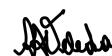


UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Victoria Costa Lacorte

ATENDIMENTO AO PARTO E NASCIMENTO EM PORTO ALEGRE DURANTE A
PANDEMIA DA COVID-19 NA PERCEPÇÃO DAS MULHERES

Liberado para avaliação da banca.



Porto Alegre

2022

Victoria Costa Lacorte

**ATENDIMENTO AO PARTO E NASCIMENTO EM PORTO ALEGRE DURANTE A
PANDEMIA DA COVID-19 NA PERCEPÇÃO DAS MULHERES**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa Dra Aline Alves Veleda.

Porto Alegre

2022

Catálogo na Publicação

Costa Lacorte, Victoria

ATENDIMENTO AO PARTO E NASCIMENTO EM PORTO ALEGRE
DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NA PERCEPÇÃO DAS MULHERES
/ Victoria Costa Lacorte. -- 2022.

72 p. : tab. ; 30 cm.

Monografia (trabalho de conclusão de curso) --
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto
Alegre, Curso de Enfermagem, 2022.

Orientador(a): Aline Alves Veleda.

1. parto e nascimento. 2. pandemia COVID-19. 3. parto
humanizado. 4. saúde das mulheres. 5. obstetrícia. I.
Título.

VICTORIA COSTA LACORTE

**ATENDIMENTO AO PARTO E NASCIMENTO EM PORTO ALEGRE DURANTE A
PANDEMIA DA COVID-19 NA PERCEPÇÃO DAS MULHERES**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Porto Alegre, 08 de agosto de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Profa Dra Enfa Aline Alves Veleda
(ORIENTADORA)

Profa Dra Enfa Debora Fernandes Coelho
(MEMBRO AVALIADOR 1)

Enfa Márcia Cordeiro Da Cunha
(MEMBRO AVALIADOR 2)

Dedico este trabalho aos meus pais, que não mediram esforços para que eu me dedicasse aos estudos;
Ao meu marido, por todas as vezes que sentou ao meu lado e segurou a minha mão;
Às minhas melhores amigas, Isa e Carol, por todo apoio e incentivo.

ATENDIMENTO AO PARTO E NASCIMENTO EM PORTO ALEGRE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NA PERCEPÇÃO DAS MULHERES

A pandemia da COVID-19 acarretou mudanças nos cuidados ao ciclo gravídico-puerperal. Este trabalho teve como objetivo conhecer as experiências vivenciadas pelas mulheres durante o atendimento ao parto e nascimento no município de Porto Alegre em tempos de pandemia da COVID-19. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, sendo o contexto de estudo Porto Alegre e os sujeitos participantes mulheres que pariram de março de 2020 a agosto de 2021 no sistema público de saúde obstétrica do município. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada individual, online, gravada e posteriormente transcrita na íntegra. A análise de dados teve fundamento na análise temática de Bardin e se deu através da categorização dos assuntos que mais apareceram nos relatos: pandemia, acompanhante, condutas e sentimentos. Dentre eles, o que mais se destacou foi a questão do acompanhante, que mesmo garantido por lei, não foi permitido em alguns casos. As entrevistadas que não puderam ser acompanhadas relataram sentimentos como tristeza e solidão, além de condutas profissionais não baseadas em evidências. Foram respeitados todos os princípios éticos conforme Resolução nº466/12. Espera-se uma melhor compreensão do cenário obstétrico portoalegrense, buscando colaborar com a construção de um cuidado humanizado durante o parto e nascimento, garantindo que as mulheres sejam respeitadas como protagonistas desse processo.

Descritores: Parto. Parto humanizado. Pandemia COVID-19. Saúde das mulheres.

CHILDBIRTH AND BIRTH CARE IN PORTO ALEGRE DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN THE PERCEPTION OF WOMEN

The COVID-19 pandemic led to modifications on the pregnancy-puerperium cycle healthcare. The aim of this project was to find out what are the experiences lived by women during childbirth and birth care in the city of Porto Alegre during the COVID-19 pandemic. This is a qualitative, descriptive and exploratory research, being the study context Porto Alegre and the participating subjects women who gave birth from March 2020 to August 2021 in the public obstetric health system of the municipality. Data collection occurred through semi-structured individual interviews, online, recorded and later transcribed in full. Data analysis was based on Bardin's thematic analysis and occurred through the categorization of the subjects that most appeared in the reports: pandemic, companion, behaviors and feelings. Among them, what stood out the most was the issue of companionship, which, although guaranteed by law, was not allowed in some cases. The interviewees that could not be accompanied reported feelings such as sadness and loneliness, besides professional conducts that were not based on evidence. All ethical principles were respected, according to Resolution 466/12. It is expected a better understanding of the obstetric scenario in Porto Alegre, seeking to collaborate with the construction of a humanized care during labor and birth, ensuring that women are respected as protagonists of this process.

Descriptors: Parturition. Humanizing Delivery. COVID-19 Pandemic. Women's Health.

CUIDADO DEL PARTO Y NACIMIENTO EN PORTO ALEGRE DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES

La pandemia de COVID-19 provocó cambios en los cuidados del ciclo gravídico-puerperal. Este estudio tuvo como objetivo conocer las experiencias vividas por las mujeres durante la atención del parto y nacimiento en el municipio de Porto Alegre en tiempos de la pandemia de COVID-19. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, siendo el contexto de estudio Porto Alegre y los sujetos participantes mujeres que dieron a luz de marzo de 2020 a agosto de 2021 en el sistema público de salud obstétrica del municipio. La recogida de datos se realizó mediante entrevistas individuales semiestructuradas, en línea, grabadas y posteriormente transcritas en su totalidad. El análisis de los datos se basó en el análisis temático de Bardin y se produjo a través de la categorización de los asuntos que más aparecen en los relatos: pandemia, acompañamiento, conductas y sentimientos. Entre ellos, lo que más destacaba era la pregunta del acompañante, que aunque garantizada por la ley, no se permitía en algunos casos. Los entrevistados que no pudieron ser acompañados reportaron sentimientos como la tristeza y la soledad, además de conductas profesionales no basadas en la evidencia. Se respetaron todos los principios éticos según la Resolución 466/12. Se espera una mejor comprensión del escenario obstétrico en Porto Alegre, buscando colaborar con la construcción de una atención humanizada durante el parto y el nacimiento, asegurando que las mujeres sean respetadas como protagonistas de este proceso.

Descriptor: Parto. Nacimiento humanizado. Pandemia de COVID-19. La salud de la mujer.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVO	12
2.1	OBJETIVO GERAL.....	12
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3	REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1	PARTO, NASCIMENTO E ASSISTÊNCIA HUMANIZADA.....	13
3.1.1	As políticas públicas do Brasil na área de Saúde da Mulher.....	16
3.2	COVID-19.....	18
4	METODOLOGIA	22
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	22
4.2	CONTEXTO DE ESTUDO.....	22
4.3	SUJEITOS PARTICIPANTES.....	23
4.4	COLETA DE DADOS.....	23
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	24
4.6	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	25
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	25
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	26
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	27
5.2	CATEGORIA 1: PANDEMIA.....	30
5.3	CATEGORIA 2: ACOMPANHANTE.....	35
5.4	CATEGORIA 3: CONDUTA.....	42
5.4.1	Subcategoria 3.1: Posições e episiotomia.....	44
5.4.2	Subcategoria 3.2: O exame vaginal.....	46
5.4.3	Subcategoria 3.3: A via de parto.....	46
5.4.4	Subcategoria 3.4: Primeira hora de vida do recém-nascido.....	48
5.5	CATEGORIA 4: SENTIMENTOS.....	51
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICE A – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	66
	ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA	68

1 INTRODUÇÃO

O nascimento, para Chaves (2014), é a transição da vida intra para a extrauterina, que se dá através de diversos mecanismos de adaptação, realizados pelo organismo do bebê, para que ele possa respirar espontaneamente pela primeira vez e passar a viver independentemente. A gestação e o parto são processos fisiológicos, que geralmente ocorrem sem intercorrências.

Infelizmente, esse processo, que devia ser fisiológico, foi transformado em algo patológico, e supostas doenças e complicações são utilizadas como justificativa para a realização de intervenções desnecessárias. Segundo Zanardo et al. (2017), a assistência prestada ao nascimento e parto é baseada em um modelo “hospitalocêntrico, medicalizante e tecnocrático”, que além de transformar o Brasil em um dos países com as maiores taxas de cesarianas, ainda resulta em altos índices de morbidade perinatal e mortalidade materna.

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação (OMS, 2014).

A violência obstétrica vai além de prestar um cuidado obsoleto ou não recomendado, que pode ser prejudicial, abarcando diversas práticas que podem:

Gerar consequências e iatrogenias, com efeitos evitáveis sobre a saúde da mulher e a do bebê, como a distócia no parto, hemorragias e hipóxia neonatal, além da insatisfação da mulher e a depressão pós-parto. (LANSKY et al., 2019, p. 2812).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), quando um parto vaginal apresenta risco, o sistema de saúde deve garantir o acesso à cesariana, que é essencial para salvar vidas. Contudo, nem todas as cesáreas realizadas são baseadas em aspectos clínicos obstétricos, podendo se criar uma situação prejudicial tanto para a mulher, quanto para o bebê. Em 1990, as taxas de cesarianas no mundo eram de 7%, hoje já chegam a 21%, com tendência a continuar aumentando. Essa alta pode ser justificada por diversos fatores, dentre eles, as políticas públicas de saúde, normas e percepções culturais, bem como, o tipo de assistência prestada. A OMS ainda recomenda que os serviços e profissionais de saúde devem concentrar-se nas necessidades de cada mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal. As

gestantes e parturientes devem participar das decisões, sendo muito bem informadas dos prós e dos contras de cada via de parto.

No Brasil, atualmente, se vive um modelo médico e hospitalocêntrico de assistência à gestação e parto. Através do discurso de que o parto normal é arriscado, os obstetras convencem a mulher de que a cesariana é a melhor forma e a mais segura de trazer o filho ao mundo. Baseado em suas crenças pessoais, o corpo da mulher não é entendido pelo profissional como uma máquina perfeita que sabe o que deve ser feito, mas sim, como se tivesse algum defeito e fosse apresentar algum problema. No setor de saúde privada isso é ainda mais alarmante, uma vez que 70% das gestantes atendidas desejam parto normal, mas apenas 10% conseguem. (BRASIL, 2008).

Este cenário é bem distante do que é preconizado e atualizado frequentemente através das evidências científicas. A proibição de um acompanhante, as interferências na fisiologia, e o controle do profissional de saúde sobre o processo, têm sido considerados como um dos motivos para o excesso de cesarianas no Brasil. (LANSKY et al., 2019).

Os dados preliminares do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) informam que em 2020 nasceram 2.687.651 bebês no Brasil, sendo destes, 25.472 em Porto Alegre. Até maio deste ano, já são 7.261 nascimentos na capital do Rio Grande do Sul. Mais de 99% dos bebês porto-alegrenses do ano passado e até maio deste ano, nasceram em hospitais. O ano de 2020 teve uma taxa de 54% de cesarianas, não muito diferente de 2021 que já é de 53%. (BRASIL, 2021a). Se tornou muito mais conveniente para os médicos o planejamento de cesarianas, do que a imprevisibilidade de um parto normal. Neste sentido, o número excessivo de cesarianas tem sido associado ao maior pagamento dos honorários médicos pelo procedimento, e à praticidade de conseguir organizar a agenda. (ZANARDO et al., 2017).

Por conta disso, surgiram movimentos a favor da humanização do processo de parto e nascimento, que enfatizam e defendem a necessidade de transformação da assistência em um cuidado humanizado. São necessários diversos conhecimentos para que sejam realizadas práticas e se tenha atitudes que promovam o parto e nascimento saudáveis, e que previnam a mortalidade materna e perinatal. (BRASIL, 2001). O movimento de humanização entende o parto e nascimento como eventos naturais, e busca o empoderamento das mulheres para que elas reconheçam que

possuem poderes relacionados à sua condição biológica e um corpo completamente capaz de parir. (ZANARDO et al., 2017).

O profissional humanizado é considerado aquele que, além de compreender a paciente como singular, que possui suas próprias necessidades, a trata com respeito e dignidade, orienta quanto às questões técnicas, mas não se coloca como dono do evento. Utiliza os melhores protocolos baseados em evidências para assisti-la, e entende que é a mulher que deve estar no centro de todo o processo. (BRASIL, 2008). Ainda, os profissionais que defendem a humanização do nascimento, crêem que “a fisiologia das mulheres é absolutamente capaz de dar conta dos desafios a ela impostos” e que é necessário “restituir o protagonismo à mulher”. O desejo pela humanização do processo de parto e nascimento, nada mais é do que:

Procurar o resgate do suporte social, emocional, afetivo e espiritual às mulheres em trabalho de parto, ao mesmo tempo em que oferece o melhor da tecnologia salvadora para aquelas mulheres que se afastam do rumo da fisiologia e se dirigem ao caminho perigoso da patologia (BRASIL, 2008, p. 146).

A questão da mortalidade materna no Brasil tornou-se ainda mais preocupante com o início da pandemia da COVID-19. Inicialmente, as gestantes não foram consideradas com uma maior suscetibilidade às complicações da doença, mas isso mudou depois que começaram a ser reportados casos graves em gestantes, associados ao novo coronavírus. (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2020).

Diversos pesquisadores e autores da área do cuidado materno-infantil se preocupavam que esse grupo tivesse risco aumentado, uma vez que, existem alterações fisiológicas e anatômicas que tornam as gestantes mais suscetíveis às pneumonias virais. (SOUZA; AMORIM, 2021). Desde o início já existiam recomendações de que era necessário identificar rapidamente as gestantes e puérperas com sintomas associados à infecção pelo novo coronavírus e garantir a rápida disponibilização de leitos de UTI. (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2020). Além disso, com o objetivo de minimizar os danos causados pela doença, é importante também que seja uma assistência realizada por equipes especializadas, em locais com estrutura para isolamento, equipamentos de proteção individual adequados e indicação da via de parto individualizada. (PATUZZI et al., 2021).

Em abril de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil incluiu todas as gestantes e puérperas como grupo de risco. No final de maio de 2020, já haviam sido reportados 36 óbitos maternos por COVID-19 e mais 252 casos de Síndrome Respiratória Aguda

Grave (SRAG), dados estes que colocaram o Brasil como líder de mortes maternas por COVID-19 no mundo. (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2020).

Para a sociedade, há o dever de acreditar na capacidade que cada mulher possui de parir; entender que o processo é fisiológico e que o corpo feminino sabe o que fazer; valorizar a tecnologia existente, que pode auxiliar em situações de risco, mas que não deve ser utilizada para intervir em algo que está acontecendo naturalmente. Os profissionais devem ser sensibilizados quanto à importância do suporte físico e emocional durante o parto, e da importância da presença do acompanhante de escolha da mulher.

Considerando todo o cenário obstétrico brasileiro, verifica-se a importância do objetivo desta pesquisa, que era de conhecer quais são as experiências vivenciadas pelas mulheres durante o atendimento ao parto e nascimento; identificar se elas foram informadas durante todo o processo, se consentiram com as práticas realizadas, se seus direitos foram assegurados e se sua autonomia foi respeitada. Este estudo pode ajudar a entender que tipo de atendimento às mulheres que pariram em Porto Alegre receberam, e estão recebendo, se é uma assistência baseada em evidências científicas, ou se essas parturientes estão vivendo situações de violência obstétrica. Diante deste contexto, definiu-se como questão norteadora: “Quais as experiências vivenciadas pelas mulheres durante o atendimento ao parto e nascimento no município de Porto Alegre em tempos de pandemia da COVID-19?”.

Uma vez que a humanização do parto e nascimento pressupõem a mulher no centro do processo, sendo a protagonista do momento, nada mais justo então, que essas mulheres sejam ouvidas e acolhidas. É importante entender o cenário obstétrico, para que exista a possibilidade de mudança e melhoria.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer quais são as experiências vivenciadas pelas mulheres durante o atendimento ao parto e nascimento no município de Porto Alegre, em tempos de pandemia da COVID-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever, a partir do relato de mulheres que tiveram seus filhos durante a pandemia da COVID-19 em Porto Alegre, as experiências de parto e nascimento.
- Identificar as práticas baseadas em evidências nos relatos de atendimentos obstétricos de mulheres que tiveram seus filhos durante a pandemia da COVID-19 em Porto Alegre.
- Relatar as experiências de parto e nascimento vivenciadas por mulheres que tiveram seus filhos durante a pandemia da COVID-19 em Porto Alegre.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PARTO, NASCIMENTO E ASSISTÊNCIA HUMANIZADA

O nascimento é um momento único, radical, de mudanças e de grande importância para a existência do ser humano. A transição de feto para recém-nascido é marcada por diversos processos de adaptação, tanto da mãe e da família, quanto do bebê. O nascer é um processo fisiológico, e, se respeitado, acontece após uma sequência de trabalho de parto e parto normal, onde o corpo da mulher e o corpo do feto seguem naturalmente o processo a ser cumprido, como se soubessem exatamente o que é necessário ser feito. Contudo, atualmente, o que mais ocorre é a violação desse processo, onde a mãe é um ser invisível, não exercendo sua autonomia e ficando nas mãos dos profissionais de saúde que realizam diversas intervenções não baseadas em critérios clínicos obstétricos (CHAVES, 2014)

Humanizar o cuidado é individualizar o ser humano e prestar a melhor assistência possível, através de um vínculo bem estabelecido, da percepção de suas necessidades e limitações, e da colocação deste como protagonista. Os profissionais da saúde devem estar sempre atualizados, realizando práticas baseadas em evidências científicas, de maneira ética e respeitosa. Para uma atenção humanizada, é preciso envolver conhecimentos, práticas e atitudes, visando promover o parto e nascimento saudáveis, assim como prevenir a mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001).

A atenção humanizada deve ser iniciada desde o momento em que a mulher descobre a gestação, com um pré-natal que forneça todas as informações para que ela tenha poder de decisão e autonomia durante o trabalho de parto, e com a garantia de que ela seja reconhecida pela equipe como a condutora do processo. Dessa forma, a equipe assume um papel coadjuvante, estando disponível para os momentos críticos, quando as intervenções podem se tornar necessárias, com o objetivo de garantir a segurança da mãe e do bebê. Os profissionais devem entender que o trabalho de parto é fisiológico, sendo possível, assim, apenas estar presente, ajudar a minimizar a dor da parturiente, acolher e dar conforto, sem tentar controlar o processo como se fosse algo patológico. (BRASIL, 2001).

