

AUTONOMIA DA MULHER NO TRABALHO DE PARTO: CONTRIBUIÇÕES DE UM GRUPO DE GESTANTES

WOMEN'S AUTONOMY IN CHILD LABOR: CONTRIBUTIONS FROM A GROUP OF PREGNANT WOMEN

AUTONOMÍA DE LA MUJER EN EL TRABAJO DE PARTO: CONTRIBUCIONES DE UN GRUPO DE MUJERES EMBARAZADAS

-  Greice de Medeiros Zirr¹
-  Vitoria Regina Petters Gregório²
-  Margarete Maria de Lima²
-  Vania Sorgatto Collaço¹

¹ Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Florianópolis, SC - Brasil.

² UFSC, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC - Brasil.

Autor Correspondente: Greice de Medeiros Zirr
E-mail: greicedemedeiros@gmail.com

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Greice M. Zirr, Vitoria R. P. Gregório;
Coleta de Dados: Greice M. Zirr, Margarete M. Lima;
Conceitualização: Greice M. Zirr, Margarete M. Lima;
Gerenciamento do Projeto: Greice M. Zirr, Margarete M. Lima, Vitoria R. P. Gregório; **Investigação:** Margarete M. Lima, Vitoria R. P. Gregório; **Metodologia:** Greice M. Zirr, Margarete M. Lima, Vitoria R. P. Gregório, Vania S. Collaço; **Redação - Preparação do Original:** Greice M. Zirr, Vitoria R. P. Gregório, Vania S. Collaço; **Redação - Revisão e Edição:** Greice M. Zirr, Vania S. Collaço; **Supervisão:** Margarete M. Lima, Vitoria R. P. Gregório, Vania S. Collaço; **Validação:** Vitoria R. P. Gregório, Vania S. Collaço; **Visualização:** Vitoria R. P. Gregório.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 14/02/2018

Aprovado em: 06/07/2019

RESUMO

Objetivo: identificar de que modo o grupo de gestantes tem contribuído para o fortalecimento da autonomia da mulher durante o trabalho de parto e nascimento.

Método: trata-se de pesquisa documental com enfoque qualitativo. Os documentos utilizados para subsidiar este estudo fazem parte do banco de dados do projeto de extensão Grupo de Gestantes e Casais Grávidos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Os critérios de inclusão abrangeram: relato de mulheres que abordaram questões referentes à autonomia no trabalho de parto, no período de 2015 a 2017. Foram analisados 88 relatos de puérperas, dos quais foram selecionadas 21 que englobaram o tema do estudo. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a setembro de 2017. A análise de dados foi feita por meio da análise de conteúdo. **Resultados e discussão:** os resultados deste estudo foram apresentados em quatro categorias: hora de ir à maternidade, conscientização do processo de partear, vivenciando o parto e práticas que interferem na autonomia da mulher. Encontrou-se que o grupo de gestante é uma ferramenta complementar eficaz e importante no pré-natal para a consolidação da autonomia feminina no processo de parturição. **Considerações finais:** dessa maneira, incentiva-se a disseminação de grupos de gestantes, uma vez que eles estimulam o desenvolvimento das potencialidades humanas, fazendo com que a mulher se perceba como sujeito central do seu cuidado, tornando-se protagonista no seu processo de gestar e partear.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Enfermagem Obstétrica; Autonomia Pessoal; Preferência do Paciente; Tomada de Decisões.

ABSTRACT

Objective: identify how the group of pregnant women has contributed to the strengthening of women's autonomy during labor and birth. **Method:** this is documentary research with a qualitative approach. The papers used to support this study are part of the database of the extension project of the Pregnant Women and Pregnant Couples Group of the Federal University of Santa Catarina (UFSC). The inclusion criteria were the reports of women who addressed issues related to autonomy in labor, from 2015 to 2017. Eighty-eight reports of postpartum women were analyzed, selecting 21 who were under the study theme. Data collection was performed from August to September 2017. Data analysis was performed through content analysis. **Results and discussion:** the results of this study were presented in four categories: time to go to maternity, the awareness of the midwifery process, experiencing childbirth and the practices that interfere with women's autonomy. The pregnant group is an effective and important prenatal complementary tool for the consolidation of female autonomy in the parturition process. **Final considerations:** Thus, the dissemination of groups of pregnant women is encouraged, as they stimulate the development of human potentialities, making women to be perceived as the central subject of their care, and becoming protagonists in their process of gestating and midwifery.

