



**BRUNA LUARA DA SILVA DOMINGOS
KATIA FABIANA COELHO
MARIA DE FATIMA DA COSTA**

**IMPLICAÇÕES DAS PUERPÉRIAS QUE VIVENCIARAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
NO PARTO E PUERPÉRIO**

**BARBACENA
2019**

**BRUNA LUARA DA SILVA DOMINGOS
KATIA FABIANA COELHO
MARIA DE FATIMA DA COSTA**

**IMPLICAÇÕES DAS PUERPÉRIAS QUE VIVENCIARAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
NO PARTO E PUERPÉRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Juliana Nascimento De Barros Rodrigues

**BARBACENA
2019**

IMPLICAÇÕES DAS PUERPÉRIAS QUE VIVENCIARAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO E PUERPÉRIO

IMPLICATIONS OF PUERPÉRIAS THAT LIVED THE OBSTETRIC VIOLENCE IN THE LABOR AND PUERPERIUM

Bruna Luara da Silva Domingos¹, Katia Fabiana Coelho Flisch¹, Maria de Fatima da Costa¹, Juliana Nascimento de Barros Rodrigues².

RESUMO: Objetivos: Analisar as condutas de violência obstétrica relacionadas à assistência dos profissionais de saúde sob a ótica das puérperas ; descrever a assistência prestada por profissionais de saúde às parturientes no período do parto e às puérperas no pós-parto imediato; identificar os sentimentos das puérperas em relação ao atendimento realizado pelos profissionais de saúde durante o parto e pós-parto imediato. **Método:** Foi realizada uma pesquisa de campo qualitativa e descritiva. Após autorização do serviço e do Comitê de Ética, iniciou-se a coleta de dados, através de entrevista semiestruturada. As participantes foram puérperas maiores de 18 anos, no pós-parto imediato e tardio que aceitaram participar do estudo, assinando TCLE. Ao término da coleta partiu-se para a fase de análise das informações. **Resultados:** Muitas gestantes não são esclarecidas em relação aos procedimentos adotados, dificultando que elas assumam o seu papel no momento do parto, gerando um modelo de assistência, em alguns momentos, centrados no profissional e não no usuário. **Conclusão:** Os resultados da pesquisa permitem inferir que teve um avanço em algumas práticas assistenciais realizadas pelos profissionais de saúde durante o parto e pós-parto imediato e nos desfechos maternos. Porém, é preciso melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e gestantes garantindo uma assistência respaldada no direito da mulher, traçando o plano de parto individual e adequado, proporcionando um parto humanizado.

Palavras-chave: Violência; Obstetrícia; Parto; Período Pós-Parto.

ABSTRACT: Objectives: To analyze the conduct of obstetric violence related to the care of health professionals from the point of view of puerperal women; to describe the care provided by health professionals to parturients during the delivery period and to the puerperas in the immediate postpartum; to identify the feelings of the puerperas in relation to the care performed by the health professionals during the delivery and immediate postpartum. **Method:** A qualitative and descriptive field research was carried out. After the authorization of the service and the Ethics Committee, the data collection was started, through a semi-structured interview. Participants were postpartum women over 18 years of age, in the immediate and late postpartum who accepted to participate in the study, signing an ICF. At the end of the collection, the information analysis phase was started. **Results:** Many pregnant women are not clarified in relation to the adopted procedures, making it difficult for them to assume their role at the time of delivery, generating a model of assistance, in some moments, focused on the professional and not the user. **Conclusion:** The results of the research allow us to infer that there was an advance in some healthcare practices performed by health professionals during delivery and immediate postpartum and in maternal outcomes. However, there is a need to improve communication between health professionals and pregnant women by guaranteeing support based on women's rights, tracing the individual and appropriate delivery plan, providing a humanized delivery.

Keywords: Violence; Obstetrics; Delivery; Postpartum Period.

¹Acadêmicas do 9º período do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC/Barbacena-MG. E-mail: bruninha.lua@hotmail.com, Katfabiana@gmail.com, fatmalloira@gmail.com
²Professora orientadora. Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos - UNIPAC/Barbacena. E-mail: julianarodrigues@unipac.br

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é definida como ações baseadas no gênero, que causa morte, sofrimento físico, sexual ou psicológico, tanto no espaço público quanto privado¹.

