

2.1.2 A mulher no processo de parir significando suas experiências

Camila Soares Nucci, Soraya El Hakim

A mulher no processo de parir significando suas experiências

C. S. NUCCI (1) ; S. E. HAKIM (2)

¹ Graduanda de Enfermagem da Faculdade de São Sebastião - FASS.

² Professora Orientadora. Doutora pela Universidade de São Paulo

COMO CITAR O ARTIGO:

NUCCI,C.S.; HAKIM, S.E. A mulher no processo de parir significando suas experiências.
URL: [www.italo.com.br/portal/cepep/revista eletrônica.html](http://www.italo.com.br/portal/cepep/revista_eletronica.html). São Paulo SP, v.12, n.2, p. 30-59, abr/2022

RESUMO

Introdução: Historicamente as gestantes eram assistidas durante o trabalho que antecede a expulsão e o parto por parteiras no conforto de seus lares e pelos olhares de seus familiares. Essas mulheres eram de extrema confiança da parturiente e de seus entes, onde prestava orientações sobre os cuidados ao recém-nascido e com o pós parto. Com os avanços tecnológicos nas últimas décadas, o parto passou a ser visto quase como uma patologia e a parturiente como uma paciente, não participante ativa do processo de nascimento com técnica mecanizada e despersonalizada em detrimento ao estímulo, apoio e carinho a mulher que vivência essa experiência. No entanto, mesmo com a mudança da assistência ao parto para o âmbito hospitalar e com toda a evolução tecnológica, ainda se observa dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade para todas as mulheres, altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, níveis altíssimos de parto operatório, na maioria das vezes sem real indicação, uso abusivo da tecnologia de ponta, abortos clandestinos, esterilização em massa, baixa adesão das mulheres ao aleitamento materno, entre outras. No Brasil, as parturientes tem direito a um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e da rede própria ou conveniada. A escolha do parto é um evento que acompanha todo o processo de gestação, parto e puerpério, uma vez que ele já é antecipado na gravidez sob a forma de expectativas, e continua sendo referido após a sua conclusão, na forma de lembranças e sentimentos que acompanha a mãe, fazendo parte de sua vivência. Sabe-se que o Brasil é conhecido como um dos países com mais altas taxas de cirurgia cesariana, ultrapassando significativamente os critérios da Organização Mundial de Saúde que aceita uma taxa anual de 15 % do total de partos. O crescimento dos partos cirúrgicos, ainda que muitas vezes justificados, chegou a um ponto tal que se tornou, dependendo da região e do hospital, a forma por assim dizer natural de uma mulher dar à luz. Como apontam estudos sobre o tema, a opção pela cesárea chegou a ser quase total em clínicas e maternidades privadas, ao mesmo tempo em que, em algumas regiões do país, a incidência de cesáreas entre a população pobre aparecia associada à realização de laqueadura de trompas, forma de esterilização amplamente aceita entre as mulheres, independente de

classe social. O parto é o conjunto dos fenômenos mecânicos ou fisiológicos que culminam na saída do feto e de seus anexos do organismo materno. Neste contexto e, no que se refere à assistência à mulher neste momento importante, o parto, entende-se que esta assistência deve ser humanizada, designando assim uma forma de cuidar mais atenta, com vistas a melhorias no atendimento. A palavra humanização é um conceito de concepção que abrange um contexto para este estudo, assim adquirindo a percepção do cuidado obstétrico que respeite a afeição da fisiologia do parto e o papel principal da mulher nesse procedimento. Humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas, biológicas e sociais. **Objetivo:** Significar a experiência de mulheres que passaram pelo processo de humanização durante sua gestação e parto; buscando analisar através da pesquisa a identificação de fatores que dificultem o processo de humanização. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa para buscar em profundidade a essência da linguagem dessas mulheres e através da teoria fundamentada nos dados ocorrerá a aplicação de questionário aberto, coleta dos dados, tabulação, tratamento e análise dos mesmos. **Resultados:** A institucionalização do parto e os avanços tecnológicos e científicos da medicina contribuíram para as mudanças que o ciclo gravídico-puerperal sofreu, com o passar dos anos, em que o uso dessas novas tecnologias passou a ser sinônimo de cuidado qualificado. No Brasil, apesar do grande enfoque relacionado à saúde materno infantil, os índices de cesarianas permanecem crescentes por todas as partes do país e a Organização Mundial da Saúde sinaliza que níveis relacionados ao parto cirúrgico acima de 10% não contribuem com a redução da mortalidade materna e neonatal; reforçando que são indispensáveis todas as medidas cabíveis para que não sejam realizados em momentos que não existem reais necessidades para tal opção. **Conclusão:** Percebendo a presença do acompanhante como benéfica no processo de trabalho de parto/nascimento, esta foi vista como um diferencial no modelo de parto humanizado, capaz de proporcionar parturiente inúmeros benefícios durante todo o processo, permitindo que a mulher visualizasse a parturição de forma mais segura, protegida e, conseqüentemente, espera-se uma diminuição na sensação dolorosa. Assim parto humanizado, é considerado como uma

experiência para além da experiência física, centrada na sua mente, proporciona às mulheres força para lidar com a parturição, demonstrando confiança na sua capacidade de lidar com o trabalho de parto e com as dores do parto normal.

Palavras-chave: parto humanizado, gestantes, vivência, expectativas e benefícios.

INTRODUÇÃO

A definição de maternidade, como sabemos, varia bastante tanto histórica quanto culturalmente. Recentemente, em um universo específico de valores, que poderíamos caracterizar como ocidental-individualista-contemporâneo, e em um movimento que vem se desenvolvendo desde meados do século XX, a maternidade tem sido compreendida como uma experiência eminentemente corporal/emocional, isto é, que se desenrola prioritariamente no e por meio do corpo da mulher e diz respeito à relação entre esse corpo e o corpo do futuro neném. (RUSSO, 2020)

Em sua trajetória histórica o parto tem passado por diversas transformações, antigamente sem a existência das técnicas de partos que temos na atualidade, não havia a possibilidade de redução das dores do parto e nem a possibilidade de facilitar a realização do mesmo. A realidade da época era que as gestantes ao sentirem o aumento das contrações isolavam-se para parir sem nenhuma assistência ou cuidado especializado, simplesmente a partir deste momento deduziam por instinto que o momento do parto estava chegando (PINHEIRO; BITTAR, 2012 apud VICENTE, 2017).

