

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

GISSELI MENDES RENNÓ

**PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE A VIOLÊNCIA NO TRABALHO DE
PARTO E PARTO**

Alfenas/ MG

2016

GISELI MENDES RENNÓ

**PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE A VIOLÊNCIA NO TRABALHO DE
PARTO E PARTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Materno-Infantil.

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Clícia Valim Côrtes Gradim

Alfenas/MG

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Alfenas

Rennó, Giseli Mendes.

Percepção das mulheres sobre a violência no trabalho de parto e parto / Giseli Mendes Rennó. -- Alfenas/MG, 2016.
145 f.

Orientadora: Clícia Valim Côrtes Gradim.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, 2016.
Bibliografia.

1. Violência contra a Mulher. 2. Trabalho de Parto. 3. Parto.
4. Humanização da Assistência. I. Gradim, Clícia Valim Côrtes.
II. Título.

CDD-610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



Giseli Mendes Rennó

“Percepção das mulheres sobre a violência no trabalho de parto e parto”.

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 24/05/2016

Profa. Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: *Clícia Valim Côrtes Gradim*

Profa. Dra. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: *Eliana Peres Rocha Carvalho Leite*

Profa. Dra. Zeyne Alves Pires Scherer
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto - USP

Assinatura: *Zeyne Alves Pires Scherer*

Dedico esta conquista aos meus queridos pais, Luiz Alfredo e Ana Maria, pela educação, apoio, incentivo, pela luta para que eu tivesse as melhores escolas e por sempre me mostrarem a importância do conhecimento como o bem mais precioso que posso ter.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela minha vida.

À Dr^a. Clícia Valim Côrtes Gradim, minha querida orientadora, por todo o conhecimento adquirido, pelo incentivo, apoio, paciência e compreensão nos momentos de dificuldades. Agradeço por todas as orientações que não se restringiram ao campo científico e se estendiam para a vida pessoal. Foi muito gratificante conhecer uma profissional com tamanha dedicação e amor pela enfermagem, que contribuiu imensamente para continuidade da minha formação. Muito obrigada!

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas por proporcionar a oportunidade de concretizar mais um passo na minha formação.

Aos professores da UNIFAL por todo o conhecimento adquirido.

As professoras Dr^a Zeyne Alves Pires Scherer e Eliana Peres Rocha Carvalho, por terem contribuído com este trabalho.

A Escola de Enfermagem Wenceslau Braz pelo ser enfermeira e professora, pelo incentivo e apoio nesta caminhada.

Aos meus queridos colegas, professores, funcionários e a diretoria da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz pelo apoio e amizade.

Ao Diretor Acadêmico Dr. José Vitor da Silva e as professoras Elaine Rocha e Maria Isabel Marques Pereira, pela ajuda.

A todos os alunos que me levam a buscar novos conhecimentos diariamente e com quem sempre aprendendo.

A toda a minha família pela presença na minha vida. Amo vocês!

Aos meus pais, Luiz Alfredo e Ana Maria, por todo apoio e incentivo durante esta caminhada.

A minha irmã Marília pela oportunidade de participar do nascimento da Laura, momento lindo e inspirador para minha vida enquanto tia, madrinha, enfermeira e pesquisadora.

Às mulheres que aceitaram participar desta pesquisa. Muito obrigada!

A todos os colegas de mestrado, pelos dias de convivência e troca de saberes.

Não poderia deixar de agradecer a minha amiga, Oyara de Castro, com quem tive a felicidade de dividir todos os momentos deste mestrado. Obrigada por ter compartilhado comigo alegrias e dificuldades, pelo apoio e ajuda.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

Muito obrigada a todos!

RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer a ocorrência de violência na assistência ao trabalho de parto e parto vivenciado pelas mulheres de um município do sul de Minas Gerais. Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritivo, exploratório e transversal, desenvolvido com 25 mulheres que pariram em serviço hospitalar. Os dados foram analisados utilizando a proposta de conteúdo de Bardin e duas categorias foram identificadas: violência institucional no trabalho de parto e parto e ações não farmacológicas na humanização da assistência no trabalho de parto e parto. Nas falas das mulheres foi possível identificar elementos que caracterizam a violência no trabalho de parto em física, psicológica, sexual, institucional e material. A violência é relatada como acolhimento e assistências inadequadas, o descumprimento de direitos básicos das mulheres, dos familiares e dos filhos, o uso de práticas consideradas inadequadas e prejudiciais para o trabalho de parto e parto e a ausência de métodos farmacológicos para alívio da dor. Porém, a maioria delas referiram que não foram vítimas de violência. Foram identificados elementos da humanização da assistência como acolhimento, cumprimento dos direitos das mulheres e uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor. Assim, a violência relatada pelas mulheres foi institucional e praticada por atendentes, por médicos e profissionais de enfermagem, pela infraestrutura e está ligada às relações de poder que colocam a mulher em situação de desigualdade e vulnerabilidade diante aqueles que deveriam ser cuidadores. Contudo, as estratégias de capacitação dos profissionais de enfermagem proposta pela OMS e aderida pelo MS ainda não proporcionou, nesses locais, uma mudança significativa das experiências no parto, prevalecendo uma obstetrícia clássica e intervencionista.