Segundo Carneiro (2011), o parto humanizado pode ser considerado, de maneira ampla, aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas

possível, assim como aquele que proporciona um ambiente acolhedor, que respeita o tempo e os limites da mulher e que é realizado com o consentimento dela durante todo o processo. Sendo assim, o parto humanizado não se torna limitado a um espaço específico, podendo ser realizado em diversas posições e locais, com a assistência de profissional especializado na área, desde que a mulher seja respeitada e seja a protagonista do momento, estando ciente e de acordo com todo o processo. Dito isso, é necessário também considerar que um parto vaginal não é automaticamente um parto humanizado, uma vez que essa mulher pode parir pela vagina e ter sofrido diversos maus tratos.

No passado, as parteiras compartilhavam das expectativas das parturientes, eram responsáveis pelos preparativos e por, junto com outras mulheres, realizar rituais e proporcionar alívio da dor com receitas naturais e crenças da época. Além de auxiliarem em nascimentos, também realizavam abortos e práticas condenadas pela Igreja, que junto com o Estado, passou a intervir na vida dessas mulheres, levando a figura do homem aos cenários de parto. (SEIBERT et al., 2005; MARTINS, 2004).

A partir do século XVI, o partejar passou a ser regulamentado pelo governo e pela Igreja, mas foi apenas na primeira metade do século XIX que nasceu uma nova especialidade nas faculdades de medicina europeias. A obstetrícia demorou a ganhar a confiança, tanto dos médicos, quanto das mulheres e suas famílias. Nas classes mais altas, a figura da parteira começou a ser substituída pela do médico. No final do século, os médicos já entendiam o mecanismo do parto e possuíam instrumentos e técnicas cirúrgicas para as complicações. Havia maternidades equipadas e organizadas, que atendiam as mulheres pobres e trabalhadoras. Começou assim o início da transformação do parto em um evento controlado pela figura do médico e ambientado em um hospital. Esse processo se efetivou na metade do século XX, com a hospitalização do parto nos centros urbanos, e, por exemplo, a adoção do parto horizontal. O parto deixou de ser um evento íntimo, entre mulheres, e se tornou um evento público. Passou a parecer mais seguro ter filhos em um hospital, uma vez que, com a institucionalização, houve a redução da mortalidade materna e infantil. (SEIBERT et al., 2005; MARTINS, 2004).

No período colonial brasileiro, as parteiras ainda eram as detentoras da arte de partejar. Por isso, essa transformação ocorreu de forma mais lenta e gradual no Brasil, pois os profissionais precisavam vir de outros países. Com o surgimento das faculdades, se deu a necessidade de estudar o corpo feminino, justificando-se o

discurso de hospitalização e pondo em dúvida os saberes das parteiras. As mulheres de classe mais alta passaram a não admitir mais sentir dor, e assim também se iniciou o processo de medicalização do parto, pela metade do século XX. (SEIBERT et al., 2005; MARTINS, 2004).

Conforme Prado (2021), do site Amigas do Parto, mesmo hoje, as práticas relacionadas ao parto variam de país para país. Os Estados Unidos da América possuem uma assistência semelhante à do Brasil, mas lá as taxas de cesarianas são consideradas altas, mesmo não ultrapassando 25%. Em países como Holanda e Inglaterra, com baixas taxas de mortalidade infantil, a figura da parteira, ou obstetrix, ainda é a base da assistência ao parto, sendo responsável pelo pré-natal e parto normal. Os médicos são responsáveis pelas complicações e gestações de risco.

Ao falar de parto humanizado, é necessário entrar no mérito da cesariana, que é um procedimento cirúrgico considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma intervenção efetiva que pode salvar a vida da mãe e do bebê, mas para isso deve ser indicada e sua realização baseada em evidência clínica-obstétrica. (OMS, 2015). A ideia de humanização parte de realizar mínimas intervenções, sem abrir mão da segurança (SÃO PAULO, 2012), por isso, é importante salientar que o viés do parto humanizado não tem a intenção de recriminar a cesariana por si só, mas sim sua realização sem a indicação clínica e obstétrica adequada. (CARNEIRO, 2011). Ela pode reduzir a morbimortalidade materna e perinatal. Porém, quando realizada em exagero ou sem indicação, pode causar o efeito reverso (BRASIL, 2001), colocando a mãe e bebê em risco desnecessário e desencadeando potenciais problemas a curto e longo prazo. Conforme a Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, s.d.), a cesariana sem indicação médica aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e três vezes o risco de morte materna.

Uma pesquisa da OMS constatou que as cesarianas continuam a aumentar no mundo, e tendem a ser quase um terço de todos os partos até 2030. O Brasil faz parte de um grupo de 5 países da América Latina e Caribe onde as taxas de cesariana superam os partos normais. Taxas essas que aumentaram de 7% para 21% quando compara-se a década de 1990 aos tempos atuais, com previsão de continuarem aumentando na década de 2020. (OMS, 2021). Essas elevadas taxas são causadas por diversos fatores culturais, estruturais e econômicos, como o maior pagamento de honorários médicos, a economia de tempo, a possibilidade de

planejamento e até mesmo a necessidade médica de intervir e não apenas assistir. (BRASIL, 2001; s.d.).

3.1.1 As políticas públicas do Brasil na área de Saúde da Mulher

Em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde, com a ideia de descentralizar, hierarquizar e regionalizar serviços como ações de prevenção e de educação, diagnóstico, tratamento e recuperação. Toda a assistência à mulher, desde rastreio de câncer de colo do útero, gestação, parto e puerpério, planejamento familiar e demais necessidades femininas fazem parte do PAISM. (BRASIL, 2016). Esse Programa fez as mulheres deixarem de ser vistas como apenas parideiras, e ampliou o cuidado à saúde feminina, sem restringir-se apenas ao ciclo gravídico-puerperal. (OSIS, 1998).

Em 1993, através da união de profissionais da saúde, que questionavam a forma de nascer vigente no país, surgiu a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa). Passou a atuar em prol da divulgação de assistência e de cuidados perinatais baseados em evidências científicas. Essa instituição fundamentou o movimento de humanização do parto e nascimento, defendendo o protagonismo da mulher, o bem estar e bem nascer. (REHUNA, 2019).

O Ministério da Saúde, em parceria com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), lançou em 1996 o Projeto Maternidade Segura que pretendia reduzir os índices de mortalidade materna e perinatal, através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido. (BRASIL, 2001).

Um importante passo na luta pela humanização foi a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que foi instituído pela portaria nº 569, de 01/06/2000, do Ministério da Saúde (PINHEIRO; BITTAR, 2012). Um dos objetivos era ampliar o acesso e a cobertura dos serviços de atenção pré-natal, parto e puerpério e melhorar sua qualidade. (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Considerando que a saúde da mulher era uma prioridade, o Ministério da Saúde elaborou em 2004 o documento *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. Foi uma parceria com diversos setores da sociedade, e reflete até hoje no compromisso com a implementação de ações de

saúde que garantam os direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004). Neste mesmo ano, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi aprovado, sendo considerado a iniciativa mais incisiva para o enfrentamento da mortalidade materna no país e tendo como meta reduzir em 15% os índices de mortalidade materna e neonatal até 2006, e em 75% até 2015. (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

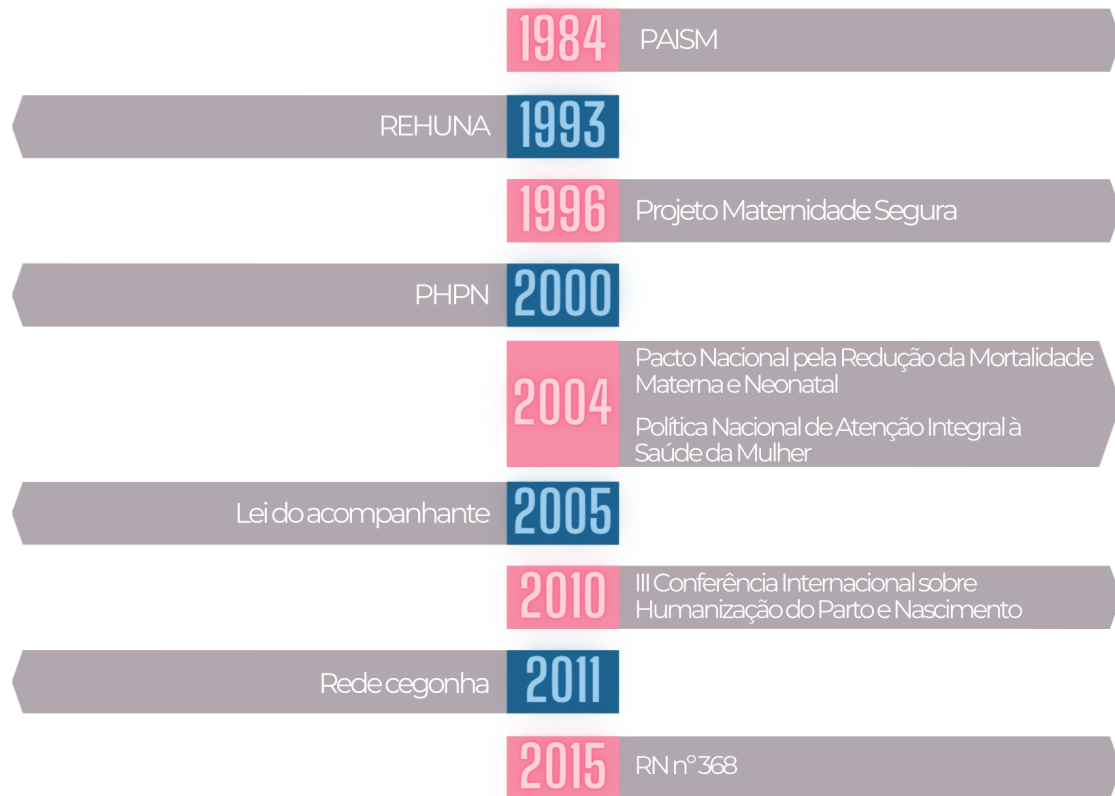
Em 2005 foi sancionada a Lei nº 11.108, conhecida como Lei do Acompanhante. Ela alterou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005). É importante que todas as mulheres possam usufruir desta lei e ter um acompanhante de sua escolha, uma vez que, permanecer sozinha durante o trabalho de parto pode gerar medo e insegurança. O acompanhante, quando bem instruído, tem um papel fundamental, auxiliando com que essa mulher relaxe e se sinta mais tranquila. (SOUSA, 2014).

Em 2008, foi lançada a Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária. Essa ação pode ser considerada extremamente importante, uma vez que, desde 1990 já existiam indícios de um aumento das taxas de cesáreas no Brasil, o que era discrepante em relação ao resto do mundo. (REIS; PEPE; CAETANO, 2011). Na sequência, foi realizada em 2010 em Brasília, a III Conferência sobre Humanização do Parto e Nascimento, com o tema “Consolidando avanços e abrindo novos caminhos”. Foram abordados assuntos como a redução da morbimortalidade materna e perinatal, redução dos índices de cesarianas desnecessárias, garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e humanização da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto. (BRASIL, 2010).

No entanto, a iniciativa com ampla consolidação e alcance para a saúde materna e neonatal no país surge em 2011, quando o governo brasileiro instituiu a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo como objetivo garantir à mulher o direito de planejamento reprodutivo e atenção humanizada ao ciclo gravídico-puerperal. (BRASIL, 2017). Complementando essa estratégia, em janeiro de 2015 foi promulgada a resolução normativa nº 368, que dispõe sobre o direito de acesso aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora de saúde, por estabelecimento de saúde e por médico, e sobre a utilização do partograma, cartão da gestante e carta de informação à gestante, no âmbito da

saúde suplementar. (BRASIL, 2015). A Figura 1 sistematiza as políticas anteriormente citadas em uma linha do tempo.

Figura 1 - Linha do tempo referente às principais políticas públicas na área da saúde da mulher e ciclo gravídico-puerperal.



Fonte: Elaborado pela autora com base nas referências apresentadas neste capítulo.

3.2 COVID-19

No ano de 2019, um surto de uma doença respiratória em Wuhan, na República Popular da China, chamou a atenção de um grupo de estudos, que emitiu um relatório sobre a existência de um novo coronavírus. (OMS, 2020a). Desta forma, a OMS, e conseqüentemente o mundo, tomaram conhecimento do vírus que, em fevereiro de 2020, passou a se chamar SARS-CoV-2 (Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2) causador da doença COVID-19. (GUO et al., 2020). No mês seguinte, a OMS comunicou que estava instaurada uma pandemia. Em 22 de março de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil já havia registrado 1.546 casos confirmados da doença espalhados por todos os estados brasileiros, e 25 mortes entre os estados de São Paulo e Rio de Janeiro. (BRASIL, 2020a).

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) acontece por causa de uma lesão nos alvéolos pulmonares, que gera uma inflamação e acúmulo de líquido no pulmão. Isso ocasiona uma menor oxigenação e, conseqüentemente, prejudica todos os órgãos do corpo. A SRAG pode ser causada por diversos fatores, e um deles é pelo agravamento da COVID-19. (MINAS GERAIS, 2020).

O vírus SARS-CoV-2 se espalha entre a população de diversas maneiras, mas principalmente quando uma pessoa infectada tosse, espirra, fala, canta ou respira e espalha pequenas partículas líquidas, que variam de gotículas a aerossóis. Uma pessoa pode se infectar ao entrar em contato com essas partículas através dos olhos, nariz ou boca. Há evidências que apontam que o vírus se espalha entre pessoas com contato próximo, a uma distância de aproximadamente 1 metro. Ambientes fechados, sem circulação de ar ou com muitas pessoas também podem ser propícios para a transmissão do vírus. Além disso, o toque em superfícies contaminadas pelo vírus e em seguida nos olhos, nariz ou boca, sem higienizar as mãos antes, pode ser uma forma de contaminação. (OMS, 2020b).

Como forma de prevenção, é importante que a população utilize uma máscara segura, de pelo menos três camadas bem ajustada ao rosto; higienize sempre as mãos com álcool gel, de preferência lavando-as com água e sabão com frequência; respeite as normas de distanciamento social, afastando-se ao menos 1 metro de outras pessoas, independente de apresentar sintomas ou não (uma vez que podem existir casos assintomáticos da doença); evite locais fechados, sem ventilação; deixe o ar circular nos ambientes abrindo janelas e portas; evite tocar em superfícies potencialmente contaminadas; e, a mais importante das recomendações, vacine-se. Já existem vacinas eficazes no combate à COVID-19 disponíveis e a população está sendo vacinada de acordo com as faixas etárias e grupos de risco. (OMS, 2020b).

Gestantes são um recorte da população que possui particularidades, uma vez que a gestação propicia alterações fisiológicas e imunológicas, que podem vir a gerar agravamentos. Por ser um grupo muito particular, houve um período em que não se sabia os desdobramentos do SARS-CoV-2 em gestantes (MASCARENHAS et al., 2020), e não havia evidências de risco aumentado para as gestantes e puérperas em relação à COVID-19. Até maio de 2020, poucas haviam se contaminado, com sintomas leves a moderados, e todas no final do terceiro trimestre. (BRASIL, 2020b).

Os primeiros estudos indicavam que uma minoria de mulheres grávidas desenvolviam a doença de forma grave durante ou após a gravidez. Sendo assim, os

riscos eram comparados aos de uma mulher não gestante. (SCHWARTZ; DHALIWAL, 2020). Isso parece estar associado ao fato de que, nos primeiros países a registrarem a doença, há uma baixa frequência de gestantes. (SOUZA; AMORIM, 2021). Em uma carta ao editor, publicada no *Jornal Americano de Obstetrícia e Ginecologia*, Amorim, Takemoto e Fonseca (2020) alertaram que os órgãos responsáveis não estavam enfatizando os riscos aumentados de resultados adversos em gestantes expostas ao SARS-CoV-2.

Em abril de 2020, uma revisão de escopo mapeou as principais recomendações frente à pandemia de COVID-19 para a assistência às gestantes. O artigo expôs que, em relação aos aspectos clínicos, as gestantes são semelhantes à população em geral. Para esse público em específico, os sintomas mais frequentes foram considerados febre, tosse seca, perda do paladar e dispnéia. Aconteceram alguns desfechos negativos como aborto espontâneo, ruptura prematura de membranas, restrição de crescimento intrauterino, sofrimento fetal e trabalho de parto e parto prematuros. Também não houve indícios que comprovassem a transmissão intrauterina mãe-bebê, apesar do resultado positivo de um bebê algumas horas após seu nascimento por via vaginal. (MASCARENHAS et al., 2020).

Inicialmente observou-se que “o número de gestantes infectadas era menor do que o da população em geral, contudo, quando infectadas, apresentaram-se mais vulneráveis às manifestações mais agressivas da doença”. (MASCARENHAS et al., 2020, p. 2). Sendo assim, em abril de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil passou a considerar as gestantes e puérperas até o 14º dia pós-parto como grupo de risco à COVID-19. (BRASIL, 2020c; NAKAMURA-PEREIRA et al., 2020).

Segundo a OMS (2020c), as gestantes não possuem maior risco de contrair o vírus SARS-CoV-2, contudo, uma vez infectadas, apresentam risco aumentado de desenvolver COVID-19, que também foi associada a uma probabilidade maior de se ter um parto prematuro. Realizando um recorte dentro da população de mulheres grávidas, há um grupo que corre um risco particular de desfechos graves, que é o das gestantes que têm excesso de peso e condições pré-existentes como hipertensão e diabetes. Atualmente, todas as gestantes e puérperas são consideradas mais propensas a, uma vez com COVID-19, desenvolverem quadros graves da doença, e por isso fazem parte do grupo prioritário para a vacinação.