Historicamente a assistência ao parto era de responsabilidade exclusivamente feminina, pois apenas as parteiras realizavam essa prática. Sabe-se que as mesmas eram conhecidas na sociedade pelas

suas experiências, embora não dominassem o conhecimento científico. Assim, os acontecimentos na vida da mulher se sucediam na sua residência, onde elas trocavam conhecimento e descobriam afinidades, sendo considerada incômoda à presença masculina durante a parturição. (MOURA, 2007)

O cenário brasileiro contemporâneo da assistência ao parto é complexo, apresentando marcantes dimensões tecnocráticas, na medida em que são

supervalorizadas e hierarquizadas as práticas médicas intervencionistas. Com uma visão rotineira de atendimentos que leva ao mau uso de tecnologias disponíveis e desvaloriza as recomendações de evidências científicas existentes no campo, geram-se práticas desnecessárias na assistência às gestantes, que contribuem para a persistência de altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal (WHO, 1996; LEAL et al., 2014, PEDROSO, 2017). Ao mesmo tempo, existem dimensões transformativas que tensionam de diferentes maneiras modelos e ações em saúde, guiadas pelo polissêmico conceito de humanização. (DESLANDES, 2004; apud PEDROSO, 2017)

Entretanto, partir do século XX na década de 40, foi intensificada a hospitalização do parto, que permitiu a medicalização e controle do período gravídico puerperal e o parto como um processo natural, privativo e familiar, passou a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde com a presença de vários atores conduzindo este período. Esse fato favoreceu a submissão da mulher que deixou de ser protagonista do processo parturitivo. (MOURA, 2007)

Nessa via, a medicalização de nascimento constitui o hospital como uma indústria de alta tecnologia, destinada a produção de “bebes perfeitos”, com uma legitimidade inquestionável dos procedimentos médicos (DAVIS-FLOYD, 1994; HELMAN, 2009; apud PEDROSO, 2017). A supervalorização e a utilização maciça de tecnologias em favor de uma suposta segurança da parturiente e do bebê acabaram colocando em segundo plano as experiências singulares das mulheres e sua autonomia em relação à gravidez e ao parto (DOMINGUES et al., 2004 apud PEDROSO, 2017).

Diante do exposto, a mulher perdeu sua privacidade e autonomia, foi separada da família e submetida a normas institucionais e práticas intervencionistas sem o devido esclarecimento e consentimento da parturiente e foi oferecido para mulher e seu bebê uma assistência com aparente segurança. (MOURA, 2007)

Neste processo, o parto passou a ser vivenciado como um momento de intenso sofrimento físico e moral. O medo, a tensão e a dor das parturientes nesse modelo de assistência impedem o processo fisiológico do parto normal, o que pode culminar com práticas intervencionistas que, na maioria das vezes, poderiam ser evitadas. (MOURA, 2007)

Atualmente o modelo de assistência obstétrica no Brasil é caracterizado por excesso de intervenção do parto, o que tem contribuído para o aumento de taxas de cesáreas e a morbimortalidade materna e perinatal. (MOURA, 2007)

Após décadas vivenciadas nesta realidade, os profissionais de saúde, mais especificamente “médicos obstetras e enfermeiros obstetras” mediante o domínio de conhecimento científico e por incentivo de políticas de saúde que visem à humanização no parto vêm tentando reeducar as gestantes quanto aos estigmas criados com os medos ou inseguranças geradas pelo medo e dor inerentes ao parto normal, na tentativa de estimular cada vez mais a realização do mesmo, consequentemente reduzindo os altos índices de nascimentos por cesarianas que poderiam simplesmente ter um nascimento de um modo natural, menos doloroso e mais saudável (BASTOS et al., 2009 apud VICENTE, 2017).

No Brasil, nos últimos anos, há propostas de humanização, a fim de garantir uma assistência menos intervencionista, baseada em evidências científicas sobre riscos e benefícios de determinadas práticas para a saúde da mulher e do bebê, na participação ativa da mulher e com maior ênfase nos aspectos socioculturais e emocionais da parturição. (DOMINGUES et al., 2004; SEIBERT et al., 2005 apud PEDROSO, 2017)

A expressão “humanização do parto” é, segundo Russo, 2020 apud Carneiro, polissêmica, pois, embora tenha como fundamento uma

crítica ao parto dominado pela tecnologia médica e como objetivo a proposta de um outro tipo de assistência ao parto e ao pós-parto, conjuga um conjunto heterogêneo de entendimentos a respeito do que, de fato, consistem em um parto humanizado. Segundo RUSSO, sob esse termo guarda-chuva encontra-se desde a postura mais radical que propugna por um parto domiciliar desassistido (isto é, sem qualquer auxílio profissional) até a posição de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que propõem um acolhimento respeitoso e sensível à parturiente nas maternidades. No coração dessas posições diferenciadas está a própria definição de “parto natural”, em torno da qual a noção de “natureza feminina” tem papel primordial. (RUSSO, 2020)

O significado de parto normal é atribuído àquele que ocorra naturalmente como um fenômeno natural, sendo por isso considerado também como parto natural. Para que este fenômeno possa ser considerado como parto normal, ele tem que ser realizado de modo que intercorrências ou procedimentos desnecessários não ocorram ao longo do trabalho de parto propriamente dito, assim como no parto e também pós-parto, mantendo sempre atenção frequente para segurança e respeito aos direitos tanto da parturiente como de seu filho visando ao bem-estar (COREN, 2009 apud VICENTE, 2017).

Sob essa concepção, e até mesmo como forma de reagir à violência obstétrica observada no atual contexto social, particularmente no transcurso do parto, surgiu a proposta de humanização na assistência à parturiente, abrangendo os momentos do pré-parto, parto e pós-parto. Essa proposta implica que o parto seja realizado sob um olhar holista, um parto realizado com holismo, provido de apoio, ternura, carinho, valorização e respeito à dignidade da mulher que está sendo assistida. (VICENTE, 2017).