Palavras chaves: Violência contra a Mulher. Trabalho de Parto. Parto. Humanização da Assistência.

ABSTRACT

This study aimed to identify the occurrence of violence on the assistance to labor and delivery underwent by women of a city in the south of Minas Gerais. Qualitative research, descriptive, exploratory and cross-sectional developed with 25 women who gave birth in hospital service. The data were analyzed using the Bardin's content proposal and two categories were identified: institutional violence during labor and delivery, and non-pharmacological actions in the humanization of assistance during labor and delivery. In the women's speeches was possible to identify elements that characterize the violence in labor as physical, psychological, sexual, institutional and material. The violence is reported as inadequate reception and assists, the breach of basic rights of women, family and children, the use of practices considered inappropriate and harmful to labor and delivery, and the absence of pharmacological methods for pain relief. But most of them said they were not victims of violence. Humanization of assistance elements have been identified as reception, fulfillment of women's rights and the use of non-pharmacological methods of pain relief. Thus, the violence reported by women was institutional and practiced by attendants, by doctors and nurses, by the infrastructure and is connected to the relations of power that put women in situation of inequality and vulnerability to those who should be caretakers. However, the training strategies of nursing professionals proposed by WHO and adhered by MS has not provided in these places a significant change on the labor experiences, prevailing a classic and interventional obstetrics.

Key words: Violence Against Women. Labor. Parturition. Humanization of Assistance.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	–	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CGBP	–	Casa da Gestante, Bebê e Puérperas
CPN	–	Centro de Parto Normal
CPMI	-	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CEP	–	Comitê de Ética e Pesquisa
EEWB	–	Escola de Enfermagem Wenceslau Braz
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
IDHM	–	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
OPAS	–	Organização Panamericana da Saúde
MNFAD	–	Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor
MS	–	Ministério da Saúde
PQM	–	Plano de Qualificação das Maternidades
PNH	–	Política Nacional de Humanização
PPP	-	Pré-parto, Parto e Puerpério
PRO-HOSP	-	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais
PAISM	–	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	–	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
RN	–	Recém-nascido
RC	–	Rede Cegonha

- SHEG** – Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UNIFAL** – Universidade Federal de Alfenas

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	12
2	INTRODUÇÃO.....	14
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.1.1	Objetivos específicos.....	16
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	17
3.1	A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	17
3.2	VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	21
3.3	HUMANIZANDO A ASSISTÊNCIA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	26
4	MÉTODO.....	33
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	33
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	34
4.3	ATRIZES SOCIAIS.....	35
4.4	TESTE PILOTO.....	36
4.5	COLETA DE DADOS.....	36
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	37
4.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	39
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
5.1	CARACTERIZAÇÃO DAS ATRIZES SOCIAIS.....	40
5.2	APRESENTANDO AS CATEGORIAS ENCONTRADAS.....	55
5.2.1	Violência Institucional no trabalho de parto e parto.....	55
5.2.1.1	Do acolhimento à desumanização da assistência.....	55
5.2.1.2	Direitos dos pacientes.....	72
5.2.1.3	Ações intervencionistas.....	83
5.2.1.4	Percepção das mulheres sobre a violência no trabalho de parto e parto.....	100
5.2.2	Ações não farmacológicas na humanização da assistência no trabalho de parto e parto.....	111
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
	REFERÊNCIAS.....	120

APÊNDICES.....	129
ANEXO.....	143

1 APRESENTAÇÃO

Durante os anos de graduação em enfermagem, senti-me atraída pela área da mulher e os cuidados dispensados à saúde desse grupo que envolve diversos aspectos como os ginecológicos e obstétricos, entre outros.

Após a formatura, fui atuar em um Centro de atendimento de Enfermagem que recebia mulheres como suas principais usuárias para atividades de prevenção do câncer de mama, de colo do útero, de ações educativas, de auxílio ao aleitamento materno e ao pré-natal. As atividades desenvolvidas tais como: grupo de gestantes e consulta de enfermagem no pré-natal, despertaram-me para a obstetrícia e para a necessidade de especialização nessa área.