Em agosto de 2020, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul emitiu uma nota de alerta por conta dos primeiros óbitos maternos e elevada

morbimortalidade de gestantes e puérperas, associados à COVID-19 e SRAG. Por meio desta, o órgão salientou que grávidas em qualquer idade gestacional, fazem parte de um grupo de população com condições e fatores de risco para desenvolver complicações da Síndrome. (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

O Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19 (OOBr COVID-19) analisa e divulga os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em gestantes (em qualquer idade gestacional) e puérperas. Os dados utilizados são disponibilizados pelo Ministério da Saúde através do SIVEP-Gripe. Conforme dados disponíveis na plataforma, no ano de 2020 foram registrados 6.805 casos de SRAG por COVID-19 em gestantes ou puérperas. Em junho de 2021, o número já estava em 7.679 casos, totalizando 14.484 casos desde a oitava semana epidemiológica de 2020. Em relação a óbitos, foram registrados 454 em 2020 e 1007 em 2021 até o momento. (RODRIGUES et al., 2021).

A partir dos dados apresentados nesta revisão, percebe-se a importância de verificar como estão sendo realizados os cuidados obstétricos durante a pandemia da COVID-19 no Brasil.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa teve uma abordagem qualitativa que, conforme Guerra (2014), se caracteriza pela “compreensão dos fenômenos que estuda – ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente ou contexto social”, e ainda, não se prende em números, estatísticas ou relações de causa e efeito, e envolve coleta de dados com seres humanos. Segundo Câmara (2013, p. 180), esse tipo de pesquisa tem o objetivo de verificar como as pessoas consideram uma experiência ou ideia, sendo assim, “capta as nuances da percepção dos entrevistados para ampliar a compreensão da realidade vivida pelos respondentes e aprofunda a questão de como as pessoas percebem os fenômenos estudados”.

É um estudo de caráter descritivo, uma vez que buscou “descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade”, e exploratório, porque trata-se de “uma abordagem do fenômeno pelo levantamento de informações que podem levar o pesquisador a conhecer mais a seu respeito”. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 35, p. 67).

4.2 CONTEXTO DE ESTUDO

Este estudo é inserido no contexto do município de Porto Alegre, especificamente a rede pública de atendimento obstétrico e neonatal. Conforme os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 2020, o número de nascidos vivos por ocorrência no Brasil foi de 2.730.145, sendo 130.600 no Rio Grande do Sul e 25.540 em Porto Alegre. Dos nascimentos na capital, 25.410 foram em hospitais, 82 em domicílios, 21 em demais estabelecimentos de saúde e 27 em outros locais, sendo 13.946 cesarianas e 11.593 partos vaginais (em um não consta a informação do tipo de parto). Os dados preliminares sobre o ano de 2021 contabilizam 2.660.426 nascimentos, sendo 124.299 no Rio Grande do Sul e 23.601 em Porto Alegre. Destes, 23.449 ocorreram em hospitais, 96 em domicílios, 21 em demais estabelecimentos de saúde e 35 em outros locais, sendo 13.079 cesarianas e 10.515 partos vaginais (em sete não consta a informação de tipo de parto). (BRASIL, 2021a).

4.3 SUJEITOS PARTICIPANTES

Em uma pesquisa qualitativa, a amostra é considerada proposital e intencional, onde os sujeitos são escolhidos individualmente, sendo normalmente uma amostra pequena (GUERRA, 2014). A busca pelos participantes se deu através das redes sociais e de indicações. Foi publicado um convite aberto em duas redes sociais e aguardado por voluntárias para participar da pesquisa. Após, com aquelas que se voluntariaram ou foram indicadas, se realizou um contato inicial por WhatsApp, onde foi explicado o objetivo do estudo e feito o convite formal. No segundo momento, após aceitação do convite, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio digital.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: mulheres que pariram de março de 2020 a agosto de 2021, no sistema público de saúde obstétrica de Porto Alegre, maiores de 18 anos, com ou sem diagnóstico de COVID-19 durante o período gravídico-puerperal. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: mulheres que tiveram seus filhos fora do período determinado, no sistema privado de atenção obstétrica de Porto Alegre e menores de 18 anos.

Em relação ao período pós-parto determinado pela pesquisadora, explica-se que o puerpério é considerado um período de fragilidade e de adaptação entre a família, a mãe e bebê. Por isso, a preferência foi de entrevistar mulheres que já passaram, pelo menos, pelo puerpério tardio, período compreendido entre o 11º dia e o 45º dia pós-parto. (ANDRADE et al., 2015).

O fechamento da amostra se deu por saturação de dados, quando novos elementos deixaram de aparecer nos relatos coletados. Em pesquisas qualitativas, identificar o ponto de saturação é importante para a interrupção da coleta de dados e definição do tamanho da amostra. (NASCIMENTO et al., 2018).

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada com a pergunta norteadora: *“Você pode me contar como foi sua experiência de parto e nascimento de seu filho durante a pandemia?”*. Ocorreu individualmente, de forma online, através da plataforma Google Meet, com duração média de uma hora. Foi uma entrevista gravada, para posterior transcrição.

A entrevista é considerada por Guerra (2014, p. 18) a “estratégia mais usada no processo de trabalho de campo”. Proporciona informações básicas para uma compreensão detalhada em relação aos sujeitos e contextos específicos. Minayo (2008, p. 6) caracteriza-as como: “sondagem de opinião, entrevista semiestruturada, entrevista aberta ou em profundidade, entrevista focalizada e projetiva”. Na entrevista, é possível ter perguntas fechadas, mas “possui principalmente perguntas abertas, dando ao entrevistado a possibilidade de falar mais livremente sobre o tema proposto”. (GUERRA, 2014, p. 20)

Além disso, um Diário de Campo foi produzido, instrumento este considerado “para registro de informações”. O diário de campo pode ser físico ou eletrônico, e é onde “devem ser registradas as percepções diárias do pesquisador (...) conversas informais, observações de comportamento, falas e impressões pessoais sobre as categorias ou pontos a serem investigados”. (GUERRA, 2014, p. 34)

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

É necessário sempre preparar todo o material coletado nas pesquisas qualitativas, para que depois ele possa ser analisado. Assim, neste estudo, seguiu-se os seguintes passos:

- a) Transcrição de materiais gravados (áudio ou vídeo).
- b) Na organização do material, registrar sempre a pergunta feita, tópico ou variável observada, e a resposta dada ou informação coletada. Sugere-se pergunta/tópico em negrito e resposta/informação sem destaque gráfico.
- c) Registrar o comentário anotado pelo pesquisador durante a coleta de dados seja ela, entrevista, observação, etc. Usar algum recurso gráfico para que estes comentários, anotados no calor da interação social, não sejam confundidos com perguntas, respostas ou registros. Eles poderão ajudar na correção de distorções, na validação ou não de uma anotação, ou seja, na análise dos dados.
- d) Após a organização preliminar do material, separar o que será relevante para a análise. (GUERRA, 2014, p. 36).

A análise dos dados teve como fundamento a análise de conteúdo temática de Bardin, em suas três fases distintas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (BARDIN, 2011 apud CÂMARA, 2013, p. 182). A primeira fase foi caracterizada pelo primeiro contato com os dados, que foram posteriormente analisados, sendo realizada a transcrição das entrevistas na íntegra. Na segunda fase foi escolhida a unidade de codificação e realizada a alocação em categorias

temáticas, a partir dos resultados encontrados. Por fim, na terceira fase foi realizada a inferência e a interpretação, onde os resultados se validaram e as conclusões foram apresentadas. (CÂMARA, 2013).

4.6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após a análise dos dados conforme Bardin (2011 apud CÂMARA, 2013), os resultados foram apresentados de forma descritiva, realizando uma comparação e complementação das falas das participantes com as referências já existentes na literatura, buscando os sentidos das experiências vividas pelas mulheres. Essas informações obtidas compõem as considerações finais, que foram apresentadas através de uma síntese dos dados já existentes, mas principalmente dos novos produzidos.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (CEP-UFCSPA) para análise. Assim, por meio de registro CAAE nº 52159121.7.0000.5345, a pesquisa foi aprovada pelo Parecer nº5.068.126 de 28 de outubro de 2021, quando então iniciou a etapa de coleta de dados.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este projeto se desenvolveu a partir da questão norteadora “*Quais as experiências vivenciadas pelas mulheres durante o atendimento ao parto e nascimento no município de Porto Alegre em tempos de pandemia da COVID-19?*”. O objetivo principal era de conhecer e, além disso, descrever e relatar, as experiências de parto e nascimento vivenciadas pelas mulheres, na rede pública de saúde obstétrica, do município de Porto Alegre, em tempos de pandemia da COVID-19.

Uma boa forma de saber como é realizado o atendimento obstétrico é ouvir justamente os sujeitos do cenário. Leal et al. (2021) acreditam que ouvir as mulheres e captar suas experiências ajuda a identificar problemas e construir soluções para a assistência obstétrica, gerando assim conhecimento científico.

A coleta de dados aconteceu entre os meses de novembro de 2021 e janeiro de 2022. A entrevista mais curta durou em torno de trinta minutos e a mais longa durou quase uma hora e trinta minutos. Todas foram realizadas pela plataforma Google Meet, gravadas e transcritas posteriormente. Não houve dificuldade na busca pelos sujeitos. Contudo, a dificuldade se deu em conciliar horários para a realização da entrevista. As mulheres foram captadas através de postagem em redes sociais e indicações.

As entrevistas foram realizadas online, mas nem por isso deixaram de transmitir sentimentos indescritíveis à entrevistadora. Optou-se por deixar cada mulher livre para contar a sua experiência da forma que considerava melhor, sendo realizados apenas alguns direcionamentos para que o objetivo da conversa fosse mantido. Foi possível observar que cada mulher, cada parto, cada experiência, é única. Os relatos se contrastam, as falas foram de risadas às lágrimas, a forma de vivenciar o parto foi complexa para cada mulher, tanto positiva, quanto negativamente.

Primeiramente, foi realizada uma leitura flutuante de cada entrevista transcrita, seguida de uma leitura aprofundada, analisando cada fala e marcando trechos importantes. Após, identificaram-se algumas categorias em comum entre os discursos. Dito isso, inicialmente será apresentada a caracterização das entrevistadas, com informações relevantes para que seja possível entender o perfil de cada mulher. Em seguida, serão apresentadas as categorias de análise, as quais são:

pandemia; acompanhante; conduta e sentimentos, realizando uma análise dialogada entre as falas das entrevistadas com a literatura.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Todas as mulheres entrevistadas foram atendidas pelo Sistema Público de Saúde da cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. As idades das entrevistadas variam de 24 a 33 anos, todas com, no mínimo, o ensino médio completo. A maioria estava em um relacionamento na época da gestação e do parto. Das dez mulheres entrevistadas, oito tiveram parto vaginal - sendo um com episiotomia - e duas tiveram seus bebês por meio da cesariana. Das entrevistadas, oito eram primíparas.

Duas mulheres não tiveram acompanhante em nenhuma etapa da assistência ao nascimento e cinco estiveram acompanhadas apenas durante o trabalho de parto e nascimento. Só três mulheres puderam ter o acompanhante de sua escolha por todo o tempo de assistência. Das dez, quatro tiveram acompanhamento de doula durante a gestação, mas nenhuma delas teve a entrada da doula no hospital permitida. Apenas uma entrevistada positivou para COVID-19 durante sua internação. O Quadro 1 mostra a caracterização detalhada e individual das mulheres entrevistadas, incluindo detalhes do contexto gestacional e do parto.

Quadro 1 - Caracterização das mulheres entrevistadas

<p>Mulher 01</p> <p>M01</p>	<p>25 anos, ensino médio completo, G1P1. Reside em Porto Alegre, com o marido e o filho. Teve licença-maternidade de 4 meses. Bebê do sexo masculino, nasceu em 03/04/2020 de parto vaginal com episiotomia. Bolsa rota, quando chegou no hospital iniciaram as contrações, foi colocado soro com medicação para dor. Dilatou 5 dedos e pediu anestesia. A máscara de proteção individual só foi utilizada por todos no expulsivo. Não recebeu informações durante o processo, não sabia o que estava acontecendo, tinha medo de ser “mandada embora”, pois estava demorando o expulsivo. Sentiu que foi cortada duas vezes, mas “foi ela quem pediu para ser cortada”. O bebê ficou cerca de dez minutos no seu peito, onde foi estimulada a amamentação, sem sucesso. Não pôde ficar com acompanhante. Recuperação bem difícil dos pontos.</p>
-------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Mulher 02</p> <p>M02</p>	<p>33 anos, ensino superior incompleto, G3P3. Reside em Cachoeirinha, com o marido e 3 filhos. Não trabalhava, portanto não teve licença-maternidade. Bebê do sexo feminino, nasceu em 07/06/2020 de parto vaginal sem episiotomia. Com 38 semanas teve mal estar, aferiu pressão, que estava 150x100 mmHg, e foi para o hospital. Exame de urina confirmou pré-eclâmpsia, então foi internada para induzir o parto.</p> <p>Não recebeu informações sobre seu quadro clínico, mas era informada sobre os procedimentos que seriam realizados. Teve seu esposo de acompanhante por todo o tempo. Parto teve evolução rápida, tanto que pariu tentando mudar de maca, “do jeito que deu”. Teve alguns minutos de hora dourada. Recebeu três pontos por conta da laceração. Não podia receber visitas e nem trocar de acompanhante.</p>
<p>Mulher 03</p> <p>M03</p>	<p>31 anos, ensino superior completo, G1C1. Reside em São Leopoldo, com o marido e as filhas. Teve licença-maternidade de 4 meses. Gestação gemelar. Duas bebês do sexo feminino, nasceram em 26/08/2020, através de uma cesariana de emergência. Desde a gestação, já havia optado pela cesariana, decisão que a equipe disse que era totalmente dela e que eles respeitariam, mesmo ela podendo ter parto normal porque as bebês estavam cefálicas. Fez o acompanhamento pré-natal em um hospital da Capital e foi diagnosticada com colestase gestacional. Foi internada e, depois de seis dias, uma das bebês apresentou pouco líquido e dificuldade para respirar, sendo encaminhada para cesariana de emergência. Estava com 35 semanas e 1 dia. Teve direito ao acompanhante, por serem duas recém-nascidas. Teve sintomas respiratórios cerca de dez dias antes de internar, quando internou, já sem sintomas, seu PCR deu positivo para SARS-Cov-2. Não acredita que tenha tido alguma complicação na gestação por causa da COVID-19.</p>
<p>Mulher 04</p> <p>M04</p>	<p>28 anos, ensino superior completo, G1P1. Reside em Cachoeirinha, com o esposo e a filha. Não teve licença-maternidade por ser autônoma, apenas afastamento por quinze dias. Bebê do sexo feminino, nasceu em 26/04/2021 de parto vaginal sem episiotomia. Estava muito bem informada, teve acompanhamento de doula durante a gestação e no pré-parto. Lutou para conseguir parir no hospital que desejava e que achava que prestaria a assistência mais próxima da que ela queria. Se sentiu sozinha por não ter acompanhante durante a internação pós-parto. Por vários momentos, se sentiu respeitada. Acredita que ter doula, informação, chegar preparada, é muito melhor.</p>

<p>Mulher 05 M05</p>	<p>26 anos, ensino superior incompleto, G1P1. Reside em Porto Alegre com o marido e o filho. Teve licença-maternidade de 4 meses. Gestação de alto risco por restrição de crescimento, passou a ser acompanhada em um hospital da Capital. Teve acompanhamento com doula durante a gestação. Com 36 semanas foi internada e com 37 semanas iniciaram a indução. Bebê do sexo masculino, nasceu em 25/03/2021 de parto normal. Nascimento aconteceu enquanto a mulher estava sozinha no banheiro do Centro Obstétrico, minutos antes de ser levada para uma cesariana. Mulher relata péssimo tratamento, ficou traumatizada, passou por diversas violências. O acompanhante só esteve no nascimento, não ficou no pré e nem no pós-parto.</p>
<p>Mulher 06 M06</p>	<p>25 anos, ensino médio técnico, G3P2A1. Reside em Porto Alegre, com a mãe, a madrasta e os dois filhos. Não teve parceria durante a gestação/pós-parto. Teve licença maternidade de 4 meses e afastamento por protocolo da COVID-19. Bebê do sexo feminino, nasceu em 08/11/2020. Desejava parto normal e assim o teve. Acredita que não teve laceração, só recebeu os “pontos normais internos”. Se sentiu muito sozinha sem um acompanhante. Sentiu angústia por a bebê ter positivado para sífilis, mesmo que ela tenha feito o tratamento novamente e correto durante a gestação. Se sentiu mal, pois ninguém a explicou sobre esse positivo e o que significava.</p>
<p>Mulher 07 M07</p>	<p>24 anos, ensino médio técnico, G1C1. Reside em Eldorado do Sul, com o marido e a filha. Teve 4 meses de licença maternidade e 1 mês de férias. Bebê do sexo feminino, nasceu em 08/02/2021. Estudou muito sobre todo o processo, extremamente informada, consciente, tanto ela, quanto o marido. Foi para um hospital que não tem boas referências, pois acreditava que o que determina a experiência são as pessoas que ali estão, e não o local em si. Sofreu diversos tipos de violência obstétrica, consciente disso. Não pôde ter seu acompanhante durante o trabalho de parto, o que acredita ter influenciado diretamente em uma cesariana desnecessária como desfecho.</p>
<p>Mulher 08 M08</p>	<p>29 anos, ensino superior incompleto, G1P1. Reside em Lagoa Vermelha, Santa Catarina, com o namorado e a filha. Teve 4 meses de licença maternidade pelo MEI (Micro Empreendedor Individual). Bebê do sexo feminino, nasceu em 10/12/2020. Teve doula, estava muito bem informada. Parto super rápido, aparentemente sem intervenções e sem violência obstétrica. Pôde ter o acompanhante durante o parto. Formou uma rede de apoio com as demais parturientes internadas no mesmo quarto.</p>

<p>Mulher 09</p> <p>M09</p>	<p>30 anos, ensino superior completo, G1P1. Reside em Porto Alegre com o namorado e a filha. Não trabalhava, portanto não teve licença-maternidade. Bebê do sexo feminino, nasceu em 26/02/2021. A doula só a acompanhou no período pré-hospitalar. Parto progrediu rapidamente. Não teve acompanhante, não pôde escolher a posição que desejava parir. Situação bem traumatizante. RN teve que ir para a UTINeo, teve um puerpério difícil.</p>
<p>Mulher 10</p> <p>M10</p>	<p>30 anos, ensino superior incompleto, G1P1. Reside em Canoas, com o namorado e o bebê. Não teve licença-maternidade, pois era estudante na época, conseguiu conciliar com a faculdade por ensino à distância. Bebê do sexo masculino, nasceu em 09/08/2021. Desejava ter cesariana, mas optou por induzir o parto com 41 semanas. Teve a presença do seu acompanhante o tempo todo. Teve parto normal, mas acredita que não foi natural, foi “forçado”, por isso preferia ter feito uma cesariana. Defende que as mulheres precisam estudar bastante e realizar as escolhas que forem melhores para si.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2 CATEGORIA 1: PANDEMIA

A segunda edição do *Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera Frente à Pandemia de COVID-19*, emitido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021b), recomenda que, antes do atendimento nos serviços de saúde, toda gestante seja triada para sintomas gripais e contato prévio com paciente positivo, além de ter a sua temperatura aferida. Recomenda ainda que todas as mulheres realizem o exame de RT-qPCR (reação em cadeia da polimerase mediada pela transcriptase reversa) para SARS-CoV-2 no momento da internação, seja ela clínica ou para assistência obstétrica. Das dez entrevistadas nesta pesquisa, apenas três mencionaram que foram testadas durante o atendimento hospitalar. Uma das entrevistadas ainda mencionou que:

As outras meninas eu não sei, eu como foi tudo muito rápido quando eu cheguei não... nem deu tempo de fazer teste, não sei dizer se as outras foram testadas, mas eu não, e depois não foi feito. Até assim, eu não lembro de terem me questionado se eu tinha alguma coisa, eu acho que só verificaram mesmo a temperatura, minha e do [nome do pai], quando a gente chegou, isso sim, mas só isso. (...) Realmente, o [nome do pai] eu até não vou te dizer com certeza, talvez ele tenham questionado quando foi fazer o cadastro, mas eu como já cheguei parindo quase só me passaram assim, foi meio rápido a coisa, mas a temperatura foi verificada, isso eu tenho certeza. (M08)

Dentre os diversos desafios enfrentados por conta da pandemia, para Cardoso et al. (2021) o primeiro deles é o cuidado durante a internação para o parto. Conforme os autores, um estudo realizado em Nova Iorque identificou que 87,9% das gestantes positivas para COVID-19 eram assintomáticas. “Considerando que o Brasil não realiza testes em todas as gestantes que chegam às maternidades, o risco de contaminação nos alojamentos de pré e pós-parto pode ser elevado”. (CARDOSO et al., 2021, p. S225).