Com o passar dos anos, o ato fisiológico de parir e nascer passou a ser visto como patológico, privilegiando a técnica medicalizada e despersonalizada, em detrimento do estímulo, apoio e carinho à mulher que vivencia essa experiência. (CASTRO, 2005)

Não se pode negar que a tecnologia e os estudos científicos têm proporcionado avanços inquestionáveis na qualidade da assistência

obstétrica. Dentre esses, cabe destacar a evolução da operação cesariana que, de um procedimento antes só realizado em mulheres mortas para salvar a vida fetal, passou a ser procedimento que, em algumas situações, proporciona segurança à vida, tanto da mulher como do feto. Observa-se, porém, que esse procedimento passou a ser usado sem justificativas obstétricas adequadas, gerando medicalização excessiva de um processo natural e fisiológico como é o parto. O advento tecnológico fez com que o parto deixasse o âmbito domiciliar e adentrasse no hospitalar, processo esse que acometeu não só à assistência obstétrica, mas em toda a área da saúde. (CASTRO, 2005)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) têm apoiado práticas de cuidado ao parto e ao nascimento que garantam uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura.

Entre as práticas que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto, destacam-se: a oferta de líquidos por via oral, o apoio empático pelos prestadores de serviço, o respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante a parturição, o esclarecimento das dúvidas e fornecimento de informações que as mulheres desejarem, a utilização de métodos não invasivos e farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, o monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente, a liberdade de posição e movimento, estímulo a posições não supinas, uso do partograma, contato pele a pele precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno. (FUJITA, 2014)

A humanização do parto e do nascimento busca romper com esse modelo e resgatar a autonomia da mulher, tendo como apoio a adoção de práticas comprovadamente benéficas na parturição. (FUJITA, 2014)

Para o MS, a humanização compreende dois aspectos fundamentais: a convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido; e o uso de medidas e procedimentos sabidamente benévolos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando o intervencionismo desnecessário, que embora esteja tradicionalmente na

prática dos profissionais não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e acarreta com frequência elevados riscos para ambos. (FUJITA, 2014)

O parto é um evento social que integra a vivência reprodutiva de homens e mulheres, representando um processo singular, uma experiência especial no universo do casal, que envolve também suas famílias e a comunidade.⁶ Portanto, o cuidado recebido nesse evento pode repercutir positivamente ou de maneira negativa na experiência reprodutiva da mulher, do recém-nascido, do homem e na forma como a parturição é percebida por eles, pela família e pela comunidade. (FUJITA, 2014)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desde o início da década de 1980 tem trazido contribuições importantes ao propor o uso adequado de tecnologias para o parto e nascimento, com base em evidências científicas que contestam práticas preconizadas no modelo médico de atenção. O termo humanização vem sendo utilizado há vários anos, em especial na área da saúde, quando se fala em humanização da assistência. No campo da assistência ao parto, as discussões sobre a humanização trazem demandas antigas e nos últimos anos vários autores e organizações não governamentais têm demonstrado suas preocupações com a medicalização excessiva do parto propondo modificações no modelo de assistência ao parto. O conceito de humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos, alguns estão relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias. Mudanças na estrutura física também são importantes, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência. Contudo, a humanização da assistência ao parto implica também e, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional a mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. Outros aspectos se referem a autonomia da mulher durante todo o processo, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; de ter um acompanhante

de sua escolha; de serem informados sobre todos os procedimentos a que serão submetidas; e de ter os seus direitos de cidadania respeitados. Para a Organização Mundial de saúde (OMS), humanizar o parto é adotar um conjunto de condutas e procedimento que promovem o parto e o nascimento saudáveis, pois respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou de risco para mãe e feto. (SANTOS, 2012)

A preocupação atual com a humanização no parto implica dar liberdade às escolhas da parturiente, prestar um atendimento focado em suas necessidades, aliviar seus anseios, esclarecer as suas dúvidas. Para que exista confiança entre a parturiente e a equipe que a assiste, a relação entre os sujeitos deve estar baseada no diálogo, na afetividade, no prazer em servir ao outro e na atenção dispensada; elimina preocupar-se apenas com crenças e mitos, acompanhando essas escolhas, intervindo o mínimo possível para que possa se desenvolver um processo natural e tranquilo. (VICENTE, 2017)

Graças aos avanços científicos e tecnológicos da assistência ao parto, muitos benefícios foram e vêm sendo observados nos partos caracterizados

como de alto risco, que resultaram na diminuição dos índices de morbimortalidade materna e neonatal. Porém, essa assistência baseada na tecnologia, muitas vezes desenvolvida de forma mecanizada, fragmentada e desumanizada, com o uso excessivo de práticas intervencionistas, quando aplicadas no parto de baixo risco, trouxe às mulheres sentimentos de medo, insegurança e ansiedade, que repercutiram em dificuldades na evolução de seu trabalho de parto. (VELHO, 2012)

OBJETIVOS

Significar a experiência de mulheres que passaram pelo processo de humanização durante sua gestação e parto; buscando analisar através da pesquisa a identificação de fatores que dificultem o processo de humanização.

Analisar produções científicas que tratem do parto humanizado,

Integrar as percepções, expectativas e vivências das mulheres em relação à experiência de parto humanizado,

Relatar as experiências com partos anteriores que não ocorreram através do processo de humanização.

MÉTODO DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada através da Teoria Fundamentada em Dados, a coleta dos dados: tudo será dado, a amostragem teórica: os dados serão analisados assim que coletados, a codificação: a análise será uma explicação teórica abstrata baseando-se na codificação aberta e seletiva, a integração da literatura será analisada a literatura relevante sobre a área de estudo.

Caminho metodológico: Para buscar em profundidade a essência da linguagem das mulheres sobre suas experiências, o presente estudo tem como proposta metodológica a pesquisa qualitativa, “uma vez que se aprofunda no mundo dos significados das relações humanas”.

Sujeitos do estudo: Mulheres que passaram em alguma de suas gestações pelo processo do parto humanizado.

Coleta dos dados: Será feita através de um questionário aberto com perguntas relacionadas às suas experiências, encaminhado via e-mail para mulheres que passaram pelo menos em uma de suas gestações pelo parto humanizado.

Tratamento e análise dos dados: A organização dos dados constará da análise das respostas apresentadas no preenchimento

individual de cada mulher, serão utilizados como procedimentos as figuras metodológicas.

Figuras metodológicas: expressões chaves (ECH), as ideias centrais (IC) para constituição do sujeito coletivo (DSC).

Após a organização da tabulação dos dados e reflexão acerca dos DSCs serão abordados os temas que emergirão no estudo.