Nos períodos de estágio na Especialização em Enfermagem Obstétrica, tive a oportunidade de conhecer e atuar em centros de partos normais estruturados, com equipes de Enfermagem e da Medicina trabalhando em conjunto e voltados para o parto humanizado, diferente da realidade em que atuava.

Esta nova realidade levou-me à reflexões acerca da assistência ao parto realizada em locais nos quais as mulheres não têm acesso à humanização, sua autonomia não é respeitada e o nascimento é um evento hospitalar e medicalizado. Essas reflexões foram com o tempo sendo amadurecidas e com a minha inserção como docente em curso de graduação em Enfermagem, estimulou-me a desenvolver pesquisas na área obstétrica para conhecer melhor a realidade na qual desenvolvia atividades com os graduandos.

A experiência como docente no curso de graduação em Enfermagem e a responsabilidade de ensinar e formar o discente para um atendimento humano e digno às mulheres, principalmente, no ciclo gravídico puerperal, também me levaram a buscar por explicações e evidências científicas capazes de gerar subsídios para a prática mais humanizada e o desejo de realizar um trabalho que possa contribuir para a mudança deste panorama.

Ao dar continuidade na minha formação, ingressei no mestrado sabendo que gostaria de atuar com a violência institucional a qual vivenciava no atendimento as mulheres durante o parto.

Ao realizar as disciplinas, conheci outros instrumentos que me permitiram reformular a minha proposta de estudo e buscar entender como as mulheres do município onde atuo são assistidas durante o trabalho de parto e parto, e se elas sofrem algum tipo de violência.

Dessa forma, passei a realizar o seguinte questionamento: *A mulher sofre violência institucional durante o trabalho de parto e parto?* E por não ter resposta a essa indagação, propus este estudo para o desenvolvimento da assistência de enfermagem e para a minha titulação.

2. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é uma realidade no mundo e no Brasil. Nos últimos anos, a violência institucional durante o ciclo gravídico-puerperal tem sido um destaque entre os envolvidos, ou seja, a sociedade, os profissionais e as mulheres, tendo repercussão nos diversos meios de comunicação, devido a sua magnitude. Essa violência deve ser conhecida e discutida porque afeta o binômio mãe e feto o que há necessidade de mudança desse panorama (OMS, 2014; BRASIL, 2014a).

A mulher pode sofrer violência institucional durante todas as etapas de sua gestação, mas o destaque é dado à violência que ocorre no momento do seu trabalho de parto e parto, período de maior vulnerabilidade feminina e pela expectativa do nascimento de um filho. Mas, diante as dificuldades e problemas vivenciados pelas parturientes, observa-se que a violência pode tornar esta experiência dolorosa, sofrida e triste para mulher (OMS, 2014).

A violência nas maternidades tem sido denominada violência obstétrica, expressão utilizada para todas as formas de violência e danos que ocorrem durante a assistência obstétrica e se caracteriza por desrespeito aos direitos da mulher. Apresenta várias formas como: a omissão, a negligência, a violência física, a psicológica, abusos sexuais, uso de intervenções e medicamentos sem evidências científicas e outras situações que geram sofrimento para as mulheres e podem prejudicar o seu filho (D`OLIVEIRA.; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; OMS, 2014; TESSER et al., 2015).

Em documento divulgado pela Defensoria Pública de São Paulo a violência Obstétrica é definida como:

“Apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através 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 vida das mulheres (VENEZUELA, 2007, p.30)”.

A violência está presente independente da via de parto adotada, podendo ocorrer no parto vaginal ou operatório e pode ser praticada por todos os profissionais

envolvidos no ciclo gravídico puerperal, principalmente pelos médicos e equipe de enfermagem, que são os responsáveis pela assistência oferecida ao binômio mãe-feto (AGUIAR; D' OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; SALGADO; NIY; DINIZ, 2013).

Este problema é uma realidade não só brasileira, mas também, de outros países ao redor do mundo, gerando uma mobilização internacional, que ganha destaque pelas ações da Organização Mundial da Saúde, que ressalta a necessidade de mudança na assistência oferecida para as mulheres no momento do parto, por meio de capacitação dos profissionais (OMS, 2014).

No Brasil, são várias as iniciativas políticas que procuram auxiliar na reversão deste quadro, como: a Política Nacional de Humanização, o Programa de Humanização no Pré-natal e Parto e a Rede Cegonha (BRASIL, 2014a).