Keywords: Women's Health; Obstetric Nursing; Personal Autonomy; Patient Preference; Decision Making.

Como citar este artigo:

Zirr GM, Gregório VRP, Lima MM, Collaço VS. Autonomia da mulher no trabalho de parto: contribuições de um grupo de gestantes. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em ____];23:e-1205. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20190053

RESUMEN

Objetivo: identificar cómo ha contribuido un grupo de mujeres embarazadas al fortalecimiento de la autonomía de la mujer durante el trabajo de parto y nacimiento. **Método:** investigación documental con enfoque cualitativo. El estudio se basa en documentos que forman parte del banco de datos del proyecto de extensión Grupo de Embarazadas y Parejas Embarazadas de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). **Criterios de inclusión:** relatos de mujeres que tratan de asuntos sobre la autonomía en el trabajo de parto entre 2015 y 2017. Se analizaron 88 relatos de púerperas de los cuales se seleccionaron 21. La recogida de datos se efectuó entre agosto y septiembre de 2017. El análisis de datos se realizó mediante el análisis de contenido. **Resultados y discusión:** los resultados se presentaron en cuatro categorías: momento de ir la maternidad, concienciación del proceso de dar a luz, viviendo el parto y prácticas que interfieren en la autonomía de la mujer. Se observó que el grupo de mujeres embarazadas es una herramienta complementaria eficaz e importante en el prenatal para consolidar la autonomía femenina en el proceso de partería. **Consideraciones finales:** se incentiva la diseminación de grupos de mujeres embarazadas porque fomentan el desarrollo de las potencialidades humanas, haciendo que la mujer se perciba como sujeto central de sus cuidados y la protagonista en su proceso de gestación y partería.

Palabras clave: Salud de la Mujer; Enfermería Obstétrica; Autonomía Personal; Prioridad del Paciente; Toma de Decisiones.

INTRODUÇÃO

Quando se pensa no processo de nascimento em nossa sociedade contemporânea, muito se diferencia do passado. Antigamente, o nascimento ocorria no domicílio e se centrava no fazer feminino, com reconhecimento do empoderamento e autonomia da mulher. Hoje, com os avanços técnico-científicos empregados na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, o nascimento tornou-se hospitalar e a institucionalização afastou a mulher do apoio familiar, tornando-a muitas vezes apenas um sujeito passivo e não a protagonista da ação. A retirada desse papel a torna frágil e submissa a uma situação que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e violenta.¹

Nesse cenário, com a descaracterização das mulheres, quebra dos direitos humanos e submissão a uma “cascata de procedimentos” - infusão rotineira de ocitocina sintética, rotura artificial de membrana, tricotomia, episiotomia, entre outras intervenções obstétricas desnecessárias -, inicia-se no final da década de 80, no Brasil, um movimento que prioriza a qualidade da interação entre a parturiente e seus cuidadores e a exclusão de condutas danosas a fim de relembrar e reforçar que o parto é um evento natural e que deve ser conduzido com o mínimo de intervenções possíveis, assegurando o direito da mulher gestante a ter atendimento qualificado e humanizado.²⁻⁶

A forte crítica ao modelo obstétrico tecnocrático culminou em busca por melhores evidências científicas, conferências nacionais e criação de programas e políticas que assumissem compromissos com a garantia dos direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos das mulheres e crianças.² Nessa perspectiva, o acesso à informação é fator bastante relevante para que a mulher torne-se empoderada e possa ter autonomia para realizar uma escolha consciente.³⁻¹⁰