Assim utilizaremos da transcrição na íntegra de alguns relatos.

A metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados, portanto, combina tanto os métodos indutivos como os dedutivos. Assim de uma perspectiva indutiva, a teoria emerge de observações específicas e dos dados gerados. A teoria pode, então, ser testada, empiricamente, para desenvolver previsões que podem ser significativas para os fenômenos semelhantes estudados, o que caracteriza o método dedutivo de pesquisa (CASSIANI, 1999 apud Streubert; Carpenter, 1995).

A questão norteadora da pesquisa, neste método de investigação, apenas identifica o foco de estudo, ou seja, a natureza do método requer que a questão seja refinada quando os dados estão sendo gerados e analisados. Assim Cassiani, 1999 apud Hutchinson (1986) afirma que é impossível determinar, com precisão, a questão norteadora da pesquisa no início de um estudo desenvolvido com base na Teoria Fundamentada nos Dados.

A sensibilidade teórica do pesquisador, qualidade pessoal, lhe dá a capacidade de ter o “insight” a respeito de um fenômeno, a habilidade de reconhecer e dar significado aos dados e a capacidade de entendimento. Deriva tanto da experiência profissional e pessoal do investigador, como da literatura da área. (CASSIANI, 1999)

RESULTADOS E APLICABILIDADE DA PESQUISA

Os resultados serão apresentados de acordo com os temas utilizando alguns discursos (DSC) e as ideias centrais (IC) que serão analisados como base para a análise dos dados.

Humanização do parto é uma política de saúde que busca melhorar a assistência a mulher.

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, que utilizou as técnicas de observação participante, entrevista semiestruturada. Como resultados, constatamos uma fragmentação das práticas tidas como “humanizadoras”, atreladas a protocolos de procedimentos no manejo do parto e, muitas vezes, a inflexibilidade perante ele. (PEDROSO, 2017).

A perspectiva que nos guia é a dos direitos humanos (DINIZ, 2001), sendo que a humanização do parto é entendida como uma garantia ampla de direitos das mulheres a uma maternidade “voluntária, segura, socialmente amparada e prazerosa” (MATTAR; DINIZ, 2012, p. 107 apud PEDROSO, 2017). Entendemos também a humanização, seguindo Ayres, como um ideal de construção “dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde, promovida por interações sempre mais simétricas, que permitam uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores e verdades” (AYRES, 2005, p. 558 apud PEDROSO, 2017)

Percepções positivas relacionadas ao parto normal e cesáreo

Nos estudos com mulheres que tiveram parto normal e cesáreo, a vivência do protagonismo e maior satisfação com a cena do parto, foi expressa como preferência pelo parto normal. Uma experiência única e relevante, que as mulheres esperam vivenciar, num processo fisiológico, algo mais natural e saudável para si e seu bebê. (VICENTE, 2012)

Um momento emocionante, de crescimento pessoal, para a construção de uma nova identidade, o status de ser mãe, cercado de sentimentos positivos, descritos como de alegria, felicidade e realização. (VICENTE, 2012)

A satisfação, preferência ou vantagens associadas ao parto normal, independente das experiências anteriores de via de parto das mulheres, foram encontradas em descrições como: pouco sofrimento,

recuperação mais rápida, requerer menores cuidados, sentir menos dor após o parto, a possibilidade de voltar às atividades diárias e ter alta hospitalar mais cedo. (VICENTE, 2012)

O parto normal, como uma experiência para além da experiência física, centrada na sua mente, proporciona às mulheres força para lidar com a parturição, demonstrando confiança na sua capacidade de lidar com o trabalho de parto e com as dores do parto normal. Essas mulheres percebem as dores como um aspecto intrínseco ao ato de parir, quase como uma essência desse processo; elas transformam esse momento de sensação física dolorosa em sentimentos de amor materno e como possibilidade de vivenciar plenamente o protagonismo feminino proporcionado pela maternidade. Conseguem lidar com a dor a partir da utilização de métodos não- -farmacológicos e o uso mínimo de medicamentos. (VICENTE, 2012)

Segundo Vicente, 2012 as percepções negativas relacionadas ao parto normal e cesáreo podem ser descritas a seguir como:

A vivência do parto normal institucionalizado foi traduzida pelo medo acompanhado pelo pressentimento de que algo ruim fosse ocorrer no momento do parto, seja pela possibilidade de surgirem complicações com o bebê, seja pelo medo da própria morte ou da morte do bebê.

As mulheres expressaram o temor das dores, temor este, intensificado pelas histórias ouvidas fora do hospital sobre a dor de parto, e que, para algumas, poderiam levar à morte.

O parto normal é percebido como um processo doloroso, com intensidade de dor maior do que a esperada, mesmo que por um curto período de tempo, acrescida de procedimentos dolorosos e inesperados que contribuíram para a elevação dos níveis de dor, tais como a realização de amniotomias ou administração de ocitocina, para acelerar o trabalho de parto.

Desconfortos associados à analgesia peridural, à episiotomia e ao tipo de parto, com exceção da cesárea eletiva, e a transformação do corpo feminino em objeto de trabalho, não respeitando o protagonismo da mulher e reproduzindo o modelo de medicalização da assistência, também contribuíram para a percepção negativa do parto.

Muitas mulheres acreditam que os procedimentos técnicos utilizados nos hospitais são necessários e importantes, mesmo sendo alguns contraindicados na atualidade, como a Manobra de Kristeller, uma posição de grande passividade em relação à autoridade hospitalar.

Humanização da atenção ao parto e nascimento. Apontaram a necessidade de um relacionamento mais humano, integral que considere a singularidade das usuárias d serviço, a garantia de um local adequado para que sejam acolhidas, ouvidas, orientadas, respeitadas e livres para manifestarem seus sentimentos.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Categoria 1 Medo

Parto 1: Cesárea – senti muito medo, até porque era algo novo para mim.

Parto 2: Cesárea – já mais experiente, o medo do parto fica bastante amenizado em relação ao parto.

Há muitos motivos para se sentir fragilizada e suscetível durante o processo de gerar um filho, como as intensas mudanças do próprio corpo e o estado de saúde do bebê. À medida que o nascimento se aproxima, essas sensações podem aumentar, levando algumas gestantes a sentir um medo do parto.