Um dos tipos de violência contra mulher que ocorre no Brasil é a obstétrica. Ela é caracterizada por ações da equipe de saúde que afetam a mulher física, psicológica e emocionalmente, seja por agressões verbais, recusa ao atendimento, privação da presença do acompanhante e por procedimentos desnecessários².

O tema tem entrado em foco em várias regiões do país, com o propósito de atender a reivindicações sociais pela melhor qualidade da assistência ao parto e ao nascimento³. Ainda hoje pode-se constatar que muitas mulheres passam por diversas práticas desrespeitosas durante essa assistência. Estas formas de violência recorrentes são muitas vezes deliberadas e estão relacionadas à baixa qualidade e eficácia dos serviços de saúde⁴.

A atenção adequada à mulher durante o parto e pós-parto é direito dela e representa um passo essencial para garantir que ela possa exercer a maternidade de forma segura e com confiança. Os profissionais de saúde devem estar preparados para acompanhá-la, seu parceiro e familiares, respeitando todas as singularidades desse momento tão especial⁵.

Situações conflituosas podem ser amenizadas com uma assistência humanizada. Existe, por parte dos profissionais de saúde, em destaque, a enfermagem, a preocupação de oferecer uma assistência de qualidade, com a presença dos familiares, visando suprir as necessidades psicossociais, espirituais e biológicas dessa mulher⁶.

Com o intuito de resgatar o protagonismo da mulher, o Ministério da Saúde, institui através da portaria 569, de 1º de junho de 2000 o Programa e Humanização no Pré-natal e nascimento (PHPN)⁷ e em 2011, a Rede Cegonha pela Portaria 1459, de 24 de junho de 2011⁸, que visam garantir a melhoria no acesso, no atendimento e com modelo humanizado.

Diante do exposto, apesar de a portaria 569 de 1º de junho de 2000⁷ instituir o programa de humanização no pré-natal e nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e

estabelecer que toda gestante tem direito ao acesso, atendimento digno e de qualidade durante a gestação, parto e puerpério, muitos profissionais não estão atentos à essa portaria e aproveitam da fragilidade para desrespeitar a mulher nos pontos de vista moral e humano⁹. Segundo o Data SUS, no ano de 2017, na macrorregião de Barbacena, ocorreram 983 partos vaginais e 2.670 cesárias¹⁰. Considerando o número expressivo de crianças nascendo por meios cirúrgicos, resolveu-se pesquisar qual a forma de tratamento dada às gestantes durante o parto e pós-parto imediato no município de Barbacena.

Por isso, o objetivo foi analisar as condutas de violência obstétrica relacionadas à assistência dos profissionais de saúde sob a ótica das puérperas; descrever a assistência prestada por profissionais de saúde às parturientes no período do parto e às puérperas no pós-parto imediato; identificar os sentimentos das puérperas em relação ao atendimento realizado pelos profissionais de saúde durante o parto e pós-parto imediato.

MÉTODO

Para responder aos objetivos propostos, elegeu-se o estudo descritivo de abordagem qualitativa, avaliando os fatores emocionais e intencionais implícitos nos posicionamentos e comportamentos das entrevistadas¹¹.

Após aprovação do projeto pela Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família (ESF), encaminhamos o projeto para avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos de Barbacena/MG (UNIPAC), que autorizou a pesquisa através do parecer nº 3.279.574.

A coleta dos dados foi realizada após essa aprovação e atendendo aos critérios de inclusão que consideraram as puérperas maiores de 18 anos, no pós-parto imediato e tardio que assinaram o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e aos critérios de exclusão que consideraram as puérperas que apresentaram tristeza profunda, insegurança, desânimo, depressão pós-parto e perda de interesse pela vida.

Essa coleta aconteceu por meio de entrevistas guiadas por questionário semiestruturado na residência das puérperas, com dia e hora agendados por elas, e visitas às ESFs que ofereciam serviços de consultas, pré-natais e acompanhamento das puérperas e neonatos no município de Barbacena/MG. Para tanto, realizou-se um levantamento das puérperas em pós-parto imediato e tardio com os Agentes Comunitários de Saúde e enfermeiros que nos passaram o contato delas e posteriormente nos acompanharam às residências das puérperas.

O início das entrevistas ocorreu em maio de 2019, e seu término consolidado após identificação do ponto de saturação por se tratar de uma abordagem qualitativa.