Algumas práticas assistenciais podem favorecer ou limitar a autonomia da mulher durante o trabalho de parto. Entre as que podem favorecer incluem-se práticas assistenciais extra-hospitalares, práticas de apoio e conforto e práticas educativas. As práticas que limitam o exercício da autonomia durante o processo de parto e nascimento englobam práticas assistenciais autoritárias, padronizadas e rotineiras, impessoais e frias e práticas assistenciais que intensificam a percepção dolorosa do parto.²

Para assegurar a autonomia é preciso colocar a mulher no controle do trabalho de parto e nascimento, instrumentalizando-a para decidir ativamente sobre seu próprio cuidado, proporcionando-lhe um sentimento de segurança durante esse processo. Essas ações são fundamentais para que a mulher consiga identificar e decidir quais práticas assistenciais podem favorecer ou limitar sua autonomia.

No entanto, o modelo atual transformou o parto em uma doença e a mulher passou a ser vista como uma paciente que deve ser tutelada pelo sistema médico-hospitalar. Esse fenômeno é fortalecido pela precariedade das consultas de pré-natal e carência de informação adequada às mulheres sobre a maternidade, cabendo aqui a ideia de que a consulta de pré-natal, por si só, não constitui um espaço para a informação agregadora de conhecimento para o empoderamento da mulher.

Uma das formas de complementar e subsidiar as consultas de pré-natal são os grupos de gestantes, espaços dinâmicos que buscam promover a saúde de forma integral, com informações claras e de qualidade a fim de resgatar a autonomia das mulheres. A partir dessa visão, o Grupo de Gestantes e Casais Grávidos da UFSC, cenário desta pesquisa, busca alternativas no sentido de implementar e sedimentar as boas práticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e evidências científicas, a fim de empoderar as gestantes para que elas tenham autonomia sobre seu processo de parto e nascimento.

Ressignifica-se, dessa forma, uma das frases clássicas de Michel Odent, que “para mudar o mundo, é preciso, antes, recuperar a autonomia das mulheres, para que elas possam mudar a forma de nascer”. Este estudo tem como objetivo identificar de que modo o grupo de gestantes e casais

grávidos da UFSC tem contribuído para o fortalecimento da autonomia da mulher durante o trabalho de parto e nascimento.

MÉTODO

Pesquisa descritiva, documental, com enfoque qualitativo. O estudo é um recorte do macroprojeto de pesquisa “20 anos do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos: trajetória histórica, perfil, impacto, percepções e contribuições para os envolvidos”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob Parecer no 2.051.643. Os documentos utilizados para subsidiar este estudo fazem parte do banco de dados do projeto de extensão Grupo de Gestantes e Casais Grávidos da UFSC. O grupo foi fundado em março de 1996 e tem como objetivo prestar atendimento educativo e interdisciplinar a gestantes e seus acompanhantes, a partir da tomada de consciência corporal e postural, técnicas de respiração e relaxamento, conhecimento e orientações sobre o ciclo gravídico-puerperal, troca de experiências, vivências e anseios em relação ao processo de nascimento entre participantes e profissionais de saúde, com a finalidade de capacitá-los e empoderá-los para que possam aumentar o controle sobre os determinantes de saúde. Optou-se por selecionar os relatos das entrevistas das puérperas participantes do Reencontro de Pais e Bebês, atividade promovida pelo projeto, que ocorre um mês após o nascimento do último recém-nascido do grupo.

Os critérios de inclusão foram: relatos de mulheres que abordaram questões referentes à autonomia no trabalho de parto, no período de 2015 a 2017. Foram analisados 88 relatos de puérperas, dos quais foram selecionadas 21 que abordaram o tema sobre a contribuição do grupo para o fortalecimento da autonomia da mulher durante o trabalho de parto e nascimento.