A melhoria das condições de parto e nascimento pode contribuir para uma satisfação da mulher e família, resgate da autonomia, além de contribuir para o relacionamento entre o profissional e a parturiente, mas, sobretudo para a diminuição da morbidade e mortalidade materna e infantil.

A violência contra a mulher no momento do parto é um problema que necessita de estudo e acompanhamento. Dessa forma, é relevante identificar as diferentes abordagens científicas existentes na literatura acerca desse assunto. A conscientização da violência vivenciada pela mulher nesse período pode levar os profissionais a uma mudança de atitude e postura, melhorando a qualidade da assistência oferecida.

Conhecer a violência velada ocorrida no âmbito das maternidades não é uma tarefa fácil, uma vez que envolvem questões estruturais, de gestão e de relacionamento entre profissionais e pacientes, capazes de gerar desconforto e conflitos. Entretanto é uma tarefa necessária, visto que apenas mediante esses dados e a divulgação destes, poderão ser apontadas estratégias de mudança e fortalecimento das evidências científicas.

Durante o levantamento de literatura, foi possível observar que os estudos sobre esta temática têm aumentado gradativamente nos últimos anos, porém ainda são ínfimos para apontar resultados capazes de contribuir por uma reversão desse quadro o que torna importante a realização deste estudo

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a ocorrência de violência na assistência ao trabalho de parto e parto vivenciado pelas mulheres de um município do sul de Minas Gerais.

2.1.1 Objetivos específicos

- a) Descrever o perfil sociodemográfico, econômico, obstétrico das mulheres;
- b) Identificar e descrever a ocorrência de violência no trabalho de parto e parto;
- c) Verificar se as mulheres reconhecem ter sofrido violência no trabalho de parto e parto no momento da entrevista;
- d) Conhecer os tipos de violência relatados pelas mulheres;
- e) Descrever o significado da assistência ao parto recebida pelas mulheres.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo aborda as políticas públicas de atenção à saúde da mulher, a violência contra a mulher e a violência institucional no trabalho de parto e parto. Para maior compreensão dividimos em aspectos da violência contra a mulher, a violência institucional e as políticas públicas para minimizar a violência.

3.1 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Para KRUG et al. (2002) a violência é um problema da saúde pública mundial, presente na sociedade ao longo da sua história, que traz impactos diversos, como a morte e lesões não fatais, decorrentes da violência autoinfligida, interpessoal ou coletiva e definida como:

“O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG, 2002, p.33)”.

A OMS divide a violência em três grandes categorias, tipologias, que possuem como base as características de quem comete o ato de violência, são elas: violência dirigida a si mesmo (autoinfligida), como comportamentos suicidas e autoabuso; violência interpessoal, provocada por outras pessoas ou por um grupo pequeno de pessoas e violência coletiva, cometida por grupos maiores, subdividida em social, política e econômica (KRUG et al., 2002).

A violência interpessoal divide-se em duas subcategorias: Violência da família e de parceiro íntimo, o que geralmente ocorre entre os membros da família, parceiros íntimos e dentro das casas, são exemplos abuso infantil e abuso contra os idosos. E a violência comunitária, ocorrida entre pessoas sem laços de parentesco, conhecidas ou estranhas e geralmente fora da casa da vítima, como a violência juvenil, estupro e a violência em grupos institucionais (escolas, trabalho, prisões, asilos e hospitais) (KRUG et al., 2002).

A violência pode se manifestar em atos violentos, classificados quanto à natureza: a física, a sexual, a psicológica e envolver a privação ou a negligência (KRUG et al., 2002).

Neste trabalho será abordada a violência comunitária, ocorrida nas instituições de saúde, mais especificamente nas maternidades, contra as mulheres que se encontram em trabalho de parto e parto.

No Brasil, as mulheres são hoje a maioria da população brasileira, representando 51%, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), justificando a atenção à saúde voltada para elas e as inúmeras políticas e ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a).

No entanto, a proximidade deste segmento populacional com os órgãos de assistência não tem sido suficiente para solucionar as dificuldades vivenciadas por elas, como a violência, que hoje é tratada como um grave problema de saúde pública de nossa sociedade (BRASIL, 2013).