A entrevistada M01 pariu no início da pandemia no Brasil, em 03 de abril de 2020. Ela relatou que não recebeu nenhum tipo de orientação quanto ao vírus durante seu pré-natal na Unidade de Saúde, nem durante o trabalho de parto no hospital. Relatou também que os profissionais utilizavam máscaras apenas durante a realização de procedimentos, contudo, na sala do parto, todos estavam de máscara, inclusive seu acompanhante.

De acordo com Silva, Russo e Nucci (2021, p. 258), uma enfermeira obstetra comentou em uma rede social que “No trabalho de parto, principalmente no expulsivo, é difícil a gestante continuar usando a máscara. É um momento de desorganização (...) desses padrões de controle do risco de infecção (...)”. Isso corrobora com o discurso de M10:

Na hora da expulsão entra um monte de equipe dentro do quarto, né? (...) eu tava lá gritando pro bebê sair, eu tava sem máscara... e a chefe dos anestesistas olhou pra minha médica que tava... a obstetra que tava ali né? disse assim “cadê a máscara dela?” e daí a médica só disse “é, agora não tem como né? agora não adianta”. (M10)

Quando a mulher está no período expulsivo, faz força, grita e vocaliza, ou seja, é bastante provável que existam gotículas no ambiente nesse momento. (SILVA; RUSSO; NUCCI, 2021). Devido a isso, há a importância de que principalmente a equipe assistencial utilize equipamentos de proteção individual (EPIs). Contudo, quando se trata de atendimento ao parto, causa certa estranheza falar sobre EPIs, pois eles acabam por distanciar a relação entre profissional e parturiente.

A maioria das entrevistadas relatou que os profissionais utilizavam máscaras de proteção. A orientação para que os profissionais que prestam assistência utilizem medidas de precaução acaba por evitar o contato físico, ocasionando grandes implicações na assistência ao parto, pois dificulta a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor. “Tais aparatos dificultam o olhar nos olhos, a

percepção do sorriso, bem como outras manifestações que tranquilizam as mulheres no momento do parto”. (PAIXÃO et al., 2021, p. 4).

Sim, eles tavam sempre equipados, lá no momento do parto em momento algum as gurias tiraram a máscara pra qualquer coisa, a única pessoa que tava sem máscara era eu, até o meu namorado inclusive ficou de máscara o tempo todo, só eu mesmo que tava sem, as enfermeiras todas de máscara e quando elas passavam pra fazer a ronda também, pelo menos as que nos atenderam estavam sempre de máscara, bem equipadas. (M08)

M03 contou que durante a gestação precisou ficar internada dois dias por “parto prematuro”. Após isso, parou de trabalhar e ficou em repouso absoluto. Acredita ter se contaminado com coronavírus durante essa internação, pois começou a apresentar sintomas leves, como febre baixa e dor no corpo. Quando foi realizar a cesariana, acabou testando positivo para COVID-19, mesmo já não apresentando sintomas.

E aí a gente ficou isolados, né? eu, meu esposo e as meninas a gente ficou num quarto isolado. (M03)

Desde que respeitadas as medidas de isolamento, recém-nascidos assintomáticos devem ser mantidos em alojamento conjunto, mesmo que a puérpera tenha diagnóstico suspeito ou positivo de coronavírus. (ROCHA et al., 2021). É recomendado que RNs não sejam testados. Contudo, M03 relatou que, além de seu esposo, as duas filhas foram testadas com dois dias de vida. Ninguém positivou além da mãe. Para Brito et al. (2021, p. 514), a testagem de RNs “é questionável, sobretudo pela ausência de implicação prática”, sendo ainda incerto o momento ideal de testar.

Existem evidências de que a COVID-19 ocasiona maior risco de complicações em gestantes que estejam, especialmente, na segunda metade da gravidez, quando comparadas com mulheres não grávidas. (BARDAJÍ et al., 2021). Quando questionada se acredita ter tido alguma complicação por conta do vírus, M03 respondeu que não, que foi “*aparentemente tudo normal*”.

M03 foi a única a ficar isolada no pós-parto, todas as demais entrevistadas dividiram o quarto de internação com outras puérperas, seus RNs e, em alguns casos, os acompanhantes. M10 comentou que ficou no alojamento conjunto com apenas mais uma puérpera, e os acompanhantes de ambas. O *Manual de*

Recomendações (BRASIL, 2021b), sugere que sejam utilizadas cortinas ou biombos para proteção entre leitos.

[a janela] ficava aberta, era muito frio, nossa... agosto... mas a gente não tinha contato praticamente, porque ficava aquela cortina de separação, né? (...) era pra usar máscara o tempo todo, pra sair no corredor também, mas a gente quase nunca saía no corredor. (M10)

M05 dividiu o quarto com mais quatro puérperas, e relatou que utilizavam máscara o tempo todo. Já M08, que também dividiu o quarto com mais quatro mulheres, relatou uma situação diferente:

No quarto a gente podia ficar sem máscara entre nós assim (...) porque depois chegou mais uma puérpera e nós tava em 4 mães com os nenês e todo mundo sem acompanhante, né? (...) no quarto assim era bem mais difícil porque a gente tinha que se ajudar sabe então assim, a princípio nós quatro estávamos negatizadas e nenhuma tinha nada, então nós não conseguia ficar de máscara ali e atender os nenê com aquela função toda, a gente acabava no quarto ficando sem. Mas, a partir do momento que botasse o pé pra fora do quarto, tinha que estar de máscara também sabe, as vezes que eu fui pedir coisa no posto de enfermagem a gente sempre saía de máscara, eu tinha levado álcool e essas coisas né, mas elas também tinham e disponibilizaram ali, se a gente precisasse... mas só pediram isso, se a gente pudesse evitar sair do quarto né, e se saísse sair de máscara porque tava tendo casos até entre as puérperas ali, tinha uma ala que tinha e tal, então pra gente evitar assim. (M08)

M04 foi testada no momento em que chegou no hospital e, após o parto, ficou em um quarto com outras três mulheres, onde todas haviam negatizado para COVID-19. Apenas ela e mais uma estavam com seus bebês, pois os outros dois estavam na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINEo). Ela relatou que:

Tinha o quarto das puérperas positizadas né, tinha o quarto de isolamento pra quem tava positizada e nós, que não estávamos, daí era entre a gente ali, mas era o tempo todo de máscara, e álcool pelo quarto também disponível, eu daí já tinha né, eu tinha levado tudo, álcool, várias máscaras. (M04)

M07 ressaltou que as enfermeiras da unidade em que estava internada iam o tempo todo orientar ela e as demais puérperas sobre o uso de máscara.

Assim, era muito quente em fevereiro e as vezes a gente tirava a máscara, principalmente eu e as mães, mas as enfermeiras assim ó, elas iam o tempo todo e diziam "ó gurias, coloquem as máscaras, botem as máscaras", janela aberta sempre, não tinha mosquito então era mais por causa da pandemia e por causa do calor, elas chamavam a atenção o tempo inteiro e tinha algumas que usavam até duas máscaras então em relação aos cuidados com o covid, foi tudo cem por cento assim todas né com seus cuidados, sempre chamavam a atenção da gente pra colocar máscara porque a gente tava ali, tão, sabe? que a gente esquecia mas colocava de volta e ficamos nessa função, mas com relação aos cuidados com Covid foi tudo certo. (M07)

Para Rocha et al. (2021) as medidas de prevenção devem ser enfatizadas durante os atendimentos, uma vez que, a educação em saúde é também um ato de autocuidado e todos somos corresponsáveis.

A recém-nascida de M09 teve que ficar na UTINEo após o nascimento, e ela comentou sobre as medidas de proteção nesta unidade:

Sim, o tempo todo, não podia fazer nada sem máscara lá dentro, tinha que ficar o tempo todo de máscara, questão de higienizar as mãos... até por causa dos bebês né? da neo, que eram debilitados... a gente tinha que seguir à risca (...) quando a gente chegava né... ali a gente lavava as mãos, colocava o avental deles lá né? esterilizado... e podia entrar pra dentro da neo daí, até touca no cabelo tinha que botar também, a touca, máscara... a máscara era sempre né? (M09)

Quando questionadas se acreditam que a pandemia influenciou nos atendimentos que receberam, M08 e M10 responderam:

Eu acho que talvez o pós teria sido diferente sabe, por ter uma companhia de alguém meu ali junto sabe (...) mas acho que na prática não sei se teria mudado tanto porque graças a vez foi rápido, a gente tava super bem e não teve complicação nenhuma então eu não dependi de muita coisa no hospital (...) acho que não teria mudado tanto, não senti assim muita coisa sabe “ai que não dá pra tocar em nada, cenário de terror” porque a ala da obstetrícia tava bem tranquila. (M08)

Eu acho que não (...) pra mim eu não senti que influenciou... inclusive o acolhimento... o acolhimento foi muito bom mesmo estando em pandemia, todo mundo tendo que seguir regras e tudo mais, o acolhimento foi muito bom, sempre super descontraído, foi um momento bem legal assim, não tem dizer “ai se não tivesse em pandemia teria sido melhor... a pandemia atrapalhou”. (M10)

A pandemia trouxe uma soma de consequências que podem ter ocasionado a não realização do meu plano de parto da maneira que eu queria. (M07)

Quando se pensa na pandemia como um “momento de desorganização dos padrões de controle da infecção”, conforme Silva, Russo e Nucci (2021) caracterizaram, verifica-se que esse cenário fez com que algumas conquistas da humanização do parto e nascimento fossem repensadas, e até mesmo modificadas. M09 relatou ter certeza que teria sido diferente se não estivesse em meio a uma pandemia.

Tipo, uma situação muito ruim porque ai... eu queria sentir o cheiro da minha nenê, sabe? nos primeiros momentos assim... e lá na sala de recuperação eu tirei a máscara algumas vezes pra poder enxergar melhor ela, porque com a máscara às vezes a gente não consegue enxergar porque fica quase no olho né? e como ela tava no meu colo assim eu queria enxergar ela e não conseguia assim com a máscara... daí eu tirei algumas vezes, daí teve uma hora que uma enfermeira entrou e viu eu sem máscara e falou que se eu tivesse sem máscara de novo ela não ia me atender e nem atender a

*minha filha (...) aquilo me chocou muito... eu fiquei assim... nossa, tudo bem que é uma pandemia, mas é um momento sabe, unico que um segundo que eu tirar a máscara pra dar um beijo na minha filha um cheiro não vai afetar ninguém sabe... eu acho que... eu sei, eu entendo que era um momento, é um momento ainda né, que é bem delicado pra todo mundo, tá todo mundo tipo estressado, tá todo mundo né, que precisa trabalhar e tal... mas acho que as pessoas têm que no momento que elas tão tratando com seres humanos elas têm que ser humanas né, e ter um mínimo de sensibilidade assim apesar né do momento ser complicado de ter todos os cuidados, mas eu acho que porque eu sei que em outros hospitais particulares a conduta não é tão assim, rigorosa, sabe? (M09) *Grifos da autora*

Como bem ressaltado, as práticas que proporcionam uma experiência positiva devem ser acompanhadas através de indicadores, e não apenas com a divulgação de protocolos, para que seja possível entender se realmente estão sendo aplicadas. As novas pesquisas que surgem a cada dia devem ser adaptadas a cada realidade. Mulheres e recém-nascidos, independente da contaminação pelo coronavírus, devem ter acesso a um cuidado de qualidade, contínuo e seguro. (Stofel et al., 2021)

5.3 CATEGORIA 2: ACOMPANHANTE

A Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005, conhecida por “Lei do Acompanhante”, obriga os serviços de saúde a permitirem a presença de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo este acompanhante indicado pela própria parturiente. A Portaria Nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005), que regulamenta a Lei do Acompanhante, informa, em seu artigo 1º, que o pós-parto imediato é o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

Aconteceu realmente como eu tinha planejado, sabe? o meu parceiro poder estar comigo o tempo todo... inclusive eles não começaram a indução antes do [nome do pai] chegar lá no hospital” (M10)

Contudo, não é essa a realidade do cenário obstétrico brasileiro, especialmente durante a pandemia da COVID-19. Com a fácil e rápida transmissão viral e as incertezas sobre desfechos da doença em gestantes e puérperas, o Ministério da Saúde, conforme Paixão et al. (2021), passou a recomendar “restrição no número de pessoas presentes no nascimento”.

O *Manual de Recomendações* (BRASIL, 2021b, p. 29), orienta que nos casos de pacientes com sintomas respiratórios, suspeita ou COVID-19 positivo, sejam estabelecidos critérios para o acompanhante como, por exemplo, não ser do grupo de

risco, não ter sintomas gripais e serem submetidos à uma triagem no momento da internação da gestante. Ainda, é enfatizado não se tratar de uma “restrição a direitos das mulheres, mas sim uma medida de contenção temporária”. Em nenhum momento é orientada a não liberação do acompanhante, pelo contrário, menciona que “para as gestantes e puérperas assintomáticas e que não testaram positivo para SARS-CoV-2, a presença do acompanhante é aceita sem restrições” (BRASIL, 2021b, p. 29).

O *Manual* ainda recomenda que os acompanhantes tomem alguns cuidados como não circularem pelo hospital, utilizarem máscara o tempo todo e se atentarem às medidas de higiene, a fim de garantir a segurança do RN e puérpera. (BRASIL, 2021b). É recomendado que não ocorra revezamento de acompanhantes (PAIXÃO et al., 2021), o que corrobora com o que foi dito pela entrevistada M02:

(...) Era só o [nome do pai] e não podia trocar o acompanhante, se o [nome do pai] quisesse ficar dormindo um pouquinho em casa pra descansar, tinha que ser só ele, alguns momentos eu ficava sozinha pra ele poder ir em casa, tomar um banho e voltar pra lá e alguns momentos ele ficava lá comigo, mas infelizmente não podia receber visitas. (M02)

Em um estudo nacional realizado em 2014, foi identificado que a presença do acompanhante pode surtir efeito protetor “capaz de inibir excessos e abusos e/ou estimular uma relação mais cordial por parte da equipe”. Contudo, apenas 19,8% das mulheres participantes deste estudo tiveram acompanhante em todos os momentos da internação. (D’ORSI et al., 2014).

Das dez mulheres entrevistadas nesta pesquisa, apenas três estavam acompanhadas, conforme preconiza a lei, nos três momentos: pré-parto, parto e a internação pós-parto. M03, que positivou para COVID-19 durante a internação, foi uma das mulheres que teve acompanhante, pois foi um parto gemelar e era inviável apenas ela cuidar de dois recém-nascidos. Nesse caso, o acompanhante não positivou e não tinha sintomas gripais.

Puérpera, acompanhante e os RNs ficaram isolados em um quarto. Essa conduta está de acordo com o que é recomendado no *Manual de Recomendações*, que preconiza o isolamento da puérpera que testou positivo, seu recém-nascido e seu acompanhante em um quarto de alojamento conjunto. (BRASIL, 2021b). Contudo, a M03 comentou, quando questionada sobre a presença do acompanhante:

(...) Depois do parto eu pude ficar [com acompanhante] por serem gêmeas né, não tinha como ficar sozinha, isso foi uma exceção por serem gêmeas (M03)
Tá, então se fosse um bebê, uma bebê só, tu teria que ter ficado sozinha no teu pós-parto? (Entrevistadora)
Isso (M03)

Conforme Tomasi et al. (2021, p. 6), ter um acompanhante no parto também foi associado a “maiores prevalências de boas práticas assistenciais, como amamentação na primeira hora de vida, escolha da posição de expulsão”, entre outros.