A coleta dos dados foi realizada no período de agosto a setembro de 2017. A análise dos dados foi feita por meio da análise de conteúdo, seguindo-se as etapas:

- pré-análise, etapa em que se escolheram os documentos para análise, constituindo o *corpus*;
- exploração do material, que consistiu na operação classificatória para compreensão do texto, estabelecendo-se os temas que, agrupados por características comuns, originaram as categorias temáticas de acordo com o objetivo do estudo;
- tratamento dos resultados obtidos e interpretação, pela qual se realizou a análise dos dados com base em fundamentos teóricos.

Nesta pesquisa foram seguidos todos os preceitos éticos, garantindo-se os direitos do participante de acordo

com o preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.¹ Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo o anonimato das identidades garantido pela substituição do nome dos participantes pela letra “M” de mulher seguida do número ordinal de cada documento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo serão apresentados a partir de quatro categorias: hora de ir à maternidade, conscientização do processo de partear, vivenciando o parto e práticas que interferem na autonomia da mulher segundo os relatos das puérperas participantes do grupo.

HORA DE IR À MATERNIDADE

O trabalho de parto é caracterizado como um processo fisiológico no qual, entre as diversas mudanças no corpo da mulher, contrações uterinas frequentes e fortes, são capazes de realizar a dilatação do colo do útero, permitindo assim, a passagem do feto. Esse processo é dividido em períodos. O primeiro período é dividido em duas fases, a fase latente, na qual há contrações de pequena duração e variação cervical; e a fase ativa do trabalho de parto, em que há contrações regulares e dilatação cervical progressiva. Nessa primeira fase é recomendado que a parturiente permaneça em casa, pois é uma fase mais longa.¹¹ A OMS recomenda que os profissionais de saúde internem a parturiente apenas quando ela efetivamente estiver na fase ativa, com 4 a 5 cm de dilatação, reduzindo assim intervenções desnecessárias.¹² Reconhecer os sinais do trabalho de parto ativo e ir à maternidade na hora adequada mostrou-se nos relatos como uma importante contribuição do grupo de gestantes.

O grupo foi excelente em relação ao parto, não tem o que dizer, ajudou demais, eu fiquei na bola em casa, fiquei monitorando de quanto em quanto tempo que vinha a contração, à noite a gente decidiu ir para a maternidade para avaliar e já estava com cinco centímetros (M2).

Eu fiquei bastante tempo em casa, porque eu não queria ir pro hospital e ficar na função lá, deles me manipulando (M18).

E daí começaram as contrações. Aí a cada contração, eu me agachava. Eu almocei normal, e a gente tentou ficar mais no silêncio, meu marido colocou uma música, a gente tentou ficar num ambiente mais

tranquilo. Eu cheguei com sete centímetros de dilatação (M19).

O reconhecimento do trabalho de parto como processo fisiológico tornou a mulher empoderada, fortaleceu a segurança e a compreensão de que ela pode estar em um ambiente acolhedor e conhecido, para que esse processo evolua da maneira mais tranquila possível. Utilizar os métodos não farmacológicos de alívio da dor no seu lar, alimentar-se, entrar em sintonia com seu corpo e decidir a hora de ir à maternidade a partir do reconhecimento dos sinais do trabalho de parto constituíram importante prática de autonomia, fortalecida a partir das orientações e participação no grupo.

CONSCIENTIZAÇÃO DO PROCESSO DE PARTEJAR

O compartilhamento das vivências e do conhecimento a partir de evidências científicas atualizadas nos grupos de gestantes sobre o processo de nascimento reduz o medo, fortalece os potenciais e propicia mais tranquilidade para compreender o ritmo e os sinais emitidos pelo corpo da mulher, aumentando, conseqüentemente, a confiança em si e no seu processo de partejar.¹³ Quando a mulher não recebe as informações adequadas no pré-natal, a hora do nascimento é permeada por medo e ansiedade.¹ Os grupos, dessa forma, caracterizam-se como importante ferramenta de empoderamento das mulheres, como se observa nas falas a seguir:

Eu estava muito consciente, eu lembrei, em relação ao que foi falado no grupo, que as contrações vêm em ondas, eu pensava, está doendo, mas vai passar e eu fiquei mentalizando isso e foi o que me ajudou bastante na hora (M2).