A violência contra a mulher é um problema que pode ser explicado pelas diferenças de gênero conforme relatado pelos autores:

“A desigualdade de gênero constitui uma das grandes contradições da sociedade que se mantém ao longo da história da civilização e tem colocado as mulheres em um lugar social de subordinação. Essa desigualdade tem como uma de suas extremas formas de manifestação a violência contra as mulheres, que é resultado de uma assimetria de poder que se traduz em relações de força e dominação. Desse modo, a violência baseada no gênero tem se constituído em um fenômeno social que influencia sobremaneira o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres (GUEDES, SILVA, FONSECA; 2009, p.626)”.

Assim, a violência de gênero é fruto das interações sociais e apresenta relação direta com o processo histórico, econômico da sociedade e com o processo saúde-doença (GUEDES, FONSECA, EGRY; 2013).

“As mulheres são as principais vítimas da violência de gênero que pode manifestar-se na forma de violência física, sexual e psicológica, justificada pelas relações de poder, histórica e culturalmente desiguais entre homens e mulheres (WOLFF, WALDOW, 2008, p.140)”.

Em 2010, a Fundação Perseu Abramo realizou uma pesquisa referente à violência contra a mulher e constatou que cerca de uma em cada cinco mulheres (19%) já sofreram algum tipo de violência por parte de algum homem, conhecido ou

desconhecido. Diante de 20 modalidades de violência citadas, duas em cada cinco mulheres (40%) sofreram alguma, ao menos uma vez na vida. Prevalece o controle ou cerceamento (24%), a violência psíquica ou verbal (23%) e a ameaça ou violência física (24%). É importante salientar que o número de brasileiras espancadas é muito alto, uma mulher em cada 24 segundos, ou cinco mulheres a cada dois minutos, sofre violência (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2012).

É perceptível que o Brasil avançou no que diz respeito a propostas de leis, normas e diretrizes relacionadas à Saúde Pública e à Saúde da Mulher (MESSIAS, 2008). Como estratégias de enfrentamento tem destaque a Lei nº 11.340/2006 (conhecida por Lei Maria da Penha), que foi um importante avanço no sentido de coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Esta lei conceitua os tipos de violência em física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (BRASIL, 2006).

A Lei Maria da Penha conceitua a violência contra a mulher conforme descrito a seguir:

- I – “a **violência física**, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
- II - a **violência psicológica**, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
- III - a **violência sexual**, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
- IV - a **violência patrimonial**, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;
- V - a **violência moral**, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).”

Vale considerar que a violência contra a mulher pode estar presente em diferentes âmbitos e momentos de sua vida, com repercussões na sua saúde e da família. Os eventos violentos podem ser graves, recorrentes, sobrepostos e, em

geral, diferentes tipos de abuso coexistem no mesmo relacionamento. Atos violentos psicológicos associados aos físicos são os mais frequentes, seguida por todos os outros (MARCANCINE et al., 2013).

Marcadas por um processo de inferioridade tanto na sua vida social quanto na familiar, a mulher, na maioria das vezes, não consegue explicitar a violência sofrida e lutar contra ela. Esses fatores podem ser percebidos no atendimento de saúde nas pacientes que apresentam doenças diversas (MESSIAS, 2008).

A violência doméstica pode implicar em maior ocorrência de diversos problemas de saúde física, reprodutiva e mental, como também acarretar maior uso dos diversos serviços de saúde por parte das mulheres. A violência baseada no gênero, dentro do vínculo familiar e fora dele, leva a mulher a vários transtornos. Seja por vergonha de se expor, por medo de romper este elo familiar, ou por serem ameaçadas, acabam silenciando a violência sofrida e protegendo o agressor, o que infelizmente sugere que milhões de mulheres estão sofrendo e vivendo as suas consequências (MORAES et al., 2012; KRUG, 2002).

As mulheres que sofrem violência doméstica ou sexual em qualquer fase da vida apresentam maior número de comorbidades como: depressão e transtornos psiquiátricos, vida sexual insatisfatória, fibromialgia, doença reumática e artromialgia persistência dos distúrbios do sono, hipertensão arterial, afecções alérgicas, labirintite, câncer de útero/ovário/mama, em comparação com aquelas que não sofreram violência (MORAES et al, 2012).

Como a violência causa problemas físicos e emocionais, as ações não são tarefa exclusiva das esferas jurídicas, policiais, sociais, mas também, da área da saúde, pois há sofrimentos e adoecimentos que acometem as vítimas. Isso é a razão pela qual os profissionais de saúde devem ser capacitados para que possam prestar cuidados às vítimas de violência (FERRAZ, 2008).

Observa-se que muitos profissionais encontram-se despreparados para tratar do tema da violência com suas pacientes e ainda se sentem inseguros em lidar com um assunto que envolve emoções e sentimentos. Assim, ações de capacitação deveriam ser estruturadas e realizadas periodicamente, abrangendo todos os profissionais de saúde, principalmente, na atenção básica à saúde (MESSIAS, 2008).