As participantes estiveram sujeitas a um risco mínimo, segundo as Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos¹², podendo vivenciar lembranças, o que traria alterações sentimentais e emocionais. Porém, como acadêmicas de enfermagem, foi proporcionado apoio emocional durante o período da pesquisa e, nos casos mais graves seria acionado um profissional psicólogo da atenção básica capacitado para atender essa demanda.

A análise dos dados transcritos foi segundo o método de análise de conteúdo proposto por Bardin, que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens¹³.

Em concordância com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi garantida a integridade, legitimidade e anonimato das mulheres pesquisadas; que puderam desistir da participação da pesquisa em qualquer momento, independente da fase que o estudo se encontrava. Seus discursos foram transcritos na íntegra e suas identidades preservadas, os nomes foram substituídos pela letra P, seguida de um número de identificação¹⁴.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realizou-se entrevistas com 12 puérperas com idade entre 18 e 38 anos. No tocante ao estado civil, 2 (P1,P5) eram casadas, 7 (P2,P4,P6,P9,P10,P11,P12) solteiras, 2 (P3,P8) amasiadas e 1 (P7) convivia em união estável. Quanto a escolaridade, 2 (P9,P8) não concluíram o ensino fundamental, 3 (P1,P11,P12) não concluíram o ensino médio e 7 (P2,P3,P4,P5,P6,P7,P10) concluíram o ensino médio.

Ao realizar a entrevista, constatou-se que 11 (P1,P2,P3,P4,P5,P6,P7,P8,P9,P11,P12) tiveram a presença do acompanhante e 1 (P10) não, Já, quanto ao recebimento de esclarecimento sobre os procedimentos que seriam feitos e suas necessidades, 7 (P1,P2,P4,P8,P9,P10,P11) foram esclarecidas, 4 (P3,P5,P7,P12) responderam que não e 1 (P6) respondeu de forma insatisfatória.

Sobre a realização de procedimentos sem o consentimento 11 (P1,P2,P4,P5,P6,P7,P8,P9,P10,P11,P12) responderam que não foi realizada a tricotomia, 11 (P1,P2,P4,P5,P6,P7,P8,P9,P10,P11,P12) responderam não à episiotomia; quanto a

manobra de Kristeller 11 (P2,P3,P4,P5,P6,P7,P8,P9,P10,P11,P12) responderam não e 1 (P1) respondeu sim; todas as 12 participantes responderam que não foi realizado o enema; 6 (P2,P8,P9,P10,P11,P12) relataram rompimento da bolsa e 6 (P1,P3,P4,P5,P6,P7) não; o uso de medicação para acelerar o parto foi negado por 8 (P1,P2,P4,P8,P9,P10,P11,P12) das entrevistadas e 4 (P3,P5,P6,P7) relataram o seu uso; 11 (P1,P2,P4,P5,P6,P7,P8,P9,P10,P11,P12) entrevistadas disseram não ter havido toques vaginais excessivos feito por diferentes pessoas e 1 (P3) relatou o fato.

Sobre ser proibida de se alimentar ingerir líquidos e permanecer em jejum 3 (P2,P8,P9) responderam sim e 9 (P1,P3,P4,P5,P6,P7,P10,P11,P12) não; 3 (P3,P4,P12) participantes relataram que foram impedidas de caminhar ou procurar posições mais confortáveis e 9 (P1,P2,P5,P6,P7,P8,P9,P10,P11) não; quando questionadas se foram permitidas parir na posição que se sentiam mais confortáveis 2 (P4,P12) disseram sim, 6 (P3,P5,P6,P7,P8,P9) não e 2 (P10,P11) tiveram parto cesárea; 11 (P2,P3,P4,P5,P6,P7,P8,P9,P10,P11,P12) disseram ter sido permitido o contato com o bebê logo após o nascimento e 1 (P1) não.

Quando perguntadas se a equipe de saúde utilizou de comentários irônicos, tons de piada ou se foram repreendidas por gritar, chorar ou estarem ansiosas 11 (P2,P3,P4,P5,P6,P7,P8,P9,P10,P11,P12) responderam não e 1 (P1) respondeu sim; 1 (P11) entrevistada relatou que durante o processo se sentiu insegura, vulnerável ou incapaz devido a assistência prestada pela equipe de saúde, e 11 (P1,P2,P3,P4,P5,P6,P7,P8,P9,P10,P12) não relataram ter acontecido este fato.