Eu sempre lembrava uma coisa que falavam no grupo, que não era pensar na dor, era para se jogar na dor, vivenciá-la e eu fiz isso, e não foi uma coisa sofrida, não foi prazer, né, mas foi muito legal (M8).

Uma vez que, culturalmente, o parto é visto como um fenômeno que causa intensa dor, é necessário desmistificar esse legado a partir da compreensão sobre seu real processo fisiológico, estimulando as mulheres a conhecer o seu corpo para empoderar-se do seu cuidado. Como observado nas falas, quando se discute o desconhecido, o que causa medo e dor, o enfrentamento da situação torna-se possível.

VIVENCIANDO O PARTO

O uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto traz uma abordagem mais humanizada no atendimento e ajuda as mulheres a vivenciarem esse momento de forma mais confortável e menos traumática.¹⁴ Os dados mostraram que as mulheres que tinham conhecimento do processo usufruíram do protagonismo no trabalho de parto e parto.

Eu falei que eu queria o mais natural possível. A médica pediu pra buscar o banco e arrumar o cenário no chão, pedi para diminuir a luz, na hora eu lembrei do que falamos no grupo (M9).

Aquele chuveiro nas costas é tudo, eu abraçada na bola e o chuveiro nas costas, dá um alívio parece que sente o bebezinho descendo e descendo (M5).

Eu tentava não gritar, mas fazia uns sons o tempo inteiro, ruídos que me faziam manter concentrada no parto e me faziam respirar. Lembrava dos relatos do grupo, que quando elas tinham vontade de fazer força, lacerava, aí eu pensei, agora vem a força e eu preciso ter calma. Pode vir quantas contrações forem necessárias, mas eu não vou fazer muita força, fiquei lá concentrada (M20).

Corroborando as falas das mulheres, a OMS refere que os métodos complementares de alívio da dor, em especial as técnicas não farmacológicas, devem ser privilegiadas durante a assistência ao trabalho de parto, considerando-as como práticas reconhecidamente úteis e que devem ser estimuladas. Essas práticas têm a finalidade de tornar o parto o mais natural possível, diminuindo as intervenções e cesarianas desnecessárias e a administração de fármacos, visto que aumentam a tolerância à dor e, conseqüentemente, a participação no processo parturitivo.¹⁵

A livre movimentação do corpo é importante para a boa evolução do trabalho de parto, dar liberdade e apoiar a mulher quanto à movimentação e escolha da posição de partejar é promover a humanização da assistência ao nascimento.¹ A autonomia, quanto às posições mais verticalizadas, permite o empoderamento da mulher durante o processo de partejar.¹ A pesquisa mostrou que as mulheres instrumentalizadas, quanto à importância da liberdade de posição e movimentação, manifestaram mais satisfação de controle sobre seu processo de parto e, assim, melhor vivência de parto.

Foi de cócoras, a médica queria que eu ficasse na cama deitada, aí eu disse não, eu quero de cócoras, e ela nasceu superbem e foi tudo muito tranquilo. Não teve nada de intervenção, o doutor só me alcançou ela, e foi muito tranquilo (M1).

Foi exatamente como eu queria, foi uma experiência muito legal porque realmente as coisas estão mudando, eu consegui ter de cócoras, não fizeram episiotomia, eu fiquei na bola de pilates, no chuveiro, eles baixaram a luz da sala. Eu tive no banquinho, foi muito incrível, botaram música (M4).

As boas práticas aprendidas e estimuladas no grupo de gestantes quando colocadas em ação mostram-se importantes para a promoção da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento. Entre essas práticas, o respeito aos sentimentos e o acolhimento da equipe quanto à demanda da parturiente, uso de técnicas não farmacológicas de alívio da dor, liberdade de escolha de posição e local de partejar, além da promoção de um ambiente adequado para o cuidado foram referidos no estudo como positivas para o desenvolvimento da autonomia e, conseqüentemente, relacionadas a uma experiência positiva de parto.