Em uma pesquisa realizada no Estado de Minas Gerais para a análise do sistema de informação de agravos e notificação compulsória, concluiu-se que 42%

dos registros de violência encontravam-se inconsistentes, por falta de dados. Esse fato evidencia a necessidade de ações educativas continuadas na abordagem da violência para os profissionais de saúde, no sentido de auxiliá-los na identificação de casos e no enfrentamento deste complexo problema (FILARDI, 2014).

A busca para compreender a relação de traumas e violências ocorridas ao longo da vida da mulher, pode auxiliar no direcionamento da formação, tanto inicial quanto continuada, das diversas categorias profissionais que interagem no atendimento destas em qualquer fase da vida. A insuficiência de conhecimento para suspeitar do problema ou fazer o diagnóstico gera a não notificação, e sem notificação não há tratamento e acompanhamento adequados, não é possível intervir integralmente, tampouco prevenir a violência (MORAES et al., 2012).

3.2. VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Estudos demonstram que as mulheres podem sofrer violência em todos os locais que frequentam como na casa, nas ruas, no trabalho e em instituições de saúde. Esta última, conhecida por violência institucional, tem ganhado nos últimos anos uma ampla visibilidade e sido tema de pesquisas, principalmente, a discussão desta no momento do parto, que é um processo fisiológico, que deveria ser um momento de alegria, de cuidados e de acolhimento por parte dos prestadores de assistência (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; WOLFF; WALDOW, 2008).

A violência institucional é definida como:

“É aquela que se realiza dentro das instituições, sobretudo por meio de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas. Uma dessas modalidades de violência ocorre na forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos. Os serviços de saúde, de seguridade social e de segurança pública são os principais exemplos dados pela própria população quando se refere à violência institucional: a maior parte das queixas dos idosos, quando comparecem às delegacias de proteção, é contra o INSS e os atendimentos na rede do SUS. E os jovens reclamam principalmente das forças policiais que os tratam como se fossem “criminógenos”, ou pelo fato de serem jovens ou por serem pobres. No caso do setor saúde, a tentativa de criar um programa transversal de humanização do SUS, em última instância, é o reconhecimento de que a tendência da instituição e dos profissionais é a burocratização ou a tecnificação. Essas falhas se apresentam na despersonalização dos pacientes e na substituição de uma

relação dialógica por exames e procedimentos que transformam o setor saúde em produtor de violência contra os usuários (MINAYO, 2009, p.33).”

A violência institucional pode ser praticada em diversos locais como hospitais, prisões, abrigos, escolas, igrejas e conventos, por exemplo. É considerada grave porque seus autores possuem poder e/ou saber, contra pessoas em situação de fragilidade, de vulnerabilidade, impossibilitadas de se defenderem (FALEIROS, 2007). Neste trabalho discute-se a violência que ocorre dentro das instituições hospitalares com as mulheres em trabalho de parto e parto.

No atendimento às mulheres em maternidades, muitos profissionais trabalham na garantia da assistência de qualidade, a favor dos direitos reprodutivos e da humanização. Mas, existem outros que fazem deste local um cenário de desrespeito, humilhação e violência contra a mulher. (WOLFF; WALDOW, 2008). Essa situação é o que se denomina de violência obstétrica que se manifesta como negligência na assistência, discriminação, violência verbal, física, sexual e psicológica (D’ OLIVEIRA; DINIZ; SCHAIBER, 2002).

São apontados como atos violentos à banalização da dor, o abandono, o uso de linguagem agressiva e pejorativa, o tratamento grosseiro, a imposição e o desrespeito à autonomia, negligências no atendimento, ameaças, manipulação excessiva do corpo feminino, como toques sem necessidade, uso de medicações em excesso, entre outros (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; FIGUEIRÊDO et al., 2004; PEREIRA, 2004; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006; WOLFF; WALDOW, 2008).

As práticas da episiotomia, amniotomia, manobra de Kristeller, enema, tricotomia e jejum de rotina são apontados como práticas desnecessárias e prejudiciais durante o trabalho de parto (BRASIL, 2001; BRASIL 2014a). O uso destas intervenções, quando não possuem evidências científicas claras, pode ser considerado uma violência no parto, pois são exemplos da manipulação excessiva do corpo e medicalização.

A Fundação Perseu Abramo revelou que uma em cada quatro mulheres (25%) declararam ter sofrido violência no parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2012).