CONHECIMENTO DAS PUÉRPERAS EM RELAÇÃO ÀS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

A humanização deve ter início desde a consulta pré-concepcional até a consulta de pré-natal, para que as mulheres tenham conhecimento de seus direitos e estejam preparadas físico-emocionalmente para o momento do parto e puerpério. Tal conduta colabora para resgatar o protagonismo do processo de parir, eliminar o uso de tecnologias, intervenções e práticas desnecessárias, melhorar o relacionamento entre parturiente e profissionais e, sobretudo, garantir um nascimento seguro para o bebê e sua mãe^{15,16,17}.

Muitas vezes, as gestantes não são esclarecidas em relação aos procedimentos adotados, dificultando que elas assumam o seu papel no momento do parto, por isso é de extrema importância que elas tenham o conhecimento sobre todas as práticas assistenciais realizadas pelos profissionais de saúde que irão envolver o seu trabalho de parto¹⁶.

Os profissionais de saúde precisam deixar para trás o tradicionalismo visando garantir uma assistência digna à gestante com informações claras de forma que ela e o acompanhante tenham total ciência dos procedimentos a serem realizados¹⁸. Os modelos de assistência, em alguns momentos, estão centrados no profissional e não no usuário, como é possível observar nas falas abaixo:

[...] Então, no meu parto ninguém perguntou se eu queria que colocasse aquela ocitocina. Eu não queria que colocasse não, mas eles colocaram. Ninguém me perguntou e eu já tava com 8 de dilatação aí foram colocando. Mais ninguém me perguntou nada não [...]. (P5)

[...] Só falaram que ia ligar o soro porque já estava com 3 cm de dilatação e era para dilatar mais rápido e mandou eu ficar andando [...]. (P6)

[...] Só falou que ia me colocar soro pra adiantar [...]. (P7)

A ocitocina é utilizada para estimular contrações e acelerar o trabalho de parto¹⁹. Essa intervenção medicamentosa priva a mulher de sua autonomia durante o parto, por isso a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda não a utilizar por não existir evidências de que seu uso proporcione o alívio da dor²⁰.

O ministério da Saúde em 2017 atualizou as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, estabelecendo que a gestante deve ser tratada com respeito e incluída na tomada de decisão²¹, e no estado de Minas Gerais a lei 23.175/2018, publicada no dia 21 de dezembro de 2018, garante acesso ao parto humanizado²².

O controle do próprio corpo é o direito mais reivindicado pelas mulheres, elas merecem respeito em todas as fases da vida e o parto é uma delas. Importante ressaltar que a omissão desse direito à parturiente pelo profissional da saúde configura violência psicológica²³.

É necessária a adoção de práticas humanizadas e seguras para realização dos procedimentos de forma acolhedora e não intervencionista⁷, o que difere dos relatos abaixo:

[...] Rompimento da bolsa teve que fazer porque já estava quase na hora e não rompia de jeito nenhum [...]. (P1)

[...] Eles fizeram mais não queria também não. Mais também ninguém me perguntou, só foi lá e fez [...]. (P5)

A ruptura artificial da bolsa, conhecida como amniotomia, utilizada com o intuito de diminuir o tempo do parto, torna-se obrigatória em casos que houver uso de anestésicos e disteócias funcionais²⁴. É importante esclarecer que a amniotomia não é um procedimento obrigatório quando realizada a analgesia de parto¹⁶.

Outra prática realizada também pelos profissionais foi a Manobra de Kristeller, que consiste no emprego de força por parte do profissional de saúde na parte superior do útero da gestante para acelerar o período de expulsão fetal durante o parto. É uma técnica agressiva, podendo causar lesões graves tanto maternas quanto no recém-nascido, como, deslocamento de placenta, ruptura ou inversão do útero, hematomas na cabeça do bebê e fraturas da clavícula ou crânio⁹.

É realizado pela equipe de saúde sem ser informado à parturiente pelo fato de os profissionais acreditarem que a mulher quer expulsar o feto de maneira mais rápida²⁵, no entanto, coloca em risco mãe e feto²⁶, causando sofrimento físico e psicológico à parturiente. Essa manobra é prejudicial, ineficaz e deve ser eliminada²⁷. Esse procedimento foi vivenciado por uma entrevistada.