A presença do acompanhante também é reconhecida pela OMS como essencial para a humanização da assistência ao parto. Sua permanência garante mais conforto à parturiente, na medida em que traz parte de seu ambiente conhecido para dentro da instituição.¹⁶ A presença do acompanhante também inibe intervenções desnecessárias e até mesmo violências.¹⁷⁻²⁰ Dessa maneira, o grupo de gestantes estimula a participação do acompanhante durante todo o processo e este deve ser de livre escolha da mulher. Esse papel foi observado nos relatos das mulheres:

A presença do companheiro, não sei como é que seria sem ele, porque foi o apoio que eu tive (M12).

Meu companheiro foi maravilhoso, ficava lá me fazendo massagem, aí vinha contração e mais massagem e nós íamos por tudo quanto é lado desse hospital caminhando (M3).

Nos dados fica evidente a importância da participação e preparo do casal e em especial do acompanhante no grupo, para atuar efetivamente do processo. Os acompanhantes realizaram atividades benéficas no desenvolvimento do parto. O fato de segurarem na mão e auxiliarem na respiração tornou o ambiente mais acolhedor e seguro para suas

parceiras, que dessa maneira conseguiram agir de forma mais ativa na condução do parto.

Ademais, os profissionais devem aprender a executar suas atividades de assistência em parceria com o acompanhante, transformando-o em um importante aliado para a boa evolução do parto.

PRÁTICAS QUE INTERFEREM NA AUTONOMIA DA MULHER

A medicalização do parto moldou a mulher a uma nova postura social, submergindo sua autonomia durante o processo parturitivo, conferindo ao profissional de saúde o poder sobre seu corpo, o qual muitas vezes lança mão de intervenções desnecessárias e condutas que comprometem a fisiologia do organismo feminino para acelerar o processo natural do parto.² Mulheres brasileiras com risco obstétrico habitual, independentemente de grupo socioeconômico, estão sendo desnecessariamente expostas aos riscos de iatrogenia no parto.²¹ Estudo abordando especialmente mulheres da região Sul identificou elevadas taxas de episiotomia, manobra de Kristeller, uso de ocitocina, restrição alimentar e hídrica, entre outras condutas danosas.²² Ao serem instrumentalizadas nos grupos, as mulheres passaram a reconhecer as práticas que interferem de forma negativa na autonomia e protagonismo do parto.

E lá tem o procedimento de ir para o centro cirúrgico, não tem opção de ficar no quarto, ficar na posição que eu queria. Aí eu cheguei e já fiquei naquela posição com as pernas assim [mostrou posição de litotomia] e eu já não gostei. E eu acho que no expulsivo demorou porque eu não tive opção de trocar de posição, sabe? (M21).

Eles falaram que iriam colocar ocitocina e eu falei que não queria, e eles colocaram, foi terrível as piores horas da minha vida, daí eu já queria tudo, até cesárea, e o médico falou para eu me acalmar, pra mim foi um alívio e uma frustração a cesárea porque eu queria o parto normal (M10).

A utilização excessiva de intervenções dolorosas, como a ocitocina sintética, acarreta aumento progressivo de intervenções e descontrole da percepção da parturiente do que é fisiológico. Como também a imposição de um local e uma posição para partejar foi considerada, pelas mulheres, ponto importante de desrespeito ao processo fisiológico do nascimento, ao passo que se desconstrói o ambiente que ela e seu acompanhante consideravam seguro. A pesquisa "Nascer no Brasil" revelou que as boas práticas de assistência ao parto

foram ofertadas a menos de 50% das mulheres, mesmo não se encontrando evidências científicas que respaldam uma assistência baseada no excesso de intervenções, o que resulta apenas em iatrogenia e no cultivo de uma vivência negativa de parto.²³

