com o trabalho de parto como um processo fisiológico, necessitando de pouca ou nenhuma intervenção.

Respeito à escolha do acompanhante

Segundo pesquisa realizada pela Rede Parto do Princípio²³, a OMS já recomendava a presença de um acompanhante para a mulher no parto desde 1986. De acordo com a mesma pesquisa, os benefícios proporcionados pela simples presença de um acompanhante são: diminuição do tempo de trabalho de parto, sentimento de confiança, controle e comunicação, menor necessidade de medicação ou analgesia, menor necessidade de parto operatório ou instrumental, menores taxas de dor, pânico e exaustão, menores escores de Apgar abaixo de sete, aumento dos índices de amamentação, melhor formação de vínculos mãe-bebê, maior satisfação da mulher, menos relatos de cansaço durante e após o parto.

Estar com alguém do seu círculo afetivo em um momento delicado como o trabalho de parto, parto e puerpério é, no mínimo, confortável. Há um sentimento de segurança em saber que caso aconteça alguma intercorrência tem alguém para cuidar de você, que conhece suas preferências, sua família, seus desejos. Conhece também suas preferências de como cuidar de seu bebê. Isso é importante para a mulher sentir-se segura e relaxar para o parto acontecer.

No entanto, o direito ao acompanhante no trabalho de parto, parto e puerpério foi conquistado somente no ano de 2005, com o estabelecimento no Brasil da Lei nº 11.108/2005¹³, que trata da previsão legal de acompanhante. Apesar da existência de uma lei que garante a presença de um acompanhante, muitas mulheres entrevistadas nesta pesquisa não sabiam que se tratava de um direito, acreditando ser uma opção que o hospital podia oferecer ou não. “Tive [acompanhante]. As enfermeiras e a minha mãe... Eles deixam entrar, aí ela entrou” (Margarida, 1º filho).

Margarida se referia à enfermeira também como acompanhante, porém, o acompanhante deve ser alguém do conhecimento e confiança da mulher, de sua rede social: o companheiro, mãe, pai, irmã, prima, amiga, enfim, alguém da escolha dela.

Nas diretrizes a assistência ao parto normal (2017)¹¹, encontra-se que todas as parturientes devem ter apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto, de preferência por pessoal que não seja membro da equipe hospitalar. Mas o apoio do acompanhante não dispensa o suporte oferecido pela equipe.

O surgimento dessa lei e o incentivo à participação do acompanhante ocorreram devido ao reconhecimento de que essa prática contribui para a humanização do parto e nascimento. Acredita-se que a vivência de mulheres que tiveram a oportunidade de ter alguém que escolheram ao seu lado durante esses eventos é diferente das que vivenciaram essa experiência sozinha, mesmo que os profissionais envolvidos no processo tenham oferecido o cuidado e conforto necessário, pois esta mulher terá a oportunidade de vivenciar o parto como um evento familiar, mesmo com apenas uma pessoa de seu círculo de convivência.

Entre as participantes da pesquisa, todas as parturientes escolheram como acompanhantes no pré-parto mulheres do círculo familiar (mães, irmãs, cunhadas). E durante o parto, somente duas tiveram a presença do companheiro.

A escolha por uma acompanhante do sexo feminino sinaliza a permanência do costume de mulheres da família e da comunidade acompanharem os partos²⁴. Mas também pode mostrar a falta de preparo do hospital em acolher acompanhantes homens. A estrutura física onde as mulheres permanecem durante o trabalho de parto é coletiva, dificultando assim o acesso de acompanhantes homens por tirar a privacidade de outras parturientes. Essa questão também foi apresentada no trabalho de Janaina Aguiar (2010)²⁵, em que a presença do companheiro é permitida na hora do parto, porém, todos os hospitais estudados por ela não apresentavam estrutura física para permitir a presença de homens durante o trabalho de parto. Essa dificuldade se apresenta como justificativa para que a mulher não tenha acompanhante, já que muitas delas são levadas ao hospital apenas por seus companheiros.