A violência institucional nas maternidades surge como uma prática comum, muitas vezes banal e corriqueira, não sendo percebida e definida claramente por

profissionais e mulheres (AGUIAR, 2010; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

A violência obstétrica pode ser discutida como uma ação velada, ou seja, não percebida como tal pelos envolvidos, que muitas vezes justificam seus atos como necessários para organização e condução do trabalho de parto. As mulheres também podem não reconhecer o problema, por estarem acostumadas aos relatos de vizinhas e parentes, acreditando ser uma prática normal e esperada, terem vivenciado experiências em partos anteriores, não reconhecerem as consequências destas práticas e pelo esquecimento gerado pela felicidade da presença do filho (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; FIGUEIRÊDO et al., 2004; WOLFF; WALDOW, 2008). A parturiente frente a fatos violentos, muitas vezes, permanece em silêncio, sente-se intimidada e com medo do que poderia acontecer se manifestasse a sua opinião em relação ao que sente e vivencia, como é possível observar na fala das autoras:

“Na maternidade, estas mulheres experimentam sentimentos distintos e, por vezes, até contraditórios, como: a felicidade pela chegada do bebê e o medo de morrer; o desejo de cuidar do filho, mas também o de ser cuidada pela equipe; a confiança no hospital como o lugar mais seguro para se ter um filho, e a desconfiança de que se é maltratada impunemente nas maternidades públicas” (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011, p. 83).

A violência sofrida pelas mulheres durante o parto pode ter como consequência o aumento do número de cesarianas, o desestímulo e recusa ao parto normal, o medo deste processo natural, o predomínio da dor e do sofrimento, a criação de um ambiente despersonalizado, solitário e de insatisfação para as mulheres e familiares (COSTA, 2000; PEREIRA, 2004; SALGADO; NIY; DINIZ, 2013; SANFELICE et al., 2014; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006;).

Como justificativa para este problema, estudos apontam as dificuldades estruturais, como a precariedade dos serviços, as condições de trabalho, o preconceito dos trabalhadores, a falta de respeito aos direitos das mulheres e acompanhantes, o empoderamento do parto por quem o conduz e os modelos de assistência, que são muitas vezes autoritários, centrados no profissional e não no usuário (AGUIAR; D' OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; BRASIL, 2014a; FIGUEIRÊDO et al., 2004).

Outro fator que possui repercussão direta sobre a violência institucional é a influência do uso da tecnologia nas relações entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços, que se tornam cada vez mais distantes e inadequados, transformando o paciente em objeto de intervenção, diminuindo o vínculo de confiança, o que é chamado de “crise da confiança” (AGUIAR, D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; SCHRAIBER, 2008).

A falta de autonomia da mulher durante o parto hospitalar oferece pouca possibilidade para que ela possa exercer poder sobre seu corpo. No processo do nascimento as decisões são tomadas por profissionais que não questionam, explicam ou negociam as condutas adotadas com as parturientes e nem com o acompanhante, não respeitando este direito. (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011).

Nesse contexto, é importante destacar que a violência não ocorre apenas durante a assistência ao parto normal, mas também, na cesárea, principalmente, quando o ato cirúrgico é realizado contra o desejo da mulher e sem evidências científicas claras que justifiquem o procedimento o que neste caso configura-se como violento (SALGADO; NIY; DINIZ, 2013).

As autoras salientam que muitas mulheres não realizam o parto que desejaram inicialmente e ainda podem enfrentar dificuldades físicas adicionais em decorrência de uma cesárea, fatores que juntos podem contribuir para uma avaliação mais negativa da experiência do processo de parir (SALGADO; NIY, DINIZ, 2013).

No Brasil, nas últimas décadas, o país vivenciou uma mudança no padrão de nascimento na qual as operações cesarianas tornaram-se a via de parto mais comum, alcançando 85% nos serviços privados de saúde e 40% no SUS, taxas consideradas altas frente à recomendação da Organização Mundial de Saúde de 15% (BRASIL, 2015).

O protocolo “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana” chama a atenção para a finalidade da cesariana que, quando realizada mediante evidências científicas e indicações médicas específicas, é imprescindível para a saúde materna e infantil. No entanto, pode levar ao aumento do risco de complicações graves e à morte quando realizada sem a atenção devida (BRASIL, 2015).