Essa prática é percebida como uma violação dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres. Em alguns países, como a Venezuela, a violência obstétrica é reconhecida como crime cometido contra as mulheres e é caracterizada pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, a partir do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vidas das mulheres.²³ No Brasil, a discussão sobre o tema da violência obstétrica tem avançado em face do aumento de divulgação desse problema nas pesquisas em saúde e Enfermagem, bem como nos meios de comunicação. Santa Catarina, local deste estudo, é o primeiro e único estado brasileiro a sancionar uma lei sobre violência obstétrica, a qual obriga a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente.²

O acesso à informação coerente, clara e embasada em evidência científica é a base essencial para que a parturiente tenha autonomia para tomar decisão sobre qual procedimento deseja aceitar ou recusar.²⁴ Quando há diálogo entre o profissional e a mulher/acompanhante, aumenta a probabilidade de a parturiente sentir-se segura para decidir, sendo a assistência definida por elas como de qualidade e humanizada.³ Os dados revelam que existem profissionais que orientam e respeitam as opiniões das parturientes e outros que as desconsideram.

Vieram conversar comigo porque queriam me induzir com ocitocina e queriam saber o que eu achava, aí eu pedi para me darem um tempo para eu pensar. Tudo que elas iam fazer elas iam me explicando (M14).

Aí ele fez uma episiotomia, por mais que eu tinha colocado no plano de parto que não queria (M21).

O fortalecimento das mulheres baseado no conhecimento das evidências científicas adquiridas no grupo fundamenta e embasa a tomada de decisão quanto ao direito às escolhas informadas e decisões compartilhadas entre usuária e os profissionais da assistência ao parto. O entendimento prévio do processo de nascimento torna a mulher mais segura e confiante para que ela tenha uma experiência de parto positiva, ainda mais quando ela percebe no profissional o reconhecimento de suas vivências, opiniões e decisões, promovendo a ela o

direito ao próprio corpo e à autonomia. Como observado no relato, mesmo descrito no plano de parto que não desejava episiotomia, o profissional a realizou, não respeitando o princípio bioético da autonomia. Isso significa que, muitas vezes, mesmo a mulher possuindo o conhecimento necessário, ela não consegue ter autonomia nas decisões sobre seu próprio corpo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, observou-se que o grupo de gestantes é uma ferramenta complementar importante e eficaz para a consolidação da autonomia feminina no processo de parturição. E conscientiza a mulher sobre a fisiologia do trabalho de parto, a partir do reconhecimento de suas etapas, potencializando a autonomia da parturiente ao reconhecer a hora adequada de ir à maternidade, se esse for seu local desejado para parter; fortalece o enfrentamento ao parto, baseado no conhecimento do seu direito às boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, entre elas, o uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, livre movimentação e posição, presença do acompanhante de livre escolha e ambiência adequada; instrumentaliza a gestante e seu acompanhante a tomarem decisões de forma consciente.

Percebeu-se, entretanto, que a participação no grupo, a busca por informações e o preparo de gestante para o parto não traduzem a certeza de uma assistência sem intervenções desnecessárias, pois ainda se observa grande relação assimétrica entre profissional e o usuário. Nessa perspectiva, é necessário que as mulheres continuem participando das discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos e políticas públicas de saúde.

O processo educativo desenvolvido nos grupos de gestantes gera impacto positivo na sociedade, que pode repercutir na retomada dos valores da assistência ao parto. Incentiva-se a disseminação de grupo de gestantes, na medida em que estes estimulam o desenvolvimento das potencialidades humanas, fazendo com que a mulher se perceba como sujeito central do cuidado, tornando-se protagonista no seu processo de gestar e parter.