As parturientes passam pelo trabalho de parto andando por corredores não exclusivos, ou seja, que outras pessoas transitam, inclusive no horário de visita. O corredor que as mulheres usam para caminhar é pequeno. Elas não têm um espaço próprio com privacidade, o que dificulta a concentração da mulher e sua liberdade de movimento. Esta recomendação é realizada pelo Ministério da Saúde desde a implantação da Rede Cegonha (2011) até as novas diretrizes de assistência ao parto de 2017¹¹, ambas apoiadas na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 36/2008¹², que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

A RDC 36/2008¹² considera, entre outras orientações, que em Unidade de Centro Obstétrico (partos cirúrgicos e normais) e/ou ambientes fins deve dispor de:

Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante, sala de exame e admissão de parturientes; a sala de admissão e os ambientes de apoio podem ser compartilhados com os ambientes do centro de parto normal; quarto pré-parto, parto e puerpério (PPP); prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling. O quarto PPP no centro obstétrico pode ser utilizado como pré-parto para as pacientes com possibilidade cirúrgica. Banheiro para parturiente; área para deambulação^{12:15}

Esta mesma resolução prevê uma sala de admissão da parturiente, assim como as de deambulação, necessárias para a privacidade. No caso deste hospital, há o espaço tanto de admissão quanto de deambulação, mas sem muita privacidade, por se tratar de uma maternidade dentro de um hospital geral, com estrutura antiga e sem espaço suficiente que considere a privacidade da mulher.

Quando o trabalho de parto está avançado, elas são levadas para uma sala de parto, sendo mais adequada para receber acompanhantes homens. Nesta sala, encontra-se uma maca hospitalar com estribos e foco cirúrgico, além do berço aquecido, materiais essenciais para um acompanhamento de parto a partir do modelo tecnocrático, com a mulher deitada, de perna para cima com o foco de luz voltado para o nascedouro, e o bebê sendo aquecido artificialmente ao invés de ser aquecido pelo calor da própria mãe no contato pele a pele.

Nesta sala também se encontra banqueta de parto, bola suíça e barras de ferro na parede para as mulheres se apoiarem, conforme as normas da RDC 36/2008¹². Porém, esses materiais são pouco explorados pela equipe.

Depois do nascimento, as mulheres e seus bebês são levados de volta ao leito. Essa também é considerada uma prática tecnocrática, pois configura o trabalho de parto, como relata Maia (2010)²⁴, uma linha de montagem que em cada etapa do trabalho de parto é transferida para uma sala diferente: recepção, pré-parto, sala de parto, e de volta ao leito. Apesar de ser mais conveniente para os prestadores de serviço, é extremamente desconfortável para a parturiente, que tem que trocar de lugar e de posição no momento mais doloroso.

Tendo todo esse incômodo, a figura do acompanhante torna-se ainda mais necessária, tanto para o apoio logístico como emocional, este último sendo essencial. A presença do acompanhante fornece o apoio emocional que a mulher necessita para vivenciar este momento, oferecendo conforto e encorajamento, o que permite reduzir os sentimentos de solidão, ansiedade e estresse causados pela vulnerabilidade da mulher neste momento, pelo desconforto durante o trabalho de parto, medo diante do que está por vir, ambiente não familiar e contato com pessoas desconhecidas²⁶. As participantes Olga e Chiquinha deixaram claro o quanto foi importante para elas:

Minha irmã tava comigo. Deixaram ela entrar. Parece que acalma a gente quando sabe que tem lá uma pessoa da nossa confiança (Olga, 2º filho).

Eu não tava tendo coragem de ter, aí eu pedi pra ele [o marido] entrar, pra gente ficar junto, pra eu ter força. Eu se pendurava nele (Chiquinha, 3º filho).

Mesmo que a maior parte das mulheres entrevistadas tenham tido seu direito respeitado, Maria relatou não ter tido acompanhante porque não sabia que podia, e os funcionários do hospital não esclareceram do direito; pelo contrário, pediram que esperassem do lado de fora, como relatou:

Ah, a minha irmã, e logo depois chegou o meu marido. Mas nem ela nem ele não entrou. Minha irmã falou que não sabia que podia entrar, aí não entrou. E ele foi lá pra fora porque falaram que não podia ficar aqui. Mandaram ele ir lá pra fora, esperar lá pra fora (Maria, 4º filho).

Como dito acima, Maria já havia tido problemas na recepção do hospital pelo médico duvidar que ela estivesse em trabalho de parto, o que irritou a parturiente e sua família, criando assim um pequeno desentendimento. Nesse caso, a equipe preferiu manter o companheiro de Maria longe para que não houvesse outros desentendimentos. Desse modo, houve um descumprimento da lei, negando à família a presença em um momento tão importante da chegada de um filho.