E o teu esposo? como foi ele contigo? (Entrevistadora)

Nossa, foi assim, incrível, maravilhoso... ele me massageou o tempo inteirinho, as enfermeiras diziam exatamente o ponto, eu não precisava nem dizer onde eu tava sentindo dor, elas mesmas mostravam pra ele onde eu tava sentindo dor e o ponto que tinha que massagear e ele incansavelmente o tempo me massageando né, eu ali de quatro apoios e ele me massageando. (M04)

Minha cesárea poderia ter sido evitada se eu tivesse meu acompanhante ali, olha quanta gente envolvida numa cesárea, anestesiasta, enfermeira pra ficar carregando a gente, um peso morto é muito pesado, imagina duas enfermeiras que tiveram que pegar minha perna que tava molenga e mudar de maca, poderia ter sido tão mais fácil se acontecesse naturalmente sabe? (M07) *Grifos da autora

Em um estudo avaliativo sobre a Rede Cegonha e o projeto Parto Adequado, identificou-se que “a presença de acompanhante durante o parto vaginal aumentou em 164% no serviço público (de 31,8% para 83,9%) e 73% (de 55,8% para 96,8%) no serviço privado, entretanto, o setor público ainda ficou com 12,5% a menos em relação ao privado (83,9% e 96,8%, respectivamente)”. (LEAL et al., 2019, p. 4).

Quando eu entrei aí as meninas falaram, que eu entrei num sábado né daí quando foi no domingo elas falaram que aquele domingo era o primeiro dia que tava sendo autorizado por conta da pandemia né, estava sendo autorizado ficar um acompanhante lá na sala de pré parto (...) então isso pra mim foi muito bom porque daí eu passei essa parte de pré parto, toda essa parte de indução do parto até, não sozinha né, com ele no caso, ficou o tempo todo ali comigo. (M02)

A entrevistada M05 foi informada que seu acompanhante só poderia entrar quando ela estivesse com ‘sete dedos de dilatação’, mas isso não aconteceu, pois seu acompanhante entrou minutos antes do bebê nascer. M05 também comentou sobre como se sentiu por estar sozinha durante todo o processo de trabalho de parto, trazendo na sua fala a sensação de desfecho inesperado e longe do idealizado:

Eles foram lá, fizeram um exame e depois de um tempão ela veio, olhou o exame e eu tava com nove dedos de dilatação, e aí pedi de novo se meu acompanhante podia entrar, ela deixou e deu uma roupa pra ele vestir então acredito que a gente ia pra cesárea, mas ela não me falou o que aconteceu em momento nenhum. (M05) *Grifos da autora

Eu queria um parto normal, mas eu imaginava assim que ele poderia tá comigo, o pai dele né, pra me ajudar durante o processo de ganhar o [nome do filho] pra tá ali para me lembrar de que mesmo sentindo dor eu tava ganhando meu filho, então era uma dor mas era uma dor pra uma coisa boa, eu não tive ninguém lá pra me lembrar disso, pra me passar uma tranquilidade, pra me fazer um carinho. (M05)

Diferente de M05 e M07, que relataram a falta do acompanhante para o andamento tranquilo do processo de parto, das dez entrevistadas, cinco tiveram acompanhamento apenas durante este momento, mas durante a internação permaneceram sozinhas.

A parte que eu fiquei no hospital depois do parto a pior parte foi ficar sozinha, porque tinha começado o COVID e eles não deixavam acompanhante, então fiquei sozinha, eu e o bebê ali, eu não dormia, não ia no banheiro, não fazia nada (...) dormia mais de dia e quando o [nome do pai] ia e podia ficar uma hora de visita (...) se a minha mãe tivesse acompanhado o parto comigo, ia ser só ela também. (M01)

Não tava podendo acompanhante mas aí foi bem difícil, porque assim, ela nasceu às cinco e catorze e era umas sete horas ele já tava indo embora, e como a gente sabia que não podia, até ele já tava ansioso com medo que mandassem ele embora, ele dizia “aí, não sei, não sei até que horas vou ficar”. (M04)

Seguindo este perfil, M07 e M09 tiveram a presença do acompanhante negada já na chegada ao hospital. M07 não conseguiu ter o seu acompanhante enquanto estava em trabalho de parto e acredita que isso influenciou diretamente na cesariana como desfecho. Por conta da cirurgia, a presença do acompanhante foi permitida na internação pós-parto. M09 conseguiu ver seu esposo por alguns minutos após o nascimento da filha.

Chegando lá no [nome do hospital], o meu esposo foi entrar comigo né e não deixaram ele subir, já começou por aí, ele tinha que fazer o cadastro, o meu cadastro primeiro para depois me acompanhar... (...) e tipo, nisso eu desesperada porque eu não tinha ninguém comigo, só a equipe de enfermagem mesmo do hospital... e daí depois eu fiquei sabendo que o meu marido estava se trocando pra ir me acompanhar e disseram pra ele que ele não podia mais entrar porque eu já tava em trabalho de parto e eles não permitiam entrar. (M09)

Não quiseram deixar meu marido entrar, sendo que é lei né, nós sabemos que é lei, é obrigatório né deixar o acompanhante. (...) Aí eu comecei a perguntar pra ela como funcionava acompanhante e ela “acompanhante tá proibido na pandemia” aí eu falei “tá mas vocês sabem que é lei a parturiente ter no mínimo um acompanhante?” e ela “não mas tá proibido e todas as mães estão sozinhas lá”. (M07)

A questão de eu não poder ter meu acompanhante junto comigo, a questão de... ele entrou depois quando eu tava na sala de recuperação, ele ficou acho que uns 5 minutinhos assim só... ele não conseguiu pegar nossa filha no colo, sabe? no primeiro dia... porque na recuperação não podia ficar né? ele só entrou ligeirinho ali e depois teve que ir pra casa... daí ele foi pra casa e foi buscar as minhas coisas, coisas dela... e aí quando ele retornou ele só pôde me entregar, entregar pra gente... quando a gente tava no quarto já, porque rapidamente... a gente não ficou muito tempo na recuperação né? a gente foi logo pro quarto, porque eu tava bem e ela também... aí ela só me entregou as coisas e depois teve que ir embora... ele não pôde ficar me acompanhando dentro do hospital né? e eu via que tinha outras mães que recém tinham ganho bebê que tavam com seus maridos... só que elas tinham ganho com cesárea, aí a desculpa que a enfermagem me dava é porque elas tavam debilitadas por causa da cesárea e que elas não tinham condições de ficar sozinhas, mas que eu tinha... só que tipo, uma mãe recém parida né, com os nervos à flor da pele, com toda a questão do puerpério... aí era muito, muito, muito... foi muito difícil assim sabe? de ficar sozinha... (M09)

Em abril de 2020 o Ministério da Saúde emitiu uma *Nota Técnica* onde recomenda a suspensão temporária de visitas e também do acompanhante no pós-parto. A nota ainda orienta que o acompanhante no pós-parto só deve ser permitido “em situações onde há instabilidade clínica da mulher ou condições específicas do RN, ou ainda menores de idade”. (BRASIL, 2020d).

Muita vontade de vir pra casa ou de alguém que tivesse ali comigo sabe, porque assim, tu tomar um banho sabe... eu enfiava o bercinho pra dentro do banheiro comigo né (...) essa questão de não poder ter alguém foi bem difícil. (M04)

Só durante o parto eu tive direito a acompanhante e depois nos dias que a gente ficou lá a gente não pode ter acompanhante, ficou só eu e ela, como que eu vou dizer.. não foi uma experiência agradável porque no primeiro momento tu tá cansada, tu fica exausta assim e um auxílio seria bom, mesmo que não do pai da nene porque ele não auxiliou em nada, mas algum familiar, mas a gente não pode porque eles falaram que não poderia devido a pandemia. (M06)

As mulheres estão cientes que possuem o direito ao acompanhante, mas não confiam que os serviços vão respeitar este direito. Quando trocam experiências entre as mulheres de seu convívio social, acabam por sentir medo de confronto e retaliação durante o atendimento, caso insistam em ter um acompanhante (DINIZ et al., 2014). A entrevistada M07 foi uma parturiente que não teve esse receio, questionou, insistiu e bateu de frente com a equipe, mas infelizmente foi em vão.

Eu disse “olha só, se vocês vão me privar de ter meu acompanhante aqui comigo, coisa que é lei, eu quero no mínimo falar com ele” ai ela “ai me diz o que tu quer falar que eu falo pra ele” ai eu disse “não, EU quero falar com ele porque tô aqui há todas essas horas mandando recado e eu sei que ele não ta recebendo os meus recados”, ai ela disse “ai vou ver” e eu disse “não, eu não quero que tu veja, eu quero que tu traga ele aqui A-GO-RA porque é lei, eu estou no meu direito de ter meu acompanhante e vocês estão me privando disso, então traz ele aqui agora porque eu quero ver ele agora, eu quero falar com ele agora” (...) deu umas nove horas e pouquinho a médica chegou e disse “o [nome do pai] ta ai pra tu ver ele” e eu perguntei onde ele tava, e ela “ele tá la fora”, ai eu tive que sair do pré-parto e passar pelo corredor, ele tava lá na outra parte do hospital, aí eu cheguei lá e nossa, foi a melhor parte do meu parto... eu digo pra todo mundo, que se ele tivesse ali do início ao fim, eu poderia ficar quarenta e oito horas sentindo dor do início ao fim que pra mim tava de boa... pra tu ver qual é... [choro] a importância... é muito difícil falar sobre isso. (M07)

A importância de ter alguém contigo nesse momento, né? (Entrevistadora)

Foi muito desumano o que fizeram comigo e com as outras pessoas que estavam lá, e aí eu lembro que eu vi ele e ele já tava em prantos chorando também, a primeira coisa que eu fiz na hora foi abraçar ele e bem na hora veio uma contração, parecia que era um sinal sabe, e assim sabe, é incrível como nosso corpo e nossa cabeça, o que a gente sente, faz durante o trabalho de parto e no momento que eu abracei ele, a dor das contrações que eu tava sentindo caíram pela metade, sumiu metade, aliviou metade só porque eu tava abraçando ele... (M07)

A restrição de acompanhantes por causa da pandemia passou a interferir também no planejamento daquelas que pensaram seus partos com mais de um acompanhante, a exemplo de doula (PAIXÃO et al., 2021). Como é o caso das entrevistadas M04, M08 e M09.

Eu cheguei no hospital com a minha doula, ela participou da triagem comigo e depois que eu fui baixada daí ela saiu e o meu esposo entrou. (M04)

Ela [doula] conseguiu subir comigo e na hora que eu entrei mesmo no Centro Obstétrico pra avaliação, eu entrei sozinha, porque eles só estavam permitindo um acompanhante né? Apesar de ter toda essa questão de que doula pode entrar, que ela não tira o lugar do acompanhante, em virtude da pandemia ela não poderia entrar junto... Eu fiquei um pouco apreensiva nessa parte por ser meu primeiro filho, por eu ter toda uma coisa idealizada né? (...) Pensei “Vou chegar no hospital e se regredir? Como é que vai ser? A [nome da doula] não vai poder entrar comigo, meu Deus”... Eu tava bem atucanada, tentava me manter ativa na maior parte do tempo, mas quando eu parava pra pensar sobre, eu ficava meio nervosa. (M08)

Até contratei uma doula pra que ela me auxiliasse né, mas daí durante a pandemia a gente ficou sabendo que tava... muita coisa tava restrita, uma das coisas é que ela não conseguiria me acompanhar no hospital né, que eu poderia só ter a permissão de um acompanhante né que no caso seria o meu companheiro. (M09)

Doulas e educadoras perinatais são profissionais que prestam informações qualificadas e apoio físico e emocional durante a gestação, o trabalho de parto e o pós-parto. Geralmente sua prática é associada a métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto. A importância do suporte da doula já foi reconhecida pela OMS, a partir “da premissa de que a mulher é a protagonista da gestação e do parto”. (TEMPESTA; FRANÇA, 2021, p. 260). Contudo, no Brasil ainda há resistência, “por parte de alguns profissionais, com a presença de mais uma pessoa para acompanhar, assistir e dar suporte durante o processo de parir”, tornando a presença de doulas restrita nas maternidades não apenas por conta da pandemia. (SILVA et al., 2012, p. 2792).

Tu comentou que teve doula, como é que foi a função da doula para ti? (Entrevistadora)

Foi ótimo, porque hoje assim o que salvou eu e o [nome do pai] naquele momento foi ter tido uma doula, foi ter escutado o que ela falou, falou que eu devia escutar o meu corpo foi o que eu fiz naquele momento de dor eu tava com vontade de ficar de pé, eu fiquei de pé e deu coragem assim pra eu ter atitude que eu tive porque é difícil tu não escutar médico, a médica tava mandando eu ficar deitada mas meu corpo tava pedindo para ficar de pé, e eu não queria descumprir o que a médica tava me pedindo, mas ao mesmo tempo era uma coisa incontrolável e aí lembrando do que ela tinha me dito né, ela tinha me pedido para ouvir meu corpo e foi isso que me fez ir no banheiro, que me fez fazer força e ganhar ele. (M05)

Mesmo não podendo ter a presença da doula durante o atendimento hospitalar, a entrevistada M04 acredita que ter uma doula fez diferença no tratamento que ela recebeu por parte dos profissionais.

Eu acho que assim, chegar com um plano de parto, chegar com uma doula, também fez muita diferença, porque eu fiquei muito consciente durante todo o processo assim do meu parto e eu vi assim que elas se comunicavam, entre elas tinha essa fala assim “ai ela tá.. ela veio com doula”... “aí ela tá, ela tá preparada”... tinham falas assim... (M04)

A presença do acompanhante melhora a experiência e os resultados, assim como também previne outras formas de maus-tratos durante o parto. A OMS recomenda e enfatiza que ter um acompanhante de escolha da parturiente durante o processo de parto e nascimento faz parte de uma experiência de parto segura e positiva no contexto da COVID-19. (REINGOLD; BARBOSA; MISHORI, 2020). É lamentável que ainda se tenha relatos como o que segue:

Aí algumas vezes eu pedia pra enfermeira “tem como avisar meu marido que tá tudo bem? que eu não to sentindo dor ainda e que ta dando tudo certo, pra ele ficar tranquilo” “ai tá bom, tudo bem, eu aviso sim” só que eu fiz umas cinco vezes e em nenhuma eles foram falar com o meu marido, nenhuma delas... ele ficou o tempo todo sem notícias de mim, esperando na rua e eu sem notícias dele porque além de tudo eles tiravam o telefone, se acontecesse algum tipo de violência obstétrica mais explícita tipo um xingamento, ninguém ia ficar sabendo, ia ser só eu e enfermeira ali e ninguém ia ficar sabendo de nada. (M07)

A pandemia de COVID-19 pode até justificar algumas mudanças na assistência obstétrica, mas devem ser apenas quando estritamente necessárias, razoáveis e as menos restritivas disponíveis. Levando em consideração esses aspectos, é possível entender que a pandemia apenas escancarou uma questão que já não estava bem resolvida. O direito ao acompanhante ainda precisa ser trabalhado em sociedade, e, principalmente, com os profissionais de saúde. Para além de uma lei que deve ser cumprida, a presença de um acompanhante é necessária para garantir o respeito à mulher que está vivenciando uma situação única, como o nascimento de uma criança. “As mulheres grávidas têm o direito de receber cuidados maternos respeitosos e não estarem sujeitas a políticas e práticas que resultem na violação de seus direitos humanos”, ressaltam Reingold, Barbosa e Mishori (2020, p. 321)¹.

¹ No original “Pregnant women have the right to receive respectful maternity care and not be subject to policies and practices that result in the violation of their human right.” [tradução da autora]

5.4 CATEGORIA 3: CONDUCTA

O acesso à informação é um fator importante quando se diz respeito à saúde humana, não seria diferente quando se está gerando e parindo uma vida. É papel dos profissionais de saúde informar a mulher desde o pré-natal sobre tudo que envolve o trabalho de parto, parto e nascimento. Além disso, todas as condutas e procedimentos realizados durante o atendimento obstétrico devem ser devidamente explicados e consentidos pelas gestantes. A conversa transparente e respeitosa entre equipe assistencial e paciente é essencial para que se estabeleça uma relação de confiança entre as partes envolvidas, e assim se tenha um bom desfecho.

O estudo realizado por Leal et al. (2021, p. 945) demonstrou que para as puérperas a falta de diálogo com a equipe “deixa margem para dúvidas e interpretações equivocadas em relação a situações por elas vivenciadas nas maternidades”.

Na hora que tu tá lá, eu acho que tem pouca explicação do que tá acontecendo, tipo, “aqui tu só tá numa salinha, mas tu vai ganhar lá na outra” ou “agora tu vai ficar aqui dilatando até dar tantos dedos e depois a gente vai te levar lá”, tipo explicar o que que tá acontecendo... porque ficar sem saber e ficar tentando imaginar, é o pior... a gente tá ali com dor e tem que ficar adivinhando as coisas. (M01)

Os autores ainda acreditam que a boa comunicação é peça-chave na satisfação das parturientes, uma vez que as puérperas por eles entrevistadas reclamaram de ter que apenas seguir orientações e não participar ativamente das decisões do parto. Queixaram-se também das condutas que aconteceram sem seus consentimentos. (LEAL et al., 2021). As entrevistadas nessa pesquisa também mencionaram a falta de informações:

O soro é um soro transparente e eu pensei que ela tava me dando soro fisiológico na veia, e era soro com remédio... ela não me explicou que era pra dilatar, que era pra acelerar... só disse que tava colocando um soro e que se doesse ela ia colocar um remédio ali, daí depois colocou um remédio. (M01)

E eles não me passaram informação durante o trabalho de parto... no alojamento, eu tive informação, depois do parto também a equipe foi lá conversar comigo né. (M05)

É necessário que se garanta a segurança da assistência ao trabalho de parto e parto, através da aplicação de práticas baseadas nas melhores evidências científicas, a fim de que diminuam as intervenções desnecessárias e aumentem os desfechos positivos para o binômio mãe-bebê. Apesar de haver movimentos brasileiros que

lutam por uma assistência digna e respeitosa, além do Ministério da Saúde que preconiza boas ações há anos, ainda há muita resistência por parte dos profissionais. É necessário um esforço contínuo para que se mude o cenário obstétrico brasileiro, que é caracterizado por intervenções desnecessárias e obsoletas, não recomendadas pela OMS e MS. (FIGUEIREDO et al., 2022).