A dor do parto é sábia, vem em ondas dando um intervalo de descanso entre uma onda e outra, nos permitindo recuperar as forças. A dor faz com que o organismo libere diversos hormônios fundamentais para este período, que irão interferir até mesmo na amamentação. Um destes hormônios é a endorfina, que é um analgésico natural.

Categoria 2 Cesárea humanizada

Após cerca de 20 horas de parto, sentia cansaço, mas estava disposta a tentar todas as possibilidades do parto normal. Não foi possível naquele momento.

No primeiro parto não estava bem preparada, não tive ajuda da doula, então foi muito demorado, a obstetra fez episiotomia, e deu muitos pontos

Categoria 3 Partos alternativos (Relatos de mães)

A primeira vez que ouvi falar sobre parto humanizado eu estava na academia onde eu treinava e uma amiga minha me contou sobre a sua experiência de um dos partos que ela ter sido humanizado.

Eu nunca na vida tinha ouvido nada sobre parto humanizado até então, mas eu fiquei muito animada e curiosa sobre o assunto quando a minha me contou sua experiência, e então eu prometi que quando engravidasse procuraria mais informações sobre o tema.

Antes de engravidar eu já tinha esse desejo do parto humanizado, mas só busquei as informações ao engravidar. A maior parte do conhecimento veio através da médica obstetra, da doula e da enfermeira obstetriz.

Humanização como uma garantia ampla de direitos das mulheres a uma parturição segura, socialmente amparada e prazerosa.

A decisão acerca da via de parto é influenciada por diversos fatores como os riscos e benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras. Portanto, as mulheres devem receber informações precisas para que possam fazer valer um dos elementos do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: o direito de livre escolha da via de parto, que deverá ser respeitado, especialmente, quando estas forem devidamente orientadas e acompanhadas durante todo o processo de gestação e parto. (SILVA, 2013)

Categoria 4 Expectativas com o parto humanizado (Relatos de mães)

Minhas expectativas referente ao parto humanizado eram de ter as minhas vontades e decisões respeitadas pela equipe médica, ser a protagonista do meu parto, porém com responsabilidade e cuidado com os meus bebês e comigo, além de lidar com as minhas próprias fraquezas e medos de um parto normal.

Comentado [AY1]:

Ter informações sobre cada procedimento durante todo o parto, ter sido consultada em relação a cada um deles e terem respeitado as minhas decisões. Naturalmente uma confiança excepcional na equipe que me assistia.

Desejava que fosse respeitoso comigo e com o bebê de forma a evitar sofrimentos decorrentes de procedimentos desnecessários.

Pensava que seria um parto que me respeitasse como mulher e que eu me sentisse acolhida e foi exatamente isto que aconteceu.

A expectativa das mulheres a respeito da escolha do tipo de parto tem relação com o conhecimento das mesmas sobre o assunto e as informações que são tratadas pelos profissionais da área de saúde. Portanto, torna-se importante a troca de conhecimentos durante a realização do pré-natal, não somente com o intuito de informar às gestantes, mas também como meio de interação entre o profissional e a cliente, possibilitando o esclarecimento de dúvidas, reduzindo

assim a ansiedade das mulheres em relação ao momento do parto e ao período gestacional. (SILVA, 2013)

Sabe-se que é fundamental para a decisão da via de parto pela gestante uma maior aproximação dela com o profissional, garantindo uma atenção integral e de qualidade à mulher, esclarecendo suas dúvidas e anseios no que se diz respeito aos aspectos da gestação, parto e puerpério. A responsabilidade e o papel do profissional na promoção da saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, na educação em saúde e na assistência ao processo parir/nascer é uma necessidade que urge por mudanças. (SILVA, 2013)

Através deste estudo de revisão de literatura, foi possível averiguar as diversas facetas que englobam o trabalho de parto seja ele normal ou cesariano, (VICENTE, 2017)

Categoria 5 Sensibilidade

É interessante pensar que muitas mulheres optam por não buscarem informações e deixarem todo o cuidado e decisão nas mãos de um profissional médico na hora de decidir o meio de nascimento de uma criança, ou até mesmo duvidarem de sua capacidade em parir, pois

isso é um dom divino que nós mulheres recebemos e não podemos rejeitar seja por questões de medo ou por simples futilidades com relação a parte genital que não será mais a mesma após um parto normal.

Sei que a segurança e a saúde da mãe e da criança são fatores cruciais, mas não acredito que isso seja apenas responsabilidade dos G.O.s, que muitas vezes não tem lisura em suas informações, conduzindo a mãe para um caminho de seu interesse e praticidade, num caso frequente de cesárias eletivas.

Nos meus dois partos fui muito acolhida e respeitada pela equipe humanizada, mesmo havendo pontos que não puderam ser atendidos, como ter as crianças numa banheira (Não foi possível pois os partos foram muito rápidos 5 horas e 1,5 horas respectivamente), tive todas as necessidades físicas e emocionais atendidas. Mas meu marido pode estar comigo durante os partos e ser protagonista junto comigo, as meninas tiveram o cordão umbilical cortados após pararem de pulsar, nenhuma delas recebeu o colírio de nitrato de prata nos olhinhos (já que durante o pré-natal tinha sido visto que eu não possuía nenhuma doença venérea), minha filha mais nova tomou a vitamina K via oral por eu e meu marido acharmos uma injeção muito invasiva para ser dar para um recém chegado ao mundo, assim como o teste do pezinho ter sido feito de uma maneira menos agressiva para a criança, pois o exame foi feito em um laboratório atrás de uma seringa e uma agulha bem fina onde se retirou uma quantidade suficiente de sangue para o teste ao invés de ficar apertando o pezinho da criança e drenando sua perninha para o sangue preencher o formulário do teste.

Essas ações diferem-se muito quando comparamos os dois meios de parto (humanizado versus não humanizado), por isso a minha sensibilidade para tal é que seja uma cesárea necessária ou um parto normal natural, ambos podem e devem receber um olhar humanizado para trazermos crianças a esse mundo de uma maneira menor agressiva e mais doce.

Parto 1: Cesária – senti muito medo, até porque era algo novo para mim, mas também bastante acolhida pela equipe. O momento da anestesia, que gerou mais tensão, tive meu médico me amparando.