A falta de informação sobre seus direitos, e muitas vezes o medo de represália com a parturiente, fazem com que as mulheres e seus familiares não discordem dos profissionais, aceitando o que foi dito, principalmente sobre a escolha do acompanhante. Rita Vianna (2014)²² encontrou resultados semelhantes em sua pesquisa: “Não cabe reclamar do procedimento, pois o profissional tem o domínio da tecnologia e como tal detém o poder de decisão. À mulher cabe apenas “ajudar” esse profissional a realizar o seu trabalho”^{22:87}.

Diniz et al (2014)²⁷ comentam que estudos qualitativos sobre os serviços públicos mostram que as mulheres sabem que existe o direito a acompanhante, mas elas não confiam que os serviços vão respeitar o seu direito, e com base na experiência de dificuldades relatadas por parentes e amigas nestas situações, têm medo de confronto e retaliação durante a internação, se elas insistirem em ter um acompanhante.

De modo geral, foi percebido por meio das entrevistas realizadas que, com exceção de um caso analisado, o hospital cumpre a lei do acompanhante. No entanto, a presença do acompanhante

ainda precisa ser incorporada como um dispositivo importante no hospital e ser divulgado de forma mais incisiva pela equipe.

Informações sobre o processo de parto e puerpério

A gestação é um momento repleto de dúvidas e medos para a mulher, por isso é necessário que esta gestante tenha o maior número de informações possíveis do processo de gestação, parto e puerpério. Essas informações devem ser fornecidas a cada consulta de pré-natal e/ou por meio de grupos de grávidas que tratem de tema, como a preparação para o parto, momento que deve ir para o hospital, sinais de parto etc.

As informações também podem ser dadas no hospital desde a recepção, explicando sobre o direito à acompanhante, evolução de seu trabalho de parto, formas de alívio de dor, posições favoráveis para o parto, e no pós-parto, sobre amamentação, entre outros. Essas informações são fundamentais para o seu empoderamento enquanto garantia de direitos.

As novas diretrizes de assistência ao parto normal¹¹ recomendam que:

Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas.^{11:15}

Em algumas unidades de saúde são realizados grupos de grávidas para discussão de temas importantes para esse momento, com profissionais como enfermeiras, psicólogas, fisioterapeutas, entre outras. Porém, percebe-se muitas vezes a falta de vínculo das mulheres quando se trata de grupos, algumas por vergonha de se expor, outras por questões de trabalho ou familiar.

Algumas mulheres não apresentavam interesse em conhecimentos mais detalhados do trabalho de parto, provavelmente por não se sentirem incluídas nele, como se o parto fosse apenas de responsabilidade da equipe ou médico, e que a opinião dela de nada valeria. Neste sentido, os grupos de formação se tornam pouco interessantes para elas.

Margarida sentiu falta de informações durante seu trabalho de parto. A parturiente explica que não teve informações de como se dava o trabalho de parto, e nem do período expulsivo, e que por isso seu parto foi demorado, porque ela não sabia o que fazer para ajudar. Margarida comentou que na hora do expulsivo, quando a contração vinha, ela fazia força na parte superior do corpo, peito e pescoço, e que o médico explicou que precisava fazer força para baixo. Depois de tal informação, ela pôde direcionar melhor sua força e o parto fluiu melhor.

A pesquisa de Vianna (2014)²² também mostrou que as mulheres têm pouca ou nenhuma informação a respeito dos procedimentos técnicos aos quais estão submetidas. As situações pouco esclarecidas ou a total falta de informações e orientações podem gerar insegurança para as mulheres e mesmo para seus familiares a respeito das situações e procedimentos a serem executados.

Dorothy também relatou sobre a falta de segurança por não ter tido orientação na gravidez e tão pouco no hospital.

Eu fiquei mais nervosa porque o meu primeiro filho foi cesáreo. Quando eu cheguei aqui, que a moça me mandou eu deitar, eu gritava. Eu dizia: me ajude, porque eu não sei como é, eu não tive experiência. Ela falou: é assim, tu faz força pra baixo. E me ajudou, entendeu? Eu agradei muito ela depois (Dorothy, 2º filho).