*Às quatro da manhã eles disseram que eu tava sem dilatação e sete da manhã meu filho nasceu no banheiro do hospital, eu mesma que peguei ele, eu tava sozinha no banheiro também porque em momento nenhum eles me atenderam. (M05) *Grifos da autora*

Já existiam fragilidades prévias à pandemia no contexto brasileiro de assistência ao ciclo gravídico-puerperal, sendo um cuidado marcado pelo uso excessivo de tecnologias duras e medicalização do corpo das mulheres. As altas taxas de cesarianas são uma das consequências desse cenário. Entretanto, a pandemia fez com que as relações de poder presentes no controle do ciclo gravídico-puerperal se tornassem uma ameaça aos direitos sexuais e reprodutivos, e também um fator de risco para a violência obstétrica. (STOFEL et al., 2021).

M07 e M05 relataram situações muito difíceis em que não foram ouvidas e suas vontades foram invalidadas.

*Tirando a pediatra que tava acompanhando o parto, o trabalho de parto... a cirurgiã, o resto não respeitava nada do que eu coloquei no plano de parto, parecia que o plano de parto era lixo sabe, só faltavam rasgar porque eu queria ver ela nascendo e... eu queria pegar ela, eu não queria ser amarrada, e eu fiquei lá amarrada que nem cristo, mas a emoção era tanta que eu fui perceber só depois, "bah, eu não consegui pegar minha filha no primeiro minuto de vida". (M07) *Grifos da autora*

*No centro obstétrico era um caos, era um cenário de guerra, teve um momento em que tiraram a escada pra eu não descer, porque eles não queriam que eu saísse da maca. Teve um momento que eu fui dizer pra médica que eu não conseguia deitar de lado, eu nem terminei a frase porque eu senti uma contração muito forte, eu só disse "eu não..." e ela disse "aqui tu não tem querer". Então o tratamento do centro obstétrico era como se eles te odiassem, como se tu fosse um presidiário que tivesse feito algo de errado e eles tivessem total direito de te tratar desse jeito. (M05) *Grifos da autora*

O plano de parto é recomendado pela OMS desde 1996. Nesse instrumento, a gestante, com auxílio profissional, elabora preferências e toma decisões informadas relacionadas às condutas obstétricas a serem adotadas ou não no momento do parto, sob condições normais. É um ótimo instrumento de empoderamento e de incentivo à autonomia, com o objetivo de tornar as mulheres protagonistas do processo. É uma ferramenta de educação e comunicação, pois é através do plano de parto que a

gestante expressa seus desejos e preferências e os comunica para a equipe. (TRIGUEIRO et al., 2022).

Eu tinha colocado no meu plano de parto que era uma coisa que eu queria inicialmente, que eu entenderia né se fosse necessário mas que eu queria primeiro fazer essa tentativa, então foi totalmente fisiológico né, quando ela nasceu eu não acreditava né. (M04)

Ela tava com o meu plano de parto na mão e quando ela viu, ela sabia com que tipo de parturiente ela estava lidando, aí ela começou a se explicar e se justificar da cesárea. (M07)

5.4.1 Subcategoria 3.1: Posições e episiotomia

Para Figueiredo et al. (2022) o profissional deve estimular e orientar a mulher quanto às várias posições que ela pode usufruir, com foco em evitar as posições deitadas, ofertando as mais verticalizadas, como de cócoras.

Elas deixaram o ambiente com a luz mais baixa que eu pedi, pediram como eu queria parir, se eu queria ir pra cama, se eu queria banqueta, o que eu queria fazer (...) (M08)

É necessário que as mulheres tenham acesso à informação sobre posições que podem adotar durante o trabalho de parto e parto. A humanização do cuidado envolve permitir que as mulheres escolham a posição que desejam estar, e não apenas sigam uma rotina estabelecida de parir em posição litotômica. (ALCÂNTARA; SILVA, 2021).

Tu lembra em que posição tu tava quando o bebê nasceu? (Entrevistadora)

Eu tava com os pés pra cima como se fosse fazer exame ginecológico. (M01)

E essa posição, foi tu que quis, tu que se sentiu mais à vontade? (Entrevistadora)

Não, eles me colocaram lá no negócio e falaram que era pra eu sentar daquele jeito. (M01)

Também conhecida como posição ginecológica, a posição litotômica ainda possui uma preferência que pode estar relacionada à falta de orientação, aspectos culturais, falta de capacitações profissionais e realização de parto vaginal instrumental, com o uso de fórceps, por exemplo. A posição decúbito lateral esquerda é a que propicia menor prevalência de lesões perineais e é uma opção para substituir a litotômica. (SCHETTINI; GRIBOSKI; FAUSTINO, 2017).

Eu tinha plano de parto (...) a outra [solicitação] era que eu tivesse o bebê em uma posição que não fosse deitada né, na posição de cócoras... e chegando na sala de parto não me deixaram... não deixaram eu ficar na posição que eu queria, eu pedi pra enfermeira pra me deixar ficar e ela disse “não, não... vamos deitar aqui” aí tá... aí eu deitei ali na mesa, na maca obstétrica ali e logo ela me pediu, já começou a me pedir pra fazer força. (M09)

Em partos vaginais instrumentais também é comum a realização de episiotomia, que é uma incisão no períneo, com a justificativa de que facilita a passagem do bebê. Para Alcântara e Silva (2021), a episiotomia permanece sendo utilizada de forma abusiva, mesmo que já existam dados na literatura mostrando que esse procedimento não cumpre os objetivos que justificam sua realização de forma rotineira. A Organização Mundial da Saúde, em seu *guideline* para experiências positivas do parto não recomenda a realização da episiotomia em nenhum caso, indicando justamente a não evidência de melhora na experiência de nascimento. (WHO, 2018).

Ela [a médica] disse: “eu já cortei aqui, não posso cortar mais” (...) eu senti escorrer o sangue duas vezes... realmente, eles cortaram porque eu não tava aguentando, eu pedi pra cortar várias vezes, eu até pedi cesariana mas disseram que ele já tava ali e não tinha como fazer. (M01)

Para os autores, há a tentativa de justificar a realização rotineira do procedimento por acreditar que ele preserva a musculatura perineal, mas vários estudos já comprovaram que é um prática condenada “pois pode agravar as lacerações e ainda gerar maior desconforto à mulher”. (SCHETTINI; GRIBOSKI; FAUSTINO, 2017).

Eu tive muita dor nos pontos porque foi um corte bem profundo. (M01)

Em um estudo realizado com 525 partos vaginais, identificou-se que em metade deles aconteceram lacerações espontâneas, que são restritas à pele e mucosa, principalmente naquelas onde não foi realizada episiotomia e nem tiveram a presença do profissional médico. As lacerações de grau 1 são menos traumáticas do que uma episiotomia, que atinge também músculos e é equiparada a uma laceração de grau 2 ou mais. (DOMENIGHI et al., 2021).

Ela [médica] veio falar pra mim do plano de parto (...) falou pra mim assim “olha só, eu vi que tu colocou aqui que tu não quer episiotomia, mas se o teu canal de parto for pequeno, tem que ser feito” (...) “ai, mas se tu não fizer uma episiotomia tu pode ter uma laceração grau 3 e tu pode ter um problema no ânus pra sempre” aí eu disse pra ela “eu sei tudo que engloba uma episiotomia e que segundo as evidências científicas ela não traz benefício nenhum pro meu bebê, então vou pedir por gentileza pra tu respeitar tudo que tá escrito aí”. (M07)

5.4.2 Subcategoria 3.2: O exame vaginal

Conforme Ladeira e Borges (2022) o toque vaginal é um procedimento utilizado durante o trabalho de parto para avaliar a progressão da dilatação. Contudo, ele pode ser considerado até uma violência obstétrica, caso seja realizado sem consentimento ou até mesmo de forma excessiva ou dolorida. Para os autores, trata-se de um procedimento que auxilia, mas não é necessariamente obrigatório.

Eu pedi que ela fizesse exame de toque em mim e ela disse que não era muito a rotina do [nome do hospital]... ela perguntou se eu sabia como que funcionava, que eles não ficavam toda hora né... vendo (...) que ela já me adiantava que não ficariam fazendo a todo momento... mas tudo isso muito... bem tranquila, bem adequada. (M04)

A OMS preconiza que o exame vaginal, mais conhecido por “exame de toque” ou “toque vaginal”, seja realizado em intervalos de quatro horas, na primeira fase do trabalho de parto em mulheres de baixo risco. E ainda, que seja evitado vários profissionais realizarem o exame na mesma mulher. (WHO, 2018).

Aí a cada quatro horas vinha uma médica fazer exame de toque para ver como é que tava andando, eu achei ótimo porque não era o tempo todo as pessoas vindo enfiar a mão na gente sabe e depois quando as minhas contrações ficaram mais frequentes que elas vinham a cada uma hora, uma hora e meia, às vezes só perguntava pra mim como eu tava me sentindo, às vezes fazia exame de toque e às vezes não fazia. (M07)

5.4.3 Subcategoria 3.3: A via de parto

Das dez mulheres entrevistadas, duas tiveram seus bebês por meio da cesariana. M03 optou por essa via de parto, mesmo podendo ter um parto vaginal gemelar, e a equipe respeitou a sua vontade. Já M07 estudou, planejou, desejou um parto vaginal e acabou em uma cirurgia.

De acordo com Silva e Aguiar (2021), aconteceu uma construção histórica e cultural que fez com que o parto cirúrgico se tornasse atualmente conhecido por ser o modelo de assistência mais seguro para a mulher. Pesquisas demonstram que a escolha da mulher pela cesariana é associada à falta ou insuficiência de conhecimento, ao medo da dor, e às experiências de gestações e partos anteriores. É possível avaliar que, mesmo considerada pelas mulheres como uma escolha livre, a preferência pela cesariana é pautada no desconhecimento em relação às práticas seguras, baseadas em evidências científicas, para o alívio da dor e manejo de intercorrências.

Eu vou te dizer que eu queria fazer cesárea tá? Eu queria muito fazer cesárea porque eu tinha muito medo da dor e tudo mais... mas eu decidi “ah não, vamos induzir, tá?” mas no meu plano de parto tava cesárea, não queria fazer episiotomia, se fosse necessário fazer episiotomia então que eu fizesse cesárea (...) mas de resto assim... eu aceitaria todos os medicamentos e analgesia que fosse indicado... inclusive eu queria todas as analgesias possíveis... e... poder caminhar durante o parto, fazer tudo que eu gostaria de fazer para que diminuísse a minha dor. (M10)

No Brasil há um número excessivo de cesarianas sem indicação clínica, e ainda cesarianas intraparto sem um diagnóstico prévio. Há a necessidade urgente de informar as mulheres, orientá-las e educá-las, quanto aos riscos e desvantagens do parto cirúrgico sem indicação e, principalmente, sobre as demais possibilidades para além da cirurgia. É necessário desfazer a ideia criada de que a cesariana é facilitadora, totalmente segura e controlada, onde há a possibilidade de controle, não há dores, nem surpresas. (LEAL et al., 2021).

Em uma das consultas eu cheguei pro residente e falei que eu queria falar sobre o parto, daí ele perguntou exatamente o que eu queria falar e aí eu falei assim né “eu quero fazer cesárea e eu não quero ter outra opção”, aí ele falou que eu podia ficar bem tranquila que a equipe que tava me atendendo era uma equipe que respeitava né, o desejo da mulher, que eu poderia ter parto normal porque as minhas meninas estavam cefálicas, mas que se esse não era um desejo meu, eles não iriam fazer... que claro que eles iriam esperar o tempo né, o tempo certo... “a gente não vai agendar, a gestação vai ser levada até onde der, mas se é o teu desejo...”, inclusive ele colocou isso em prontuário. (M03).

Uma pesquisa qualitativa realizada com treze puérperas expôs que o discurso vinculado à cesariana teve predominância entre os obstetras na decisão da via de nascimento, mesmo que as mulheres inicialmente tivessem o desejo pelo parto vaginal. Essas mulheres buscaram informações, algumas eram até mesmo profissionais da saúde e, mesmo assim, o que prevaleceu foi a vontade do obstetra, o que demonstra a relação de poder que o profissional da saúde exerce sobre as gestantes. (ESCOBAL et al., 2022).

Eu já tava há oito horas lá e a mulher me explicou que bolsa rota no SUS eles esperam até quinze horas, depois eles fazem a cesárea pra não correr risco do bebê e tal (...) chegou uma médica (...) e falou assim pra mim “olha, se tu não evoluir, a gente vai ter que quem sabe optar por uma cesárea” e eu já tava pensando nisso, pensando em começar a aceitar essa realidade porque eu sabia que essa poderia ser a minha realidade dentro de algumas horas. (M07)

A cesariana é um procedimento muito importante e que deve sim estar disponível no sistema de saúde. Contudo, os profissionais devem ser capacitados para identificar as situações em que há a real necessidade de realização da cirurgia.

Quando bem indicada, a cesariana ajuda a reduzir a mortalidade materno-infantil, em casos específicos. (LEAL et al., 2021).

5.4.4 Subcategoria 3.4: Primeira hora de vida do recém-nascido

Conhecida como “hora de ouro”, a primeira hora de vida do recém-nascido é um período importante, tanto para ele, quanto para a mulher que acaba de parir. O Ministério da Saúde preconiza que seja promovido o contato pele a pele entre mãe e bebê imediatamente após o nascimento. (BRASIL, 2014)

Quando questionada sobre o que fizeram logo após sua bebê nascer, M02 respondeu:

Elas colocaram em cima do meu peito, foi a primeira vez que eu passei por isso, os outros dois eu ganhei em Curitiba e lá eles pegavam o nenê, levavam pra outra sala, limpavam os olhos, viam os sinais e depois o [nome do pai] que me trazia. (M02)

Em 1989, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) definiram os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. O quarto passo é incentivar a amamentação na primeira hora de vida, que atualmente é interpretado como colocar os recém-nascidos em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o nascimento por, pelo menos, uma hora. (BEZERRA et al., 2016).

(...) mas foi muito legal assim... a enfermeira que tava comigo na hora ela já botou o bebê no meu colo e o meu peito na boca do bebê. (M10)

Quando colocado em contato com o tórax materno, “por meio de reflexos e estímulos olfativos, é capaz de localizar o mamilo da mãe e iniciar o processo do aleitamento”. Esse momento propicia benefícios também para a mãe, uma vez que o seu corpo, através dos estímulos sensoriais, promove a liberação de ocitocina, que auxilia na prevenção de hemorragias e contribui para ejeção do colostro. (HOLZTRATTNER et al., 2021, p. 2).

Eles já trouxeram ela assim pra cima de mim e ali ela ficou o tempo todo, dali em diante não tiraram, tiraram depois de bastante tempo quando a pediatra foi pesar, foi medir né, mas ali ela ficou, eles já me auxiliaram pra eu dar o peito, já puxaram o meu peito pra eu dar pra ela. (M04)

Felizmente durante as entrevistas apareceram alguns relatos de mulheres que passaram pela experiência de vivenciar o contato pele a pele com seu recém-nascido.

Tudo que eu pedi assim elas faziam sabe, foram me tranquilizando e dizendo que tava tudo bem comigo e com a nenê, tavam dando toda a assistência... a hora que a [nome da bebê] nasceu ela já veio pro meu colo, o [nome do pai] conseguiu cortar o cordão, aí a gente foi pra cama e elas botaram a [nome da bebê] comigo e daí nos deixaram ali... a partir do momento que teve a dequitação da placenta elas só fizeram ali tipo estancaram o sangue e fizeram tudo ali certinho, aí deixaram eu, o [nome do pai] e ela, a gente teve um momento bem bom à sós. (M08)

As duas horas que eu fiquei, eu fiquei no contato pele a pele com ela com ela o tempo todo, a enfermeira inclusive quando me trouxe até baixou o lençol, a minha roupa que eu tava, até minha barriga pra encaixar ela peladinha. (M07)

Fizeram todas as avaliações com ele no meu colo. (M10)

Contudo, também apareceram relatos onde essa experiência não foi proporcionada ao binômio mãe-bebê.

Logo que ela nasceu me mostraram ela, me apresentaram pra ela e logo em seguida eles foram fazer os procedimentos na outra salinha, limpar, fazer a limpeza... com a médica e com a minha mãe, minha mãe acompanhou. (M06)

M07 queria muito ver sua filha nascer, mas durante a cirurgia deixaram o pano tapando sua visão:

*Eu chorava e dizia “quero ver minha filha, quero ver minha filha”, eu disse isso umas cinquenta vezes e ela [médica] falou pra ele “essa mãe tá muito nervosinha, pai” e eu falei “eu só quero ver a minha filha”. (...) Rapidinho eles já enrolaram ela, não pesaram, nem nada e já entregaram no colo dele [o pai] pra gente ter o primeiro contato (...) os cinco minutos do Apgar, sabe? ela ficou ali com a gente e depois a pediatra pegou ela, pesou, tirou foto dela na balança e depois trouxe ela de volta e ela ficou no nosso colo... isso eu gostei porque durante todo o processo depois do parto enquanto eles estavam ali limpando o útero, tirando placenta, me costurando e toda aquela função, o tempo todo meu marido ficou ali com a gente, o tempo todo ele tava com ela, só que eu não pude amamentar ela ali na hora porque eu tava toda amarrada e tal, queria ter podido, mas com a anestesia eu não podia nem me mexer. (M07) *Grifos da autora.*

Santos et al. (2022, p. 2) destaca como benefícios do contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida para o RN a “estabilização cardiopulmonar, redução do risco de hipoglicemia, de hipotermia e de infecção, e melhora nos índices de amamentação continuada”, e para a mãe “redução da ansiedade e de sangramento após o parto, entre outros”. Os autores ainda recomendam que os demais cuidados sejam secundários em pacientes estáveis clinicamente, com o objetivo de prestar uma atenção humanizada para o binômio mãe-bebê.

Elas incentivaram bastante sabe, foram ali, me ajudaram, a [nome da bebê] não quis pegar num primeiro momento [o peito] e ficou mais dormindo assim, ali no meu colo mesmo, aí depois de um tempo veio a enfermeira fazer a avaliação dela, mas fez tudo ali com nós, a [nome da bebê] não saiu de perto de nós em nenhum momento, ela ficou lá. (M08)

M07, que passou por uma cesariana, solicitou ajuda para amamentar quando já estava na sala pós-parto, se recuperando da cirurgia:

(...) Eu queria amamentar ela... inclusive eu apertei meu peito e já tava saindo leite e aí chamei uma enfermeira e falei “olha só, tem como tu levantar um pouquinho? porque eu queria amamentar ela só que eu não consigo me mexer, não consigo me levantar” (...) e ela disse “ai não tem como te levantar por causa da anestesia, porque senão tu vai vomitar por causa da anestesia e eu não tenho como te ajudar porque tem muita gente aqui” e eu falei “tá, e aí minha filha vai ficar sem mamar?” (M07)

Em relação às condutas profissionais, infelizmente surgiram relatos preocupantes. Para Leal et al. (2021, p. 945) “as situações-limite combinam falta de diálogo com desrespeito”, como foi o caso da M05 e M07 que passaram por diversos tipos de violência obstétrica.