Para evitar que seja feita a manobra, é importante que a parturiente seja incentivada à mudança de posição, andar, uso da bola suíça e banhos de imersão, de acordo com a sua preferência e, em geral de forma espontânea, existe uma tendência à alternância de posições. As mulheres devem ser apoiadas na sua escolha¹⁶.

O toque vaginal, realizado por diversos profissionais e excessivamente é considerado violência sexual e deve ser realizado somente quando a mulher esteja realmente em trabalho de parto, o que diminui riscos de infecção ovular e puerperal²⁸. Apenas uma entrevistada relatou ter sofrido este tipo de violência.

Outro tipo de violência sofrido pelas puérperas foi a física, identificada pela proibição de se alimentarem. Deixar a mulher sem alimentação e líquido durante o trabalho de parto, seja por dedução de que algum problema possa ocorrer durante o seu parto ou por ser um modelo tecnocrático, em que a qualquer momento ela pode ser submetida a uma intervenção cirúrgica, não é justificável¹⁶.

[...] Eu tive que permanecer em jejum por causa da cesariana [...]. (P2)

Uma alimentação saudável e leve, para as parturientes de risco habitual, além de proporcionar mais energia para o parto, é também benéfica para ela porque melhora a contração muscular, conseqüentemente, facilita o momento expulsivo e necessita de ser estimulada²⁹. Favorece também a melhor disposição para a mãe no pós-parto imediato contribuindo para contato precoce mãe-filho e o início da amamentação¹⁶.

Com exceção da cesariana que utiliza anestésicos que podem causar reações adversas como náuseas e vômitos, a ingestão de alimentos não deve ser proibida³⁰.

A autonomia da mulher foi inibida quanto a sua posição e movimentação no trabalho de parto, gerando desconforto para as entrevistadas de acordo com os relatos abaixo:

[...] Sim, não ficar deitada [...]. (P3)

[...] Não. Me colocaram lá naquela mesa e colocaram as minhas pernas lá naquele negócio. Mas ninguém nem me perguntou. Eu nem sabia que eu podia ter o parto na posição que eu me sentisse mais confortável [...]. (P5)

[...] Só antes de ganhar o neném. As posições. Tinha que ficar mais de lado esquerdo para acelerar mais, eu tava com muita dor e não podia virar. Eles falaram que não era bom [...]. (P12)

A posição decúbito lateral esquerdo auxilia em uma melhor oferta de oxigênio para o feto³¹, mas isso não significa que é a melhor posição para o parto. A gestante não deve ser obrigada a ficar deitada, ela deve deambular, sentar e deitar da maneira que fique mais confortável³².

A falta de orientação dos profissionais de saúde quanto às práticas utilizadas estabelece uma violação do direito da mulher quanto às informações relevantes ao trabalho de parto como preconizado pela OMS¹⁹, e constitui uma violência de ordem psicológica, que é ocasionada pela relação profissional-parturiente e caracterizada por ações ou comportamentos da equipe de saúde que causem na mulher sentimento de inferioridade, insegurança e medo³³.

Devido a cultura do atendimento ser baseada no modelo tecnocrático no qual os profissionais de saúde controlam o processo assistencial tornando as mulheres submissas às suas ações³⁴, a assistência obstétrica no processo parturitivo não é esclarecida, podendo gerar tensão, medo e ansiedade nas mulheres durante sua internação hospitalar³⁵.

No que diz respeito ao contato com o bebê logo após o nascimento, apenas uma entrevistada foi privada deste benefício.

[...] Assim que nasceu não, ele teve que ir pra incubadora um pouquinho, pra dar uma aquecida nele, eu acho [...]. (P1)

Os recém-nascidos que não tenham boa vitalidade, que têm a capacidade de sucção prejudicada e apresentem instabilidade térmica ou dificuldades respiratórias, precisam de maiores cuidados da equipe de saúde e, neste primeiro momento, são privados de ficarem com suas mães, até que se estabeleça a adequada adaptação à vida extrauterina³⁶.

Após realizados os procedimentos de rotina com o recém-nascido saudável, é de extrema importância que ele permaneça junto de sua mãe, 24 horas por dia, no mesmo quarto até o momento da alta hospitalar. Para garantir esse direito, foi publicada a Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016, estabelecendo o alojamento conjunto³⁷. Esse contato favorece o reconhecimento do cheiro da mãe, a oferta de calor humano, a segurança e a tranquilidade neste momento³⁸.