Anos depois, quando percebi que a cesárea foi marcada para conveniência do médico fiquei muito triste, mas hoje após passar por partos humanizados, percebi que apesar disso, meu médico foi muito acolhedor e teve ao menos a responsabilidade de aguardar até perto de 40 semanas de gestação, reduzindo os riscos de a criança nascer com o pulmão prematuro.

Parto 2: Cesária – já mais experiente, o medo do parto fica bastante amenizado em relação ao parto. A angústia é deixar o filho mais velho.

Parto 3: Cesária humanizada – após cerca de 20h em trabalho de parto, sentia cansaço, mas estava disposta a tentar todas as possibilidades do parto normal. Não foi possível, naquele momento, acho que a médica sofreu mais do que eu com a constatação. Me senti segura e aceitei que tudo o que estava ao alcance foi feito. Só queríamos nosso filho nos braços.

Parto 4: Normal humanizado – foram cerca de 24 h de trabalho de parto até que eu pedisse por uma cesárea. Senti que minhas forças estavam esgotadas, talvez aquilo não fosse para mim, apesar de querer tanto vivenciar a experiência. Minha equipe me deu tantas opções, e fui tentando, até que deu certo. Recebi analgesia, descansei e consegui. Difícil explicar o sentimento...tive quatro filhos e claramente a forma de parto não me fez mais ou menos mãe, mas indiscutivelmente, o parto normal me fez uma nova mulher.

O meu parto precisou ser induzido em virtude de pré eclampsia, mesmo assim foi tranquilo. As contrações se iniciaram com o primeiro comprimido de misoprostol. Me senti segura e acolhida o tempo todo, a doula, que também é

enfermeira obstétrica ficou ao meu lado, sempre verificando a minha pressão e os batimentos cardíacos. Minha esposa esteve presente o tempo todo. Pude comer e beber água sempre que quis. Tentei parir sem analgesia, mas no final estava cansada e com muita dor e optei por usar. Foi um trabalho de parto de apenas 5 horas e meu filho nasceu muito bem. O meu plano de parto foi seguido à risca e me senti respeitada.

Tinha muita vontade de viver essa experiência do parto sem analgesia. Me preparei ao longo dos meses e vivi intensamente aquelas horas. Meu único receio era por conta da minha idade, que para a gestação é considerada uma “idosa”. Mas não houve nenhuma intercorrência durante a gestação e o tempo do trabalho de parto também não foi prolongado por esse motivo. O principal sentimento ao parir foi de força e poder.

O primeiro não foi legal, embora normal, mas não tive acompanhamento da minha médica, sofri em cima da cama, ela rompeu minha bolsa e colocou remédio para dilatação, sentia que estava ali por obrigação.

Já o segundo foi incrível, pude me movimentar o tempo todo, senti dor, mas, as respirações e movimentos fez diferença, chegando em um nascimento incrível e não água sem nada programado

Não tomei nada apenas meu corpo trabalhou, e com toda a certeza a doula e o médico capacitado fez a diferença

No parto humanizado de minha filha não houve aspiração, injeção de vitamina K, colírio na criança e outras intervenções, apesar de longo, foi algo mágico, recebi massagens, entrei na piscina, ouvi minhas músicas favoritas e fui totalmente acolhida pelas parteiras e doulas. Me senti mais forte, hoje parece que ao lembrar do parto me sinto preparada para enfrentar qualquer situação na vida. O parto me fez sentir ao mesmo tempo o que há de bicho em nós e o que há de mais humano e belo e divino. Cada processo, cada local onde a dor se instalava, era uma aprendizagem, uma auto observação e uma extrema conexão com o bebê. Se eu tivesse mais 10 filhos certamente eu escolheria esta modalidade de parto. Lua nasceu em meu tapete de yoga, na posição que escolhi e eu estava rodeada de pessoas que eu amava e que me faziam sentir segurança e paz. É preciso mais divulgação deste tipo de parto, mais preparo dos médicos e hospitais e que as mulheres entendam sua importância e consequências.

No primeiro parto não estava bem preparada, não tive ajuda da doula, então foi muito demorado, a obstetra fez episiotomia, e deu muitos pontos

Já no segundo parto, me preparei durante a gestação, estudei e contratei uma doula, foi um parto humanizado, sem laceração e sem analgesia, perfeito como deve ser um parto normal.

Através deste estudo de revisão de literatura, foi possível averiguar as diversas facetas que englobam o trabalho de parto seja ele normal ou cesariano, (VICENTE, 2017)

CONCLUSÃO

A Experiência vivenciada foi bastante rica, permitiu compreender a realidade da assistência ao trabalho de parto e parto e refletir sobre a necessidade e possibilidade de potencializar a qualidade dessa assistência. Os depoimentos apontam para o desejo de vivenciar o parto da maneira mais “natural” possível, isto é, sem nada que reduza ou minimize as sensações que o acompanham.

Os depoimentos chamam a atenção para a ênfase dada à liberdade e ao reconhecimento das singularidades, a possibilidade de manifestação das diferenças faz com que o termo parto “humanizado” seja utilizado quase que de maneira intercambiável. Vale destacar que, para as entrevistadas, a natureza manifesta-se principalmente através do corpo que, sob essa ótica, estaria imune às influências da cultura. O corpo é visto como perfeito, detentor de um conhecimento inato e de uma temporalidade própria, que devem ser respeitados. De outra feita, esse conhecimento estaria ameaçado, pois as tecnologias poderiam comprometer a percepção, as sensações e, o mais grave, interferir no funcionamento do corpo, que é visto como apto e capaz de dar à luz. (HIRSCH, 2015)

O corpo em questão, por certo, não é um corpo qualquer: trata-se do corpo feminino, que é valorizado por suas potencialidades, dentre elas a reprodução biológica. (HIRSCH, 2015)

Diante da riqueza dos depoimentos, o estudo indica a peculiaridade envolvida nas sensações e emoções que envolvem o momento do parto, este que se reproduz em formas de palavras desde as expectativas até as claras realizações, a mulher intercepta seu corpo detentor do conhecimento de si próprio, perfeito nas ações e controlador

das emoções, porque mesmo que o primeiro parto não tenha sido conforme as expectativas de um parto normal humanizado, essas mulheres nas próximas gestações procuram em si mesmas forças para retornar as expectativas envolvidas no prazer de gerar um filho e na expulsão de sentimentos na forma de parir.

RELATOS DE UMA MÃE E SUA OBSTETRA.