Para uma mulher que já teve bebê, ela pode ter encarado mais fácil, mas eu era a minha primeira, como que eu vou contar pra minha filha daqui alguns anos como foi o nascimento dela? ela também vai se sentir mal, sabe? (M07)

Poderia ter sido tão mais fácil se acontecesse naturalmente, sabe? então é isso que eu penso e que eu falo pra todo mundo: estudem, estudem muito sobre trabalho de parto, estudem muito pra que isso não aconteça com vocês e de preferência, e principalmente, se vocês forem ganhar bebê na pandemia, perguntem se o hospital ta aceitando acompanhante e se não tiver aceitando procurar outro hospital, porque a gente sabe que não é todo mundo que tem condições de fazer um plano, de fazer particular né, a realidade é totalmente diferente, né? (M07)

Porque eu tava assim depois do que eu passei no meu parto, como se tivesse na cadeia, feito alguma coisa para alguém, o tratamento era como se tivesse feito algo de errado... (M05)

É necessário que mais esforços do SUS sejam realizados com o objetivo de capacitar os profissionais, para que situações de violência obstétrica tenham a punição necessária e se tornem exceções e evitar que mais mulheres passem por situações tão difíceis quanto M05 e M07.

5.5 CATEGORIA 4: SENTIMENTOS

A gestação e o parto já são, por si só, um motivo de grande ansiedade e geram muitas expectativas. (CARDOSO et al., 2021). A pandemia, e as alterações realizadas na assistência por conta dela, mudaram essas expectativas que as mulheres tinham. Isso gerou sentimentos ainda mais exacerbados do que o normal, como medo, preocupação e incerteza. (SOUTO; ALBUQUERQUE; PRATA, 2020).

*Ai eu chorei muito... eu chorei muito, eu fiquei muito sensível, muito... não sei se por causa da pandemia também sabe, da questão de tudo tipo... do medo dela ser prematura e pegar alguma coisa, sabe? dentro do hospital... de pegar o próprio COVID, mesmo sabe? (M09) *Grifos da autora.*

Conforme Almeida, Portugal e Assis (2020), a imprevisibilidade e a incerteza sobre a gravidade da doença, junto com a desinformação, acaba preocupando a sociedade como um todo. Ter que parir, em um cenário hospitalar, diante de uma pandemia, torna o momento ainda mais estressante. Cuidar de um recém-nascido em um ambiente potencialmente contaminado, muitas vezes sozinha, sem acompanhante, gerou sentimentos como os que M09 descreveu:

*Apesar de todos os cuidados, assim... tinha mais duas né, duas mães junto comigo, e elas tinham direito a acompanhante, e elas tinham direito a trocar de acompanhante, e aí eu fiquei... me senti um pouco vulnerável nisso, sabe? Porque eu não tinha possibilidade de ficar com ninguém, o tempo todo sozinha eu e minha filha... isso me deixou muito triste assim, porque... e também com medo sabe? ah, porque às vezes as pessoas estavam lá dentro, mas elas tiravam a máscara pra comer, pra tomar água... aí eu não conseguia dormir porque eu ficava com medo tipo, ai minha filha ali no berçinho do lado e eu... e uma hora eu tava com ela no colo e a enfermeira disse "ai mãe bota ela no berço" sabe? "que tu pode derrubar" sabe? com medo que eu fosse derrubar minha filha, sabe? mas eu queria ficar com ela o tempo todo porque eu ficava com medo de fechar o olho e minha filha sumir... ai sei lá... muito, muito louco assim, ficar sozinha dentro do hospital, né... com bebê recém nascido, no meio de uma pandemia, foi bem tenso... (M09) *Grifos da autora.*

Uma das recomendações da OMS sobre cuidados intraparto para uma experiência positiva é o cuidado de maternidade respeitoso. Essa recomendação menciona que os cuidados oferecidos às mulheres devem ser organizados e prestados de uma forma que respeite a sua dignidade, privacidade e confidencialidade. E ainda, que garantam que não sejam submetidas a maus tratos, proporcionando uma escolha informada e apoio durante o trabalho de parto e parto. (WHO, 2018). A entrevistada M05 pariu seu bebê sozinha no banheiro, dentro de um hospital onde deveria estar sendo cuidada e respeitada.

*Na realidade, assim que eu ganhei ele, eu senti um alívio tão grande na dor eu fiquei tão feliz em conhecer ele que esqueci um pouco de tudo que tinha acontecido né? porque naquele momento eu tava com raiva e não sabia se aquilo ali deveria tá acontecendo ou não, deles me tratar daquela forma... se eu tinha que ficar esperando ou não, se a dor tava perto de acabar ou não, então eu não sabia de nada e a partir do momento que eu ganhei ele eu só esqueci daquilo ali e foquei nele. (M05) *Grifos da autora.*

*Tinha muito burburinho no hospital “ah, tu soube que tá tão horrível que uma menina ganhou no banheiro?” e comecei a me dar conta do quão grave tinha sido o que aconteceu, que não era pra acontecer... comecei a me sentir num ambiente de perigo, queria sair o mais rápido o possível com meu filho e não voltar, meu medo era que eles me dissessem que eu tinha que ficar mais por algum motivo, dele não ter pego peso o suficiente, dele ter que ficar... eu só queria ir embora o quanto antes. (M05) *Grifos da autora.*

Reingold, Barbosa e Mishori (2020) relatam que a pandemia da COVID-19 agravou as práticas nocivas que já eram propagadas no ambiente obstétrico. Falta de informação, negligência, abuso e abandono, além de negação ou suspensão do atendimento, são algumas delas. “As mulheres relataram receber informações insuficientes ou inadequadas sobre políticas, intervenções, encaminhamentos e todas as opções disponíveis para elas”. (REINGOLD; BARBOSA; MISHORI, 2020, p. 320)².

*Quando a minha bolsa estourou eu vi que o líquido não era transparente, chamei eles e perguntei se era mecônio, eles não me responderam, e foi uma das coisas que me deixou muito nervosa porque eles não respondiam e nem explicavam nada do que ia acontecer. (M05) *Grifos da autora.*

*Eu fiquei muito grata, porque do jeito que tava a equipe, tão desincronizada, eu fiquei com medo de ir pra cesárea e acontecer algo pioor comigo... fiquei feliz de ter ganhado ele, como eu não tava confiando na equipe, fiquei mais tranquila de ter sido eu a fazer o parto dele porque realmente não tava confiando. (M05) *Grifos da autora.*

Quando questionada se acredita que essa situação gerou um trauma para ela, respondeu:

Sim, com certeza. Hoje se eu fosse novamente ganhar um bebê, já iria com outros olhos, porque eu fui confiando na equipe médica, fui confiando que eu ia ser bem atendida, de que as pessoas lá sabiam o que tava acontecendo comigo, que seria o meu primeiro parto, mas eles já tinham feito muitos e saberiam quando eu estivesse ganhando, mas pareceu que eles não sabiam... então eu me sinto mais segura pra ganhar um bebê em casa sabendo que eu sei mais sobre o meu corpo do que uma equipe que tenha ciência, mas não saiba usar. (M05)

É essencial que desde o pré-natal a mulher seja informada e esclarecida sobre todo o processo, condutas e possíveis desfechos do parto. Uma mulher bem

² No original “Women have reported receiving insufficient or inadequate information about policies, interventions, referrals, and the full range of options available to them.” [tradução da autora]

informada, também é uma mulher mais segura. É preciso que os profissionais sejam capacitados a cuidar também da saúde mental dessas mulheres, que em épocas normais já possuem risco de sofrer por uma tristeza puerperal ou até mesmo depressão pós-parto, situações agravadas em um contexto pandêmico. (CARDOSO et al., 2021). Para Silva et al. (2021, p. 11), deve haver incentivo para a “capacitação de profissionais multidisciplinares para auxiliar as gestantes no manejo dos fatores estressantes enfrentados”.

Por fim, buscando encerrar esta discussão que na verdade inicia outras tantas, acredita-se que o objetivo geral desta pesquisa foi alcançado, uma vez que as mulheres participantes relataram e permitiram conhecer as experiências vivenciadas por elas de parto e nascimento em hospitais públicos de Porto Alegre em tempos de pandemia da COVID-19. Além disso, foi possível descrever e desmembrar essas experiências, identificando se as práticas foram baseadas em evidências e analisando os contextos de cuidado. Durante os relatos das mulheres, evidenciou-se que houve influência da pandemia no atendimento que elas receberam. Contudo, algumas das práticas profissionais não baseadas em evidências podem não estar diretamente relacionadas com a pandemia, mas sim com o cenário obstétrico brasileiro que ainda reproduz práticas obsoletas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatos das mulheres permitiram cumprir com o objetivo principal dessa pesquisa, que era conhecer as experiências vivenciadas por elas durante o atendimento ao parto e nascimento no município de Porto Alegre, em tempos de pandemia da COVID-19. Suas falas foram descritas e exploradas, dialogando com autores e com as práticas baseadas em evidências.

As entrevistas foram uma ótima maneira de dar voz aos sujeitos centrais do processo, e com isso entender que tipo de experiência está sendo proporcionada às mulheres em trabalho de parto. Contudo, por ser um momento delicado em que elas estão vulneráveis, pode ser que suas memórias tenham sido deturpadas pela fragilidade da situação, pelo contexto da pandemia e pelos esquecimentos e lembranças que forjam as experiências.

A insegurança por conta da pandemia, medo de contrair um vírus considerado ainda novo e com desfechos imprevisíveis, fez as mulheres mencionarem angústia e vontade de ir para casa o mais rápido possível. A pandemia por si só já gerava um ambiente de insegurança. Contudo, os sentimentos mais negativos relatados pelas mulheres, foram causados por condutas profissionais não baseadas em evidências, que também não são justificadas pelo cenário pandêmico. Trauma, sensação de aprisionamento, medo e tristeza, foram experienciados por mulheres em um momento que deveria ser um dos mais especiais de suas vidas. A parturiente procura nos profissionais de saúde o cuidado e o apoio, que deve ser realizado através de escuta ativa, informação e evidências. O ambiente e a assistência que é proporcionada a ela influenciam diretamente no desfecho do trabalho de parto, de maneira física e emocional.

A questão do acompanhante foi a mais presente, e influenciou muito nas experiências, tanto positiva, quanto negativamente. Há mulheres que acreditam que a pandemia afetou diretamente seus partos, principalmente porque não tiveram a presença do acompanhante. A minoria das entrevistadas teve a presença do acompanhante respeitada conforme rege a lei, nos momentos pré-parto, parto e pós-parto. Nos cenários sem a presença do acompanhante, relatos de sofrimento e violências se sobressaíram. É possível afirmar com certeza que a pandemia influenciou na decisão dos hospitais de não permitir a presença do acompanhante. Apesar disso, é explícito que essa prática é antiga, e que justamente por isso teve

que ser criada uma lei que assegurasse esse direito. Ademais, mesmo em contextos de emergência sanitária, é essencial que direitos não sejam subtraídos das mulheres e que as instituições de saúde se comprometam a cumprir o que é determinado legalmente.

Pretende-se apresentar os dados desta pesquisa em banca pública de defesa de trabalho de conclusão de curso e difundir os resultados na internet em forma de postagens em redes sociais, as quais colaborem com o compartilhamento de evidências científicas. Um artigo será publicado e enviado para os órgãos responsáveis pela saúde na capital, para que através desses resultados sejam pensadas políticas públicas e formas de capacitação profissional, a fim de evitar certas condutas que impossibilitam uma experiência de parto mais positiva para as mulheres.

Os profissionais de saúde devem fornecer um ambiente agradável para as parturientes, com escuta ativa e sensibilidade, além de recursos para vivenciar esse momento da melhor forma possível. A enfermagem, como profissão historicamente pautada no cuidado, é plenamente capacitada para prestar o auxílio que uma parturiente necessita. É uma profissão que tende a prestar um cuidado mais focado nas necessidades da paciente, a colocando como protagonista do processo, propiciando uma assistência com menos intervenções e com emprego de métodos não farmacológicos para alívio da dor. Além disso, a enfermeira possui, perante a lei, autonomia para assistir parto normal sem distocia. Diante de crises de saúde, é possível pensar em locais de nascimento com atuação de enfermeiras obstetras, podendo assim, realocar médicos para setores onde são mais necessários.

Espera-se que, com os resultados aqui apresentados, o cenário obstétrico seja repensado e novas pesquisas sejam realizadas, com o objetivo de reconhecer as fragilidades do sistema e corrigi-las.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, Natália de Abreu; SILVA, Thais Jormanna Pereira. Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento de risco habitual. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online], v. 21, n. 3, p. 773-783, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000300003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/P6nwRJj7VKG8G8C9vcTMZdM/?lang=pt>. Acesso em: 4 jul. 2022.
- ALMEIDA, Milene de Oliveira; PORTUGAL, Thainá Magalhães; ASSIS, Thais Josy Castro Freire de. Gestantes e COVID-19: isolamento como fator de impacto físico e psíquico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online], v. 20, n. 2, p. 603-606, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/FLPG3dMTFfzqTS59Q5CLprd/?lang=pt>. Acesso em: 01 jul. 2022.
- AMORIM, Melania Maria Ramos; TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; FONSECA, Eduardo Borges da. Maternal deaths with coronavirus disease 2019: a different outcome from low- to middle-resource countries? **American Journal Of Obstetrics And Gynecology** [online], v. 223, n. 2, p. 298-299, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.023>. Disponível em: <https://www.ajog.org/action/showPdf?pii=S0002-9378%2820%2930471-3>. Acesso em: 28 jun. 2021.
- ANDRADE, Raquel Dully *et al.* Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** [online], v. 19, n. 1, p. 181-186, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TJB8nBkghyFybLgFLK7XMpv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jul. 2021.
- BARDAJÍ, Azucena *et al.* The need for a global COVID-19 maternal immunisation research plan. **The Lancet**, v. 397, e17-e18, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00146-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00146-X). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00146-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00146-X/fulltext). Acesso em: 02 jul. 2022.
- BEZERRA, Lorena Damasceno Alves *et al.* Benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido. **RETEP - Rev. Tendên. da Enferm. Profis.**, v. 8, n. 4, p. 2050-2055, 2016. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/03/BENEF%C3%8DCIOS-DO-CONTATO-PELE-A-PELE-PARA-O-REC%C3%89M-NASCIDO.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. FEBRASGO. ABENFO. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 21 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. 158 p. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_parto_web.pdf. Acesso em: 31 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência discute Humanização do Parto e Nascimento. Brasília, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/21_dez_IIIChPN.htm. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Cadernos Humaniza SUS. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde. v4, 465 p., 2014. Disponível em: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 02 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa - RN Nº 368. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892. Acesso em: 02 jul. 2021.

BRASIL. Talita Rodrigues. Epsjv/Fiocruz. Política de Saúde da Mulher comemora 25 anos. 2016. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-de-saude-da-mulher-comemora-25-anos>. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 22 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Saúde. Coronavírus: 25 mortes e 1.546 casos confirmados. Brasília, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/coronavirus-25-mortes-e-1-546-casos-confirmados>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde. Brasília, 2020b. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERS%C3%83O-FINAL-3.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/09/Manual-de-Recomenda-es-para-Gestante-1.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. Nota Técnica nº 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS – Recomendações para o Trabalho de Parto, Parto e Puerpério durante a pandemia da COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_MS-0014382931-Nota-Tecnica_9.4.2020_parto.pdf. Acesso em: 21 jun. 2022.

BRASIL. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos. 2021a. Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Parto é normal. Brasília, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/parto-e-normal>. Acesso em: 19 jun. 2021.

BRITO, Isabel *et al.* Alojamento Conjunto, Amamentação e Seguimento Neonatal de Recém-Nascidos de Mãe com COVID-19. **Acta Medica Portuguesa: Revista Científica da Ordem dos Médicos** [online], v. 34, n. 7-8, p. 507-516, 2021. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.15441>. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/15441>. Acesso em: 1 jul. 2022.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-8220201300020003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 jul. 2021.

CARDOSO, Pollyanna Costa *et al.* A saúde materno-infantil no contexto da pandemia de COVID-19: evidências, recomendações e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online], v. 21, n. Supl. 1, p. S221-S228, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3MYSwYYhwKnnFbNGQvWCcwH/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. 2011. 325 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/280585/1/Carneiro_Rosamaria_Giatti_D.pdf. Acesso em: 05 jul. 2021.

CHAVES, Ricardo Lêdo. O nascimento como experiência radical de mudança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. Suppl 1, p. 14-16, ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cNKV5NhCvV3ZP9qsJFkkLNJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jul. 2021.

DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 30, n. Supl. 1, p. S140-S153, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00127013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YwCMB4CMGHxLtbMtzgnhJjx/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jun. 2022.

DOMENIGHI, Lauro Henrique Heinsch *et al.* Perineal Lacerations: A Retrospective Study in a Habitual-Risk Public Maternity. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online], v. 43, n. 8, p. 588-594, 2021. DOI: <http://doi.org/10.1055/s-0041-1735227>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/Nnb3yMymjZtF3WTBwPtY8vJ/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 3 jul. 2022.

D'ORSI, Eleonora *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. Suppl. 1, p. S154-S168, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZfLNJPcLjcrxDBRVg4sfj4S/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

ESCOBAL, Ana Paula de Lima *et al.* Relações de poder e saber na escolha pela cesárea: perspectiva de puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], vol. 75, n. 2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1389>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rBtcTFFfjgzvZXmBypGZcMK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 06 jul. 2022.

FIGUEIREDO, Kely Nayara dos Reis Silva *et al.* Oferta das boas práticas do parto em maternidades da Rede Cegonha segundo a Teoria de Resposta ao Item. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 27, n. 06, p. 2303-2315, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15962021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Mgxw38WCKqvT8yG7tVhdVXf/?lang=pt>. Acesso em: 03 jul. 2022.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (organizadoras). Métodos de Pesquisa. **Editora da UFRGS**, Porto Alegre, 1 ed., 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>.