Tal prática incentiva a amamentação, o aumento do leite materno, o vínculo entre mãe, pai, filho e demais familiares, facilita a aproximação dos pais com a equipe de saúde e diminui o risco de infecções hospitalares³⁷.

Além de ser uma excelente oportunidade de aproximação e comunicação com os familiares, é fundamental que os profissionais de saúde acolham e compreendam a dinâmica familiar e possam apoiar o trinômio mãe/filho e família, monitorizando possíveis intercorrências e intervindo sempre que necessário³⁹.

OS SENTIMENTOS DAS PUÉRPERAS EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO REALIZADO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O impedimento da mulher pela instituição de saúde em ter a livre escolha do seu acompanhante no trabalho de parto, parto e puerpério constitui violência institucional, que consiste em ações ou forma de organização que dificultam, retardam ou impedem o acesso destas aos seus direitos constituídos, sejam de natureza pública ou privada⁴⁰.

Desse modo, ocorre o desrespeito dos direitos sexuais e reprodutivos, das boas práticas ao parto, além do descumprimento da Lei Federal nº 11.108 de 07 de abril de 2005 que impõe essa medida para os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada⁴¹, na rede hospitalar privada através da RDC nº 36 de 03 de junho de 2008 ANVISA¹⁵, no

que se refere à presença de um acompanhante durante o parto e pós-parto, seja cesariana ou não, é direito da mulher indicar o acompanhante de sua preferência ou até mesmo decidir por não ter acompanhante.

[...] Nesse dia não foi porque não tinha roupa pra poder acompanhar, só tinha para os médicos. A máquina tinha estragado [...]. (P10)

A presença do acompanhante é importante para a mulher, fazendo com que ela fique mais segura e tranquila, diminui o medo e a tensão, traz alívio da dor e reduz incidências de depressão pós-parto pelo fato de que alguém de sua confiança estará lhe dando apoio naquele momento¹⁶.

O controle emocional é uma das maiores necessidades para a mulher que está em trabalho de parto. Além de confiar no seu acompanhante ela precisa se entregar à equipe pela qual é assistida, o profissional de saúde tem o dever de esclarecer tudo que será feito e consequência de cada ação. A parturiente deve ter em mãos o poder de recusar procedimentos em seu corpo e qualquer tipo de comentários impróprios⁴².

Conforme verificamos nas falas abaixo, na assistência ao parto, as relações discursivas entre os profissionais de saúde e mulheres tornaram-se tão dissimétricas, que passaram a caracterizar uma das tipologias da violência obstétrica, como a violência psicológica³⁸.

[...] Um pouquinho. É porque eu comecei a sentir muita dor, a dor do parto. Parecia que eu estava sentido a dor do parto depois de já ter ganhado ele. Aí ela falou assim, a enfermeira lá falou que era coágulo no sangue então seria normal. E quanto mais eu desse de mamar isso ia expulsando. Então ela falou assim que isso é normal, que eu não precisava chorar não. Ela não sabia a dor que a gente tá sentido né? E não ia chorar à toa na frente dos outros, é ruim [...]. (P1)

[...]Sim. Na hora que eu cheguei não tinha médico de plantão aí eles tiveram que chamar o pessoal que era pago pra fazer o parto [...]. (P11)

[...] mas a pediatra chegou fazer piada com meu filho chamando ele de mulatinho. Aí falei com ela que ele não era feijão [...]. (P11)

Toda mulher tem o direito de ser amparada, respeitada e acompanhada por alguém de sua confiança neste momento e, deve-se deixar de lado a ideia de que parto é somente dor¹⁶.

Diante do exposto, essa violência inicia-se ainda na sala de pré-parto e pode manter-se durante todo o trabalho de parto e pós-parto, mostrando a insensibilidade da maioria dos profissionais de saúde na assistência à parturiente com dor, sendo a mulher abordada de forma grosseira e impositiva para que ela não se exponha e incomode os profissionais e as demais mulheres. Assim, elas calam, indo contra os seus sentimentos, desejos e opções para garantir uma assistência adequada^{38,39}.