Data:04/06/2016

Pais: Erika e Ricardo

Pedro e Laura e ... João – Erika & Ricardo

Não, não tive trigêmeos, mas seria impossível começar esse relato de parto sem contextualizar os meus partos anteriores, então não começarei contando o que senti a partir do momento em que entrei em trabalho de parto do João, mas nove anos atrás.

Engravidei do meu primeiro filho, Pedro, aos 29 anos e sonhava com um parto normal, meu médico nunca me contrariou, mas ao completar 40 semanas, solicitou um ultrassom e concluiu que a cabeça do bebê era grande demais para o meu quadril. Eu, inocente, pura e besta, acreditei. Não queria que meu filho sofresse...agendei a cesárea.

Dois anos depois ocorreu o parto da Laura, com quase 40 semanas, o mesmo médico – que já havia me explicado direitinho os riscos de um parto normal após uma cesárea – colocou como obrigatória, uma nova cesárea.

Foram bons partos, meus filhos nasceram saudáveis, não tive problemas com a amamentação, boa recuperação. Segui conformada até um dia uma amiga do trabalho, que teve um parto domiciliar, esclareceu que eu havia sido enganada. Demorou um tempo para entender o que ela quis dizer, alguns anos na verdade. Passei por duas cesárias, desnecessárias e só depois que a ficha caiu é que doeu.

Aos 38 anos engravidei de novo, a primeira coisa que me veio à mente foi que poderia fazer diferente, que tinha informação e isso foi libertador. Li tudo sobre a sopa de letrinhas VBA2C e senti um medo imenso (VBAC – Vaginal Birth After Cesarean = Parto Vaginal Após Cesárea. VBA2C – parto vaginal após duas cesáreas e assim por diante). Seria mesmo possível? Eu seria mesmo capaz? Infelizmente com 6 semanas perdi o bebê e tudo ruiu...

Após nove meses de luto, engravidei novamente. Com uma equipe humanizada...começa o relato de parto do João.

Com 39/5 semanas fomos à padaria tomar sopa com as crianças, durante a noite começaram os pródromos. No dia seguinte tive contrações a cada hora, foram se tornando mais frequentes e intensas e, perto das 18 h as contrações vinham a cada 10 minutos. Às 22h meu marido telefonou para a doula, ela falou que ele me desse uma taça de vinho e que eu fosse para debaixo do chuveiro. Fiquei feliz em poder beber uma taça de vinho depois de tanto tempo...vomitei tudo.

Fiquei embaixo da água quente até 1.30 da manhã, com contrações a cada 3 minutos. Nesse meio tempo Janie, minha doula, chegou, instruiu quanto às posições, fez massagem com óleo nas minhas costas. Às 2h da manhã decidimos ir para o hospital, como era longe de casa, encontramos com a enfermeira obstetra, Ana Garbulho, lá.

Cheguei no hospital com 4 cm de dilatação, mas fui informada que teria que passar por algumas manobras, para o bebê encaixar direito. Não entendi bem, mas estava entregue, como nunca estive em toda a minha vida, o que me mandavam fazer, eu fazia. Foram muitos procedimentos vibrando minha barriga, para tentar desencaixar em meio às contrações. Fui para debaixo do chuveiro, sentei na bola, sentei no banquinho, o frio doía também. Num determinado momento, a minha doula, carinhosamente me pede desculpas e diz que precisa se retirar, estava muito gripada e não conseguiria mais me acompanhar. Em alguns minutos sinto um anjo segurando minha mão na banheira, com uma musiquinha de fundo relaxante, era a doula estepe, Raquel Oliva. Precisei sair da banheira para retomar os procedimentos de desencaixe, um deles foi apoiar os joelhos no sofá, encostar a cabeça no chão (que

bela invertida) com o apoio do meu marido. Na sequência a doula e a enfermeira colocaram uma canga nas minhas nádegas e faziam movimento de vai e vem, uma vibração forte. Assim fomos até cerca de 10 h da manhã, o bebê finalmente desencaixou, agora era esperar que com as contrações encaixasse novamente, mas o João foi persistente, encaixou na mesma posição.

Nessa hora, a enfermeira, Ana Garbulho, disse que não poderia continuar tinha um compromisso com o pai adoentado. Apareceu outro anjo, enfermeira estepe, Maíra Bittencourt. A essa altura, minha obstetra, Cátia Chuba, já havia chegado e aguardava o desfecho do encaixa, desencaixa...

A forma com que o bebê encaixou, mesmo com as contrações ininterruptas, não contribuía para a dilatação do colo do útero, depois de quase doze horas de contrações, continuava com apenas 4 cm. A médica decidiu aplicar analgesia e monitorar o comportamento do útero. Ah! foi o momento em que realmente senti medo. Receber uma injeção na coluna, tendo contrações me desesperou, chorei e recebi o abraço carinhoso do meu marido. O anestesista, muito querido, explicou que só aplicaria quando eu dissesse que a contração havia passado e me acalmou. No meio do procedimento procurei meu marido e ele estava sentado no sofá, passou mal, mas logo se recuperou e veio me ajudar. Ter contrações sem sentir dor, foi incrível!

Já perto das 13 h a Dra. Cátia entrou na sala com lágrimas nos olhos, para informar que não seria possível o parto normal...o útero estava cansado. Ficamos sozinhos, Ricardo e eu, com a sensação de que havíamos feito o que era possível, partiríamos para uma terceira cesárea, essa necessária.

Fomos para o centro cirúrgico e logo depois nasceu o João, saiu da minha barriga e veio para o meu seio, mamou 40 minutos seguidos e ficamos colados todo o tempo seguinte.

Algumas horas depois fomos para o quarto e descobrimos que meu marido havia esquecido nossa mala em casa, só trouxe a dele... rs. Era tarde e chovia torrencialmente, deixamos para o outro dia, enrolamos o bebê em uma canga que havia levado para usar no parto.

Os primeiros dias de pós-parto foram de sentimentos contraditórios. Por um lado, foi libertador saber que as duas cesárias anteriores, apesar de não serem humanizadas, foram muito respeitadas, em muitos aspectos. Por outro, havia me preparado psicologicamente para um parto natural, a recuperação para mim foi doída, mais que das outras vezes e a frustração foi pouco a pouco sendo substituída pela certeza de que fizemos o nosso melhor.