As mulheres tendem a duvidar de seu poder de parir, dizendo que não sabem o que e como fazer para ter seus filhos. Isso pode ser explicado por ainda termos um modelo tecnocrático de assistência, que tira da mulher esse poder, autonomia e segurança, não a reconhecendo como a protagonista do processo ao transferir este protagonismo para as tecnologias avançadas, como o especialista médico, as cirurgias cesarianas etc.

As informações dadas pela equipe de forma equivocada podem causar vários transtornos, como insegurança da parturiente. Maria passou por essa situação, ao receber uma informação equivocada sobre o andamento de seu parto:

É, aí eu fiquei lá esperando. Aí o médico disse que ainda não era a dor de quem vai ter filho. Porque quando é dor pra ter filho a mulher gritava, espernegava. Mas eu sentia que já era pra ter (Maria, 4º filho).

Apesar de pouca instrução, Maria já havia tido outros três filhos de parto normal, tinha conhecimento do seu corpo e da dor de um trabalho de parto. E justamente por já ser multípara, seu trabalho de parto tende a ser mais rápido e menos doloroso. Porém, quando o médico deu a informação que ainda não estava na hora de seu bebê nascer, a parturiente encheu-se de dúvidas e medo.

Uma boa conversa e explicação de seu estado poderia deixar Maria mais tranquila para que seu trabalho de parto tivesse prosseguimento, já que em situações de medo e ansiedade nosso corpo libera hormônios que dificultam o trabalho de parto até que a situação volte a ser favorável e o processo continue.

Foi observado que as informações dadas às parturientes eram mais relacionadas ao estímulo a exercícios de agachamento e caminhadas, como forma de agilizar o trabalho de parto, porém, em suas falas, não foi observado a preocupação e o cuidado da equipe com a situação emocional da parturiente, com explicações do que ela estava sentindo, palavras de incentivo, acolhimento nos momentos de desespero.

É porque eles mandaram eu ficar andando pra ficar coisando mais, aí quando eu tava com muita dor eu não tava conseguindo andar, se eu andar eu vou fazer força, se eu fazer força aí que o negócio piora, porque aí dá aquela vontade né? Aí a minha irmã falou assim: ó, não faz força não, porque se tu fazer força, a cabeça da neném vai voltar e não vai encaixar. Eu disse agora pronto, não vou mais fazer força nenhuma! Aí quando deu umas 10 e pouco da noite, me chamaram pra cá, já tava passando da hora de nascer já. Aí fui só levantado a perna ali e aí eu fiz força. Quando eu fiz força, a bolsa estourou, aí ela tava vindo já, a cabecinha dela. Acho que eles demoraram muito a me chamar pra ter ela (Quitéria, 1ª filha).

A falta de informações mais detalhadas fez Quitéria acreditar que precisava esperar pela equipe para parir. Como a equipe não estava presente, ela precisava ficar quieta para não estimular a vinda de sua filha. Porém, quando a equipe chamou, para ela havia passado do tempo de sua filha nascer, causando assim vários problemas para a bebê.

A falta de orientação para as mulheres durante o trabalho de parto, também é percebida na hora do parto. A entrevistada Cora relata que foi orientada a fazer força, porém ainda não sentia vontade de fazer:

Ela falou pra mim fazer na hora da dor, fazer a força na hora da dor. Mas nem sempre na hora da dor dá vontade da gente fazer, né? Só na hora que tá pra nascer mesmo que a gente sente aquela vontade mesmo (Cora, 1º filho).

Enkin et al. (2005)²⁸ dizem que com a dilatação total do colo do útero, pode ou não coincidir com o início da fase de expulsão do bebê, ou seja, a mulher pode alcançar a dilatação total do colo, mas não sentir vontade de fazer força para expulsar o bebê. Algumas mulheres sentem essa vontade mesmo antes do colo estar totalmente dilatado, enquanto outras só sentem essa vontade bem depois de estar dilatada. Esse “desejo” involuntário de fazer força é chamado de puxos ou reflexo de Ferguson²⁹.