Os comentários desnecessários da equipe de saúde são contra os princípios da humanização, pois geram desconforto e desrespeito à integridade física e mental da mulher, além de proporcionar sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo e insegurança⁴³.

A ética profissional deve estar presente em todos os momentos do atendimento⁴⁴. Os profissionais da saúde deveriam ser os primeiros a prestarem uma assistência de forma integral e humanizada. São eles que, através de seus conhecimentos teórico/prático têm a capacidade de fornecer suporte necessário para que a parturiente/puérpera não se sinta fragilizada⁴⁵.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa trouxe como benefício para a puérpera um olhar crítico sobre o momento mais sensível de sua vida, o parto e puerpério, contribuindo de maneira que a equipe de saúde esteja atenta e se capacite para realizar um atendimento fundamentado no acolhimento, na ética e no respeito humanizado.

Os resultados da pesquisa permitem inferir que houve um avanço em algumas práticas assistenciais realizadas pelos profissionais de saúde durante o parto e pós-parto imediato e os desfechos maternos.

Evidenciou-se a presença do acompanhante de livre escolha no trabalho de parto, da movimentação e do contato imediato com o recém-nascido, redução significativa da tricotomia, da episiotomia, da manobra de Kristeller, do enema, das medicações, dos toques excessivos, do jejum durante o trabalho de parto e dos comentários inoportunos.

Porém, é preciso melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e gestantes garantindo uma assistência respaldada no direito da mulher, traçando o plano de parto individual e adequado, proporcionando um parto humanizado.

Dessa maneira, percebe-se que não basta apenas elaborar políticas públicas de excelência se as mesmas não condizem com a prática na realidade da saúde brasileira. Primeiro deve-se organizar os serviços de saúde, garantir recursos humanos capacitados e recursos materiais suficientes para que assim, seja implementada com eficácia a humanização do parto e do nascimento.

REFERÊNCIAS

1. Sergipe. Tribunal de justiça de Estado de Sergipe. Definição de violência contra mulher. Coordenadoria da mulher. [Internet]. 2017. [acesso em 2018 out 01]. Disponível em: <http://www.tjse.jus.br/portaldamulher/definicao-de-violencia-contr-a-mulher>
2. Vieira DR, Apolinário JA. A violência obstétrica na compreensão de mulheres usuárias da rede pública de saúde do município de Lins. [Monografia][Internet]. Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – UniSALESIANO. 2017. Acesso em: 19 out. 2018. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/61050.pdf>
3. Leal MC, Pereira AP, Domingues RM, Theme MM, Dias MA, Nakamura PM et al. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cadernos de Saúde Pública, 30(Supl. 1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&tlng=pt
4. Oliveira VJ, Penna CMM. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2017 [acesso em 2019 jun 16]; 26 (2):1-10. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf
5. Ministério da Saúde. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_parceiro_profissionais_saude.pdf
6. Andrade MAC, Lima JBMC. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. Cadernos Humaniza SUS. 2014; 4:19-46. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Gabinete do Ministro. 2000 jun. 8; Seção 1. p. 4-6. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Gabinete do Ministro. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
9. (16) – Pereira JS, Silva JCO, Borges NA, Ribeiro MMG, Auarek LJ, Souza JHK. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. BJSCR [Internet]. 2016 [acesso em 2019 junho 16];15(1):103-108. Disponível em:
https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf
10. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvmg.def>
11. Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
13. Novoa PCR. O que muda na Ética em Pesquisa no Brasil: resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Einstein (São Paulo). [Internet]. 2014 [acesso 2018 out 19];12(1). Disponível em:
https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-S1679-45082014000100001/1679-4508-eins-S1679-45082014000100001-pt.x37191.pdf
14. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal. Edições 70 - Brasil, LDA, 2011.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. 2008. [acesso em 2019 jun 16]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html
16. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p:il. Cadernos HumanizaSUS ; v. 4). [acesso em 2019 mai 28]. Disponível em:

http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizaca_o_parto.pdf

17. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstétricas. Rev Rene [internet]. 2014 set 01. [acesso em 2018 out 01];15(4):720-728. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/html/3240/324032212020/>

18. Oliveira LGSM. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. Revista CEJ, Brasília, Ano XXII. 2008; (75), p36-50.