Este estudo apresentou como limitação a análise dos relatos já descritos em bancos de dados, não possibilitando explorar com mais profundidade questões relacionadas à autonomia feminina no trabalho de parto. Recomenda que sejam realizados outros estudos que reflitam sobre o fortalecimento da autonomia como grupo de gestantes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Universidade Estadual do Ceará. Caderno Humaniza SUS: Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

2. Reis TLR, Padoin SMM, Toebe TRP, Paula CC, Quadros JS. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017[citado em 2017 nov. 17];38(1):e64677. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100503&lng=en
3. Silva ALS, Nascimento ER, Coelho EAC. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2015[citado em 2017 jun. 17];19(3):424-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300424
4. Simas R, Mendonça S. O caso Adelaire e o movimento pela humanização do parto: reflexões sobre violência, poder e direito. *VRA.* 2017[citado em 2019 fev. 19];1(48):89-103. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/11504>.
5. Gaíva MAM, Palmeira EWM, Mufato LF. Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e parto nos casos de neonatos que evoluíram para o óbito. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2017[citado em 2017 nov. 23];21(4):1-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127752022017>
6. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. *Texto Contexto Enferm.* 2015[citado em 2017 jul. 17];24(2):336-43. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00336.pdf
7. Organização Mundial de Saúde. *Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático.* Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.
8. Sena LM. Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2016.
9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2010.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União.* 13 dez 2012; seção1:13.
11. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. *Relatório de Recomendações.* Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
12. World Health Organization. *Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.* Geneva: WHO; 2018[citado em 20 de fev. 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=48C47222C1816F9664AAF733AC2472DC?sequence=1>
13. Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO, Regis MI, Brasil C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. *Texto Contexto Enferm.* 2010[citado em 2017 ago. 17];19(4):719-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/15.pdf>
14. Martins CA, Mattos DV, Santos HFL. Autonomia da mulher no processo parturitivo. *Rev Enferm UFPE on line.* 2016[citado em 2017 nov. 17];10(12):4509-16. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-30178>
15. Medeiros J, Hamad GBNZ, Costa RRO, Chaves AEP, Medeiros SM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. *Espaço Saúde.* 2015[citado em 2017 nov. 20];16(2):37-44. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/20717/pdf_67
16. Almeida JM, Acosta LG, Pinhal MG. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. *REME - Rev Min Enferm.* 2015[citado em 2017 set. 17];19(3):718-24. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1034>
17. Silva LS, Leão DCMR, Cruz AFN, Alves VH, Rodrigues DP, Pinto CB. Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições: uma contribuição para o cuidar. *Rev Enferm UFPE on line.* 2016[citado em 2017 de nov. 17];10(4):3531-6. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11127/12615>
18. Rangel VM, Kenneth Jr RC, A negociação de um corpo com dor: racionalidade biomédica na dinâmica ritualizada do trabalho de parto hospitalar. *Physis (Rio J).* 2016[citado em 2017 out. 17];26(4):1293-311. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400850560012>
19. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Souza RMP. O descumprimento da lei do acompanhante como agravado à saúde obstétrica. *Texto Contexto Enferm.* 2017[citado em 2015 nov. 20];26(3):1-10:e5570015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e5570015.pdf>
20. Nascimento JP, Mattos DV, Matão MEL, Martins CA, Moraes PA. O empoderamento da mulher no parto domiciliar planejado. *Rev enferm. UFPE on line.* [Internet] 2016 Nov; [citado em 13 nov. 2017]10 (Suppl. 5): 4182-7. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11162/12686>
21. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública.* 2014[citado em 20 nov. 2017];30(Suppl 1):17-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>
22. Monguilhott J, Brüggemann OM, Freitas PF, d'Orsi E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *RSP.* 2018[citado em 2019 fev. 19]; 52:1. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/142381>
23. Ministerio de la Salud (Venezuela). *Ley Orgánica de 23 de Abril de 2007. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.* Gaceta Oficial. 24 Abr 2007; n. 38.668[citado em 2019 jan. 12]. Disponível em: <http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>
24. Secretaria da Saúde (SC). *Lei Estadual nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina Florianópolis: SES/SC; 2017[citado em 2019 jan. 12].* Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html