Oliveira (2009)²⁹ também relata que alguns autores afirmam que os puxos direcionados não se baseiam nos princípios fisiológicos e anatômicos materno-fetais que regem o trabalho de parto, baseando-se geralmente tão somente na dilatação de 10 centímetros. Este fato pode sugerir que um puxo direcionado antes da rotação interna do feto na pelve materna pode impedir um posicionamento adequado do feto, fator que pode prolongar o tempo do período expulsivo.

Enkin et al. (2005)²⁸ descrevem que quando a mulher não sente vontade de fazer força, coloca o bem-estar do bebê em risco, pois a interrupção da respiração da mulher pode comprometer a oxigenação para o bebê. Portanto, não há indicações de que o esforço de empurrar precocemente tenha qualquer vantagem para a mãe e o bebê. E apesar das novas diretrizes¹¹ recomendarem que evite os puxos dirigidos, ainda é observada essa prática no hospital estudado.

Como percebemos, muitas informações importantes não são devidamente passadas às parturientes. Sabemos que parte dessas informações deveriam ser fornecidas durante o pré-natal, e a equipe do hospital somente acompanharia o processo. Porém, muitas mulheres vêm de um pré-natal precário e vão necessitar dessas informações no próprio hospital, o que dificulta para a equipe que recebe um grande fluxo e muitas vezes não dispõe de tempo para tantas informações.

Considerações finais

Um ponto central da presente pesquisa foi a avaliação positiva que a maioria das puérperas disse ter tido no hospital investigado. Para elas, ser bem recepcionada é ter a garantia de atendimento e internação.

Para as mulheres entrevistadas não interessava muito o resultado da avaliação médica, tanto que nem sabiam ao certo o que havia feito na sala de triagem. Era como se essas informações só servissem para a equipe que a atendeu, e fizesse parte de um conhecimento somente deles. Para elas, era importante saber com quantos centímetros de dilatação estavam, provavelmente, visando ter ciência se o parto ainda demoraria.

Em relação à lei do acompanhante, as puérperas falavam com entusiasmo que tiveram acompanhantes. Porém, foi percebido que a maioria entendia o fato de ter acompanhante como uma “bondade” do hospital e não reconhecendo este ato como um direito delas. Foi observado que

esta lei está sendo cumprida no hospital, com algumas exceções, todavia ainda com a ressalva que somente mulheres poderiam acompanhar no pós-parto por falta de estrutura do hospital.

Esse fato mostra que as mulheres precisam ser mais orientadas sobre seus direitos durante o pré-natal. A necessidade de mais informações durante o parto também foi observada pelas puérperas. Segundo elas, as informações são dadas no hospital de forma muito rápida e sem detalhes, o que dificulta no entendimento.

No caso da posição assumida no parto, foi percebido que as puérperas consideravam o fato de a colocarem deitadas no leito como uma forma de cuidado, como se essa posição fosse a mais confortável, e não foi observado em suas falas o estímulo por parte da equipe em fazê-las assumir outras posições. Em relação às intervenções invasivas, como o uso de ocitocina, foi observada uma naturalidade na fala das puérperas sobre tal procedimento, entendida por elas como uma forma de ajuda dos profissionais para que o trabalho de parto evoluísse.

As mulheres, em sua maioria, relataram como pontos positivos do hospital o atendimento e a atenção que elas receberam. Isso mostra um desnível discursivo, pois ao mesmo tempo em que demonstram insatisfação no primeiro momento no hospital com a forma de tratamento e falta de informação, no final dizem que a experiência foi positiva. Mas, outras mulheres, por terem outras experiências anteriores, conseguem perceber a dificuldade com a recepção e informações.

O desconhecimento dos procedimentos indicados e regulamentados pelas parturientes faz com que elas não reconheçam uma série de violências a que foram submetidas. É importante ressaltar que essas mulheres são usuárias do SUS, muitas de municípios pequenos, com baixa escolaridade e poucos recursos financeiros, o que dificulta a compreensão do processo de reconhecimento de seus direitos. As técnicas inadequadas acabavam sendo vistas como práticas de cuidado para essas mulheres que necessitam tanto do serviço.

Referências

¹ Ferreira V. 2006. Da mulher como objeto às mulheres como sujeito: A trajetória da crítica feminista às políticas de saúde no Brasil. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Ceará.

² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

³ Sousa V. 2015. Violência Obstétrica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento. São Paulo: Artemis, 63 p.