19. Organização Mundial da Saúde. Recomendações para o aumento do trabalho de parto. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174001/WHO_RHR_15.05_por.pdf;jsessionid=C56341FDA27FCC45FB439F7176F39488?sequence=5

20. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BYNC - SA 3.0 IGO. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>

21. 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. Brasília (DF);2017 [acesso em 2019 junho 02]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

22. Brasil. Assembleia Legislativa de Minas Gerais. Lei nº 23.175 de 21 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado [Internet]. Minas Gerais; 2018 [acesso em 2019 junho 02]. Disponível em:

<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=23175&ano=2018>

23. Sá AMP, Alves VH, Rodrigues DP, Branco MRBL, Paula E, Marchiori GRS. O direito ao acesso e acompanhamento ao parto e nascimento: a ótica das mulheres. Revenferm UFPE [internet]. 2018 jul 01;[acesso em 2018 out 10] 11(7): 2683-2690. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/321194724_O_DIREITO_AO_ACESSO_E_ACOMPANHAMENTO_AO_PARTO_E_NASCIMENTO_A_OTICA_DAS_MULHERES_THE_RI

GHT_TO_ACCESS_AND_ACCOMPANYING_OF_LABOR_AND_CHILDBIRTH_WOMEN'
S_POINT_OF_VIEW_EL_DERECHO_AL_ACCESO_Y_ACOMPANAMIENTO

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília (DF), 2001. p 44 e 188.

25. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Deixar de fazer Manobra de Kristeller: por que e como? 2018. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/29744>

26. CONITEC. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Humanizado. Relatório de recomendação. Ministério da saúde. Brasília (DF), 2016. Disponível em:

http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf

27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília (DF), 2001. p 186 e 188.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília (DF), 2001. P 40.

29. Revista crescer. Comer durante o trabalho de parto? Pode, sim! Disponível em:

<https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Parto/noticia/2017/02/comer-durante-o-trabalho-de-parto-pode-sim.html>

30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília (DF), 2001. P 68-76

31. Brasil. Ministério da saúde. Caderneta da gestante. Brasília (DF), 2016. Disponível em:

[https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet\(1\).pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1).pdf)

32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília (DF), 2001. p 43.
33. Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012 [acesso em 2019 junho 6]. Disponível em:
<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
34. Mendonça SS. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. Civitas [Internet].abr-jun.2015. [acesso em 2019 junho 16]; 15(2):250-271. Disponível em:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17899/13392>
35. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. Rev Bras Anesthesiol. [Internet]. 2011 [acesso em 2019 junho 17]; 61(3): 376-388. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/v61n3a14.pdf>
36. Normas básicas para alojamento conjunto. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília. 1993. Disponível em:
http://www.redeblh.fiocruz.br/media/cd08_20.pdf
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Gabinete do Ministro. 2016. 204; Seção 1. P. 120. Disponível em:
http://www.lex.com.br/legis_27204912_PORTARIA_N_2068_DE_21_DE_OUTUBRO_DE_2016.aspx
38. Oliveira VJ. O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres [Tese]. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Programa de pós-graduação em enfermagem;2016. Disponível em:
http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-AHHJSV/virginia_junqueira_oliveira.pdf?sequence=1
39. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidados no alojamento conjunto. In: Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde - cuidados gerais. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Cap. 4. p. 83 – 95.

40. Rede de maternidade ativa [Internet]. Violência obstétrica: parirás com dor. Brasília; 2012. Acesso em: 11 jan. 2014. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
41. Brasil. Presidência da república, Subchefia para assuntos políticos. Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília, DF;2005. [acesso em 2018 out. 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
42. Oliveira TR, Costa REOL, Monte NL, Veras JMMF, Sá MIMR. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica: Revenferm UFPE [internet]. 2017 jan01;[acesso em 2018 out 14]; 11(1): 40-46. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/es/bde-30270?lang=pt>
43. Mascarenhas ACSS, Pereira GRA. A violência obstétrica frente aos direitos sociais da mulher. [Internet] [acesso em 2019 junho 19]. Disponível em: https://www.unifeg.edu.br/revista/artigos-docentes/2017/A_Violencia_Obstetrica.pdf
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília (DF), 2001. p 39.
45. Nascimento LC, Santos KFO, Andrade CG, Costa ICP, Brito FM. Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos. Rev enferm UFPE. 2017; 11(5): 2014-2023.