GUERRA, Elaine Linhares de Assis. Manual Pesquisa Qualitativa: suporte ao trabalho de conclusão de curso (TCC). **Grupo Ânima Educação**, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <https://docente.ifsc.edu.br/luciane.oliveira/MaterialDidatico/P%C3%B3s%20Gest%C3%A3o%20Escolar/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas/Manual%20de%20Pesquisa%20Qualitativa.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2021.

GUO, Yan-Rong *et al.* The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status. **Military Medical Research** [online], v. 7, n. 11, fev. 2020. Disponível em: <https://mmrjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40779-020-00240-0.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

HOLZTRATTNER, Jéssica Strube *et al.* Contato pele a pele precoce em um hospital amigo da criança: percepções das enfermeiras obstétricas. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online], v. 42, 10 p., 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190474>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/387YTYKKNbF7BsxmS7RxQ3y/?lang=pt>. Acesso em: 03 jul. 2022.

LADEIRA, Francieli Martins Borges; BORGES, William Antonio. Colonização do corpo e despersonalização da mulher no sistema obstétrico. **Revista de Administração de Empresas** [online], v. 62, n. 4, 17 p., 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-759020220406>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/WmmrVD8nySn993mb4tpKDKg/?lang=pt>. Acesso em: 3 jul. 2022.

LANSKY, Sônia *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 24, n. 8, p. 2811-2824, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrijj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 jul. 2021.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 35, n. 7, 14 p., 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/grzf9kCgwKLFx8SV5DvPyJx/?lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2022.

LEAL, Neide Pires *et al.* Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 26, n. 3, p. 941-950, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/c8q3b3jhmnhqHQftKxfJQBrm/?lang=pt#>. Acesso em: 06 jul. 2022.

MARTINS, Ana Paula Vosne. 2 - A ciência obstétrica. In: **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 63-106, 2004. **História e Saúde collection**. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/jnzhd/pdf/martins-9788575414514-04.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MASCARENHAS, Victor Hugo Alves *et al.* COVID-19 e a produção de conhecimento sobre as recomendações na gravidez: revisão de escopo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online], v. 28, 10p., 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/WBFTkqSGYsKcqyzYfk9NVBj/?lang=pt#>. Acesso em: 25 jun. 2021.

MINAS GERAIS. Letícia Siqueira Araújo, *et al.* Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Você sabe o que é Síndrome Respiratória Aguda Grave?** 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/75-o-que-e-sindrome-respiratoria-aguda-grave>. Acesso em: 24 jun. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento. **Hucitec**, São Paulo, 11 ed., 8 p., 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/download/4873/4272/>. Acesso em: 28 jun. 2021.

NAKAMURA-PEREIRA, Marcos *et al.* COVID-19 and Maternal Death in Brazil: An Invisible Tragedy. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online], v. 42, n. 08, pp. 445-447, ago. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/jgKpkQYQgF3qjqypDSjkzTz/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 04 ago. 2021.

NASCIMENTO, Luciana de Cassia Nunes *et al.* Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 71, n. 1, p. 228-233, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SrfhX6q9vTKG5cCRQbTFNwJ/?lang=en>. Acesso em: 9 jul. 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=91B6CE18ADC975DD3397FA8086CEB8F0?sequence=3. Acesso em: 04 ago. 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/161442>. Acesso em: 21 jun. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Doença por coronavírus (COVID-19). Genebra, 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>. Acesso em: 26 jun. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Doença por coronavírus (COVID-19): como é transmitida? Genebra, 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>. Acesso em: 29 jun. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Doença por coronavírus (COVID-19): gravidez e parto. Genebra, 2020c. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth>. Acesso em: 29 jun. 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. As taxas de cesarianas continuam a aumentar, em meio a crescentes desigualdades no acesso. Genebra, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-a-mid-growing-inequalities-in-access-who>. Acesso em: 20 jun. 2021.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. Suppl 1, pp. 25-32, 1998. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/1998.v14suppl1/S25-S32/>. Acesso em: 5 jul. 2021

PAIXÃO, Gilvânia Patrícia do Nascimento *et al.* A solidão materna diante das novas orientações em tempos de SARS-COV-2: um recorte brasileiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online], v. 42, n. spe, 7 p., 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200165>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/DQ546XgcBsqqcrZ7WXMsKGf/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jun. 2022.

PATUZZI, Gregório Corrêa *et al.* Fluxos de atendimento em um Centro Obstétrico frente à pandemia da COVID-1: relato de experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 20, jul. 2021. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/56189>. Acesso em: 03 ago. 2021

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lobo. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia**, Canoas, n. 37, p. 212-227, abr. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 jul. 2021.

PRADO, Andrea Amaral de Almeida. Amigas do Parto: o parto hoje em outros países. 2021. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/index.html>. Acesso em: 04 jul. 2021.

REHUNA. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Brasília, 2019. Disponível em: <http://rehuna.org.br/>. Acesso em: 25 jun. 2021.

REINGOLD, Rebecca B.; BARBOSA, Isabel; MISHORI, Ranit. Respectful maternity care in the context of COVID-19: A human rights perspective. **International Journal of Gynecology & Obstetrics** [online], v. 151, n. 3, p. 319-321, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13376>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13376>. Acesso em: 13 jun. 2020.

REIS, Lenice Gnocchi da Costa; PEPE, Vera Lucia Edais; CAETANO, Rosângela. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 21, n. 3, p. 1139-1160, abr. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/JmpCxGRTV8xgzBVjm9ZBvVP/?lang=pt#>. Acesso em: 25 jun. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde da Mulher e Coordenação Estadual da Atenção Básica. NOTA DE ALERTA SES RS: Mortalidade Materna por COVID-19. Monitoramento das gestantes e puérperas com síndrome gripal e confirmadas com COVID-19. Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://coronavirus-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202008/17113003-mortalidade-materna-por-covid-19.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2021.

ROCHA, Débora Gomes da *et al.* Covid-19 na gestação, no pós-parto e na amamentação: evidências científicas para a prevenção e o cuidado. *In*: VELEDA, Aline Alves; SILVA, Ana Paula Scheffer Schell da; LEONE, Perla di (org.). **Mulheres e COVID-19: reprodução, gestação, parto e puerpério**. Porto Alegre: Editora da UFCSPA, 2021. p. 21-72. Disponível em: <https://www.ufcspa.edu.br/vida-no-campus/editora-da-ufcspa/obras-publicadas>. Acesso em: 01 jul. 2022

RODRIGUES, Agatha *et al.* Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19. 2021. Disponível em: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/. Acesso em: 26 jun. 2021.

SANTOS, Alice Parentes da Silva *et al.* Contato pele a pele e amamentação no momento do parto: desejos, expectativas e experiências de mulheres. **Revista Paulista de Pediatria** [online], v. 40, 9 p., 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020140>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/pL57kKmSLHc6mKh56ngpYmN/?lang=pt>. Acesso em: 3 jul. 2022.

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria da Saúde da Criança. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Caderno 5: Formação em humanização do parto e nascimento – Coleção Primeiríssima Infância da FMCSV. 2012. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/primeirissima-infancia/spppi_caderno_5.pdf. Acesso em: 24 jun. 2021.

SCHETTINI, Natália Jardim de Carvalho; GRIBOSKI, Rejane Antonello; FAUSTINO, Andréa Mathes. Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas: posição materna e a relação com lacerações perineais espontâneas. **Revista de Enfermagem UFPE** [online], v. 11, n. 2, p. 932-940, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13462>. Acesso em: 3 jul. 2022.

SCHWARTZ, David Alan; DHALIWAL, Amareen. Infections in Pregnancy With COVID-19 and Other Respiratory RNA Virus Diseases Are Rarely, If Ever, Transmitted to the Fetus: experiences with coronaviruses, parainfluenza, metapneumovirus respiratory syncytial virus, and influenza. **Arch Pathol Lab Med** [online], v. 144, n. 8, p. 920-928, 2020. Disponível em:

<https://meridian.allenpress.com/aplm/article/144/8/920/442144/Infections-in-Pregnancy-With-COVID-19-and-Other>. Acesso em: 28 jun. 2021.

SEIBERT, Sabrina Lins *et al.* Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 245-251, 2005.

Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/30734722/medicalizaaa-o-x-humanizaaa-o-cuidado-ao-parto-na-historia>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SILVA, Bruna Menezes Gomes da; AGUIAR, Júlio Cesar de. A livre opção pela cesariana: um “nudge às avessas”. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 268-281, 2021. DOI: <http://doi.org/10.5102/rbpp.v11i1.6589>.

Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/350623013_A_livre_opcao_pela_cesariana_um_nudge_as_avessas. Acesso em: 3 jul. de 2022.

SILVA, Fernanda Loureiro; RUSSO, Jane; NUCCI, Marina. Gravidez, parto e puerpério na pandemia: os múltiplos sentidos do risco. **Horizontes Antropológicos** [online], v. 27, n. 59, pp. 245-265, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/mthgtDG3P5JxbT9fGhnf4Rz/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SILVA, Martha Laura Leão dos Santos *et al.* Impacto da pandemia de SARS-CoV-2 na saúde mental de gestantes e puérperas: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development** [online], v. 10, n. 10, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19186>. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19186>. Acesso em: 2 jul. 2022.

SILVA, Raimunda Magalhães da *et al.* Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 17, n. 10, p. 2783-2794, 2012. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000026>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/zNSMKtmQVWb89TkwhNmFwPC/?lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2022.

SOUSA, Francisco Lázaro Pereira de. Coleção Primeiríssima Infância. Formação em humanização do parto e nascimento. **Fundação Maria Cecília Souto Vidigal**, São Paulo, v. 7, ed. 1, 2014. Disponível em:

http://agendaprimeirainfancia.org.br/arquivos/caderno_07_web_cor.pdf. Acesso em: 25 jul. 2021.

SOUTO, Sandra Patrícia Arantes do; ALBUQUERQUE, Rosemeire Sartori de; PRATA, Ana Paula. O medo do parto em tempo de pandemia do novo coronavírus.

Revista Brasileira de Enfermagem [online], v. 73, n. Supl. 2, e20200551, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0551>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/n335kgkbtL7mhFQfnfYHy9K/?lang=pt#>. Acesso em: 8 jul. 2022.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos. Maternal mortality by COVID-19 in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online], v. 21, n. Supl 1, p. 253-256, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/R7MkrnCgdmyMpBcL7x77QZd/?lang=pt>. Acesso em: 28 jun. 2021.

STOFEL, Natália Sevilha *et al.* Atenção perinatal na pandemia da COVID-19: análise de diretrizes e protocolos nacionais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online], v. 21, n. Supl. 1, p S99-S108, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/JX7qSMnxfpzwfGc7v9zjGNg/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jun. 2022.

TEMPESTA, Giovana Acacia; FRANÇA, Ruhana Luciano de. Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. **Horizontes Antropológicos** [online], v. 27, n. 61, p. 257-290, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000300009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/xXgjFBTzkvX8J57PcxvBgpK/?lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2022.

TOMASI, Yaná Tamara *et al.* Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online], v. 30, n. 1, 12 p., 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/ZHFxkKHPPypjwbthCxsRjqP/?lang=pt#>. Acesso em: 16 jun. 2022.

TRIGUEIRO, Tatiane Herreira *et al.* Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. **Escola Anna Nery** [online], v. 26, e20210036, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0036>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/HKb5Hr936KVxBTVj4rQ7FKh/?lang=pt#>. Acesso em: 05 jul. 2022.

WHO. World Health Organization. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva, 2018. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2022.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade** [online], v. 29, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2021.

APÊNDICE A – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Atendimento ao parto e nascimento em Porto Alegre durante a pandemia do COVID-19 na percepção das mulheres”, desenvolvida por Victoria Costa Lacorte, do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, sob a orientação da Enfermeira Professora Doutora Aline Alves Veleda. Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e conta com a carta de anuência do local em que a pesquisa é desenvolvida.

O estudo tem como objetivo conhecer quais são as experiências vivenciadas pelas mulheres durante o atendimento ao parto e nascimento no município de Porto Alegre em tempos de pandemia do COVID-19. A finalidade deste trabalho é reconhecer a realidade dos atendimentos prestados na capital, através da perspectiva das mulheres.

Você participará de uma entrevista com a pesquisadora, onde responderá alguns questionamentos e contará como você foi assistida no seu trabalho de parto, parto e pós-parto. A entrevista será gravada, para posterior transcrição das informações. Ocorrerá individualmente, de forma online, através do aplicativo WhatsApp ou do Google Meet, como você preferir, com duração máxima de uma hora, podendo se estender, de acordo com cada entrevistada.

Participarão desta pesquisa, mulheres que pariram de março de 2020 a agosto de 2021, no sistema público de saúde obstétrica de Porto Alegre, maiores de 18 anos, com ou sem diagnóstico de COVID-19 durante o período gravídico-puerperal. A participação nesta pesquisa em questão não trará complicações legais de nenhuma ordem e os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Garantimos que você não terá nenhum tipo de custo ou despesa por participar deste estudo, bem como não receberá qualquer tipo de pagamento por sua participação. Os riscos envolvidos com sua participação são considerados mínimos e decorrentes apenas do tempo destinado aos diálogos e do desconforto em falar sobre a temática proposta. Sua participação é voluntária e sua recusa não trará nenhum prejuízo à você, à pesquisadora ou à instituição. Deixamos claro que respeitaremos

todas as suas decisões e que você será totalmente livre para decidir quando quer ou não conversar sobre suas vivências. Além disso, se for identificado qualquer prejuízo ou dano a você, seja material ou imaterial, decorrente direta ou indiretamente de sua participação nesta pesquisa, a pesquisadora responsável garante sua assistência adequada. A participante é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, entrando em contato com os números abaixo.

Asseguramos o anonimato sobre sua participação. Os dados serão divulgados, mas de forma a impossibilitar sua identificação. As informações coletadas ficarão sob responsabilidade da pesquisadora, sendo utilizadas para envio de artigo científico para publicação em periódico reconhecido, relatório de pesquisa com apresentação pública para Banca Avaliadora na UFCSPA e apresentação em eventos científicos de interesse para a temática. Sempre respeitando a privacidade das participantes. Os dados ficarão disponíveis e guardados pela pesquisadora por até 5 anos da data em que a pesquisa se encerrou.

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o nome, endereço institucional e telefone do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação a qualquer momento. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para a participação deste estudo. Para tanto, preencha os itens que se segue:

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, _____, portadora do RG _____, de forma livre e esclarecida, aceito participar desta pesquisa. Em caso de dúvidas contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, situada na Rua Sarmiento Leite, 245. Telefone de contato: (51) 3303-9000. Pode entrar em contato ainda com a pesquisadora responsável Aline Alves Veleda pelo número (51) 98175-2482.

Assinatura da Participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Local e Data

ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENDIMENTO AO PARTO E NASCIMENTO EM PORTO ALEGRE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NA PERCEPÇÃO DAS MULHERES

Pesquisador: ALINE ALVES VELEDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52159121.7.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.068.126

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa terá uma abordagem qualitativa que, conforme Guerra (2014), se caracteriza pela "compreensão dos fenômenos que estuda – ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente ou contexto social", e ainda, não se prende em números, estatísticas ou relações de causa e efeito, e envolve coleta de dados com seres humanos. Segundo Camara (2013), esse tipo de pesquisa tem o objetivo de verificar como as pessoas consideram uma experiência ou ideia, sendo assim, "capta as nuances da percepção dos entrevistados para ampliar a compreensão da realidade vivida pelos respondentes e aprofunda a questão de como as pessoas percebem os fenômenos estudados". Será um estudo de caráter descritivo, uma vez que irá "descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade", e exploratório, porque buscará "uma abordagem do fenômeno pelo levantamento de informações que poderão levar o pesquisador a conhecer mais a seu respeito". (GERHARDT & SILVEIRA, 2009).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer quais são as experiências vivenciadas pelas mulheres durante o atendimento ao parto e nascimento no município de Porto Alegre, em tempos de pandemia da COVID-19.

Endereço: Rua Sarmiento Leite ,245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 5.068.126

Objetivo Secundário:

Descrever, a partir do relato de mulheres que tiveram seus filhos durante a pandemia da COVID-19 em Porto Alegre, as experiências de parto e nascimento. Identificar as práticas baseadas em evidência nos relatos de atendimentos obstétricos de mulheres que tiveram seus filhos durante a pandemia da COVID-19 em Porto Alegre. Relatar as experiências de parto e nascimento vivenciadas por mulheres que tiveram seus filhos durante a pandemia da COVID-19 em Porto Alegre.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em relação aos riscos apresentados pela participação, destacam-se que os mesmos, nesta pesquisa são considerados mínimos, uma vez que os nomes das participantes, ou qualquer outro dado sigiloso destas, não serão revelados, estando o risco relacionado ao desconforto da participante para contar sua história. Caso as participantes necessitem de alguma assistência posterior devido a algum desconforto causado pela pesquisa, mesmo que mínimo, sejam eles danos materiais ou imateriais, direta ou indiretamente, as pesquisadoras se responsabilizam por este retorno.

Benefícios:

Como benefícios desta pesquisa destaca-se a importância de conhecer como ocorreram os partos e nascimentos em Porto Alegre durante a pandemia, garantindo uma escuta acolhedora, identificando problemas ou soluções referentes ao cuidado prestado e, assim, colaborando com a compreensão das vivências das mulheres. Por meio desta compreensão pode-se colaborar com o incremento da qualidade da assistência prestada no município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de resposta à pendência de inclusão do roteiro de entrevista. A pesquisadora atendeu à solicitação do CEP-UFCSPA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram identificados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

UF: RS

Telefone: (51)3303-8804

CEP: 90.050-170

Município: PORTO ALEGRE

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 5.068.126

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1833891.pdf	19/10/2021 14:15:10		Aceito
Outros	carta.pdf	19/10/2021 14:14:50	ALINE ALVES VELEDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	19/10/2021 14:08:57	ALINE ALVES VELEDA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	28/09/2021 11:10:45	ALINE ALVES VELEDA	Aceito
Outros	termo.pdf	28/09/2021 10:58:47	ALINE ALVES VELEDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	28/09/2021 10:52:24	ALINE ALVES VELEDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 28 de Outubro de 2021

**Assinado por:
Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br