Esse relato é uma tentativa de agradecer tantas pessoas incríveis que nos ajudaram nessa jornada. Ao meu marido que enfrentou seus demônios internos para parir comigo. Aos meus filhos que a cada dia me tornam uma pessoa melhor. À equipe incrível, que mostrou que estepe pode ser um termo maravilhoso – Cátia Chuba, Ana Garbulho, Janie Paula, Sandra Souza, Maíra Bittencourt, Raquel Oliva e o anestesista Ricardo. Em nenhum momento da minha vida me senti tão cuidada, amparada e amada, muito obrigada.

25/09/2018

Relato do parto da Mariana, pela obstetriz

Relato de uma obstetriz

O universo sempre dá um jeito de ajeitar as coisas... a minha história com essa família começou em 2016, eu estava numa fase de vida pessoal bem difícil com o câncer de meu pai em estágio avançado...

A E. é uma pessoa apaixonante e eu queria muito que ela pudesse viver um lindo parto natural já que havia passado por duas cesarianas desnecessárias anteriormente.

Passamos longas horas juntas durante seu trabalho de parto. Eu botei essa mulé de ponta cabeça! Varamos a madrugada de sexta até o amanhecer do sábado e eu precisei me despedir antes do nascimento do João pois meu pai teria alta nesse dia para curtir um pouco da família em casa. Infelizmente ele não teve pois apresentou febre e João nascera naquela tarde através de uma outra cesariana pois sua

apresentação na pelve (defletida de 2º grau) travou sua descida.
Foi um dia de muitas frustrações pra mim...

Mas eis que o Universo decidiu dar uma nova oportunidade à E.!
Mariana veio de surpresa pra trazer alegria!!
Eu me senti tão lisonjeada de ser novamente convidada a
caminhar junto nessa jornada...
Terça, 25/09/2018, 00h30, recebo uma mensagem da doula Janie
Paula "Estou indo pra casa da E. Contrações a cada 4 minutos. Dou
notícias".

Expectativa e ansiedade se misturavam com uma empolgação e
alegria imensa! #VemMari
Mensagens daqui e dali...
Nos encontramos na maternidade às 4h.
E. Já se perguntando "pq escolhi passar por isso de novo,
mesmo?!" Hahahhaa
Bom humor nunca lhe falta!

Foram looongas horas, algum choro, às vezes desânimo, às vezes
risadas...chuveiro, cama, bola de pilates, banheira...durante esse longo
processo ela quis desistir várias vezes. Nós, sua equipe, que tinha muito
vínculo e carinho por ela, disfarçávamos, nos fazíamos de
desentendidas porque sabíamos que era o cansaço falando e não ela.

Mas às 17h ela cansou! Seu olhar, seu tom de voz mudaram e
entendemos que era hora de respeitar o que estava pedindo.

Ela pedia por uma cesariana, mas ainda era possível tentar um
parto normal. Sabíamos que com a analgesia talvez as contrações
fossem embora e não poderíamos entrar com ocitocina por conta das
cesarianas anteriores. Era um risco, mas podíamos tentar. Ela topou a
analgesia antes de partir direto pra uma cesárea!
Que alegria a nossa!

E logo depois da analgesia aplicada ela se transformou! O sorriso
voltou e a frase foi "voltei a ser gente" rs.

Até que eu gosto da versão "bicho" das mulheres parindo, viu?!
Mas acima de tudo gosto quando elas estão felizes com o que estão
vivenciando.

Depois de uma hora de descanso foi hora de verticalizar! A
sentamos na banqueta de parto, doula atrás e marido e Dra. Cátia
Chuva receberam Mariana às 19h31 🍷

Eu fiquei na foto e filmagem 😊
Ela pariu!!!! Ela pariu seus quatro filhos naquele momento! Foi uma
emoção sem fim!!!!
Com sua filha nos braços e lágrimas no rosto, ela nos olha e diz “Dizem
que os amigos nos fazem fazer aquilo que somos capazes! Eu não
tenho palavras pra agradecer a vocês”
Caímos todas num choro da alma lavada!
Ainda arrepio de lembrar daquele momento!
Eu, que estava há 40 horas acordada, nem conseguia pensar em dormir.
Voltei dirigindo pra minha Sorocaba com um enorme sorriso no rosto!
Sou pura gratidão pela oportunidade de vida e de fazer o que amo ❤️
Parabéns à família, especialmente à essa guerreira e seu super parceiro
de 21 anos de jornada pelo incrível trabalho em conjunto! VBA3C* é pra
quem pode!
(Vaginal Birth after 3 c-section / parto normal após 3 cesarianas)

REFERÊNCIAS

ANDREWS, T. et al. **A metodologia da teoria fundamentada nos dados Clássica: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em Enfermagem.** Texto contexto enfermagem, 2017.

CASSIANI, S.H.B.; ALMEIDA, A.M. **Teoria fundamentada nos dados: a coleta e análise de dados qualitativos.** Cogitare Enfermagem., Curitiba, v.4, n.2, 1999.

FUJITA, J.A.L.M; SHIMO, A.K.K. **Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde.** Revista Mineira de Enfermagem, 2014.

HIRSCH, OLIVIA NOGUEIRA, O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. Civitas, Rev. Ciênc. Soc. vol.15 no.2 Porto Alegre Apr./June 2015

PEDROSO, C.N.L.S; LÓPEZ, L.C. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, nº 27, 2017.

RUSSO JA, NUCCI MF. **Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade.** Interface (Botucatu). 2020

SANTOS, I.S, OKAZAKI, E.L.F.J. **Assistência de enfermagem ao parto humanizado.** Revista de Enfermagem UNISA. 2012.

SILVA, D.D.A. et al. **Parto humanizado na voz das puérperas: uma revisão integrativa.** COBEON, 2015.

SILVA, S.P.C.; PRATES, R.C.G.; CAMPELO, B.Q.A. **Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante.** Revista de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, 2013.

SILVANI, C.M.B. **Parto humanizado – Uma revisão bibliográfica.** Porto Alegre, 2010.

VICENTE, A.C.; LIMA, A.C.B.S.; LIMA, C.B. **Parto cesário e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios.** Temas em saúde, volume 17, nº 04, João pessoa, 2017.

VELHO, M.B.; SANTOS, E.K.A.; BRUGGEMANN, O.M.; CAMARGO, B.V. **Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2012.