⁴ Ministério da saúde. Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher, 2020. Acessado em: 29/06/2021 Publicado em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>

⁵ Kondo CY et al. 2014. Violência obstétrica é violência contra mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica, 1 ed., São Paulo: Rede Parto do Princípio, 26p.

⁶ República Bolivariana de Venezuela. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas: UNFPA; 2007.

- ⁷ Leal MC e Gama SGN, 2014. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. [online]. [Acesso em 3.07.2015]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>.
- ⁸ Guedes A. 2018. Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil [online]. [Acesso em 22.01. 2019]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>.
- ⁹ Batalha E. 2012. “Parto e nascimento com cidadania”. *Radis: comunicação e saúde*. Maio de 2012, n° 117, p. 8-10.
- ¹⁰ Brasil. Ministério da Saúde. 2011. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. [online] [Acesso em 5.06.2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
- ¹¹ Brasil. Ministério da Saúde. 2017. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília.
- ¹² Brasil. Ministério da Saúde. 2008. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. [online]. [Acesso em 22.05.2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html.
- ¹³ Brasil. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Dispõe sobre o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. [Acesso em 30.06.2021]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/570557/publicacao/15722854>
- ¹⁴ Brasil. Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o atendimento pré-hospitalar. [Acesso em 30.06.2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
- ¹⁵ Schmitz H. Abordagem sistêmica e agricultura familiar. IN: MOTA, D.M.; SCHMITZ, H.; VASCONCELOS, H.E.M.. Agricultura familiar e abordagem sistêmica. Sociedade brasileira de sistemas de produção. Aracaju, SE. 2005.
- ¹⁶ González Rey, Fernando Luis. Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios. São Paulo, Cengage Learning, 2011.
- ¹⁷ Cordeiro IMCC; Arbage MJC; Schwartz G. Nordeste do Pará: configuração atual e aspectos identitários. Embrapa Amazônia Oriental-Capítulo em livro científico (ALICE), 2017.
- ¹⁸ SEVERINO, Antônio Joaquim. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Cortez editora, 2017.
- ¹⁹ Aragaki SS, Lima MLC, Pereira CCQ, Nascimento VLV. Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. IN: SPINK, M.J. P.; BRIGAGÃO J.I.M.; NASCIMENTO, V. L. V do; PRIOLI, M.. A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Cordeiro, organizadoras. – 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014 (publicação virtual).

- ²⁰ Gomes M. e Pinheiro R. 2000. "Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos". *Interface*. Vol. 17, nº 9, p. 287-301.
- ²¹ Campos GWS de. *Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida* — *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.
- ²² Vianna RCS. 2014. A violência institucional na assistência ao parto sob a perspectiva da mulher. Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz.
- ²³ Ciello C. 2012. Dossiê da Violência Obstétrica: "Parirás com dor". [online]. [Acesso em 1.06. 2015]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.
- ²⁴ Maia MB. 2010. Humanização do parto, políticas públicas, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 189 p.
- ²⁵ Aguiar JM. 2010. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo.
- ²⁶ Dodou H. et al. 2014. "A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas". *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Vol. 18, nº 2, p. 262-269.
- ²⁷ Diniz CSG et al. 2014. PRESENÇA DE ACOMPANHANTES DURANTE INTERNAÇÃO PARA PARTO. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. [Acesso em 22.08. 2017]. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S140-S153/pt>.
- ²⁸ Enkin M. et al. 2005. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanara Koogan, 279 p.
- ²⁹ Oliveira BD. 2009. Atividade eletromiográfica da musculatura abdominal de parturientes durante o período expulsivo do parto transpelveano. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco.
- ³⁰ Boletim epidemiológico. Secretaria de vigilância em saúde. Ministério da saúde. Vol.51, Nº 20, maio 2020. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/Boletim-epidemiologico-SVS-20-aa.pdf> Acessado em 17/06/2021
- ³¹ DINIZ, Simone e DUARTE, Ana Cristina. 2004. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber e todo homem também. São Paulo: Editora Unesp. 179 p.
- ³² MILENA, Lilian, 2012. *Prós e contras do programa Rede Cegonha*. [online]. Disponível em: <https://jornalggm.com.br/politicas-sociais/pros-e-contras-do-programa-rede-cegonha/>. [Acesso em 7.02.2014].

Submissão: 11/02/2021

Aceite: 04/07/2021