É necessário salientar que a violência obstétrica pode ocorrer em todas as vias de parto, em instituições particulares ou públicas e não é restrita ao profissional

médico, mas envolve toda a equipe da maternidade, incluindo a equipe de enfermagem e o enfermeiro, conforme a citação:

“É também neste espaço, a sala de pré-parto que as diferenças hierárquicas se aguçam, pois os profissionais de saúde no caso particular da enfermagem detém o poder sobre o corpo da mulher em trabalho de parto, indicando o que fazer ou até mesmo invadindo-o sem a sua permissão” (FIGUEIREDO et al., 2004, p. 908).

Em 2012, foi elaborado um dossiê pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres intitulado: “Violência obstétrica: parirás com dor” que descreve a situação desta violência com base em diversos estudos e leis nacionais e internacionais. Diante toda a discussão realizada no documento e a ausência de produção técnica e judiciária Brasileira foi proposta uma tipificação da violência obstétrica brasileira (BRASIL, 2012a). Caracteriza-se, dessa maneira, a violência obstétrica como atos praticados no atendimento à saúde sexual e reprodutiva da mulher e que podem ser cometidos por profissionais de saúde e administrativos seja em instituições públicas ou privadas. O documento propõe os seguintes tipos de violência:

“Físico: ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas. Exemplos: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.

Psicológico: toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Exemplos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais.

Sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. Exemplos: episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento.

Institucional: ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estes ações ou serviços, de natureza pública ou privada. Exemplos: impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências

reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.

Material: ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica. Exemplos: cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante.

Midiático: são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação. Exemplos: apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce.

Podem, em um mesmo fato, mesclarem-se os caracteres de violência obstétrica (BRASIL, 2012a).”

Durante o atendimento à mulher durante o trabalho de parto e parto pode haver a ocorrência de mais de um tipo de violência obstétrica e para isso é importante o profissional conhecer a temática.

Para mudança deste panorama de violência no parto, a humanização é apontada como a alternativa, visto que visa ao resgate do papel da mulher de protagonista do processo de parir. Para isso, minimizar o uso de tecnologias, de intervenções e práticas desnecessárias, pode melhorar o relacionamento parturiente e profissionais e, sobretudo, garantir o nascimento seguro para o recém-nascido e a assistência de qualidade para a mãe (SANFELICE et al., 2014; SANFELICE; SHIMO, 2014).

3.3 HUMANIZANDO A ASSISTÊNCIA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

O processo de nascimento sofreu várias mudanças no decorrer da história, com alterações dos locais do parto e pessoas envolvidas. Até meados do século XX, o parto era vivenciado com o auxílio de outras mulheres em suas casas e acompanhado por seus familiares. Com os avanços da medicina, cuidar deste período passou a ser do interesse dos médicos e das instituições hospitalares, levando o nascimento para as maternidades (BRASIL, 2001).

No Brasil, a institucionalização do parto ocorreu na década de 40 e foi uma das primeiras ações destinadas à saúde pública das mulheres. Outro marco importante das políticas públicas de saúde foi à instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, que entre várias ações incluía a assistência ao pré-natal (BRASIL, 2001).

A hospitalização do parto pode ser considerada um avanço uma vez que levou a queda da mortalidade materna e neonatal, mas também, trouxe consequências como a grande medicalização deste processo, a mudança do ambiente que passou a ser desconhecido e amedrontador, a perda de autonomia da mulher e o empoderamento dos profissionais de saúde, influenciando diretamente na falta de segurança atribuída ao parto normal e a preferência pela cesárea (BRASIL, 2001).

Ao longo dos anos, várias estratégias foram sendo implantadas para mudança da situação de desumanização e violência no trabalho de parto e parto, dentre elas podemos citar: o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) a Política Nacional de Humanização (PNH) com enfoque no parto e nascimento, o Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) e a Rede Cegonha (BRASIL, 2014a).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde no ano 2000 visando um olhar integral na assistência obstétrica e a garantia dos direitos das mulheres incorporados às normas institucionais. O seu principal objetivo era de assegurar a melhoria de acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e aos recém-nascidos (BRASIL, 2002).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento está estruturado nos seguintes princípios, fortalecendo os direitos da gestante e do neonato, como é relatado no documento que assegura:

- “O acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- a assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
- e todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002, p.6)”.

Segundo o PHPN, o conceito de humanização é amplo envolvendo conhecimentos, práticas e atitudes, que visam à promoção de um parto e nascimentos saudáveis e contribuem para prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Para que este objetivo seja alcançado, é necessário que a assistência humanizada tenha início no pré-natal e se estenda por todo o processo gestacional, evitando intervenções desnecessárias e preservando a autonomia (BRASIL, 2001).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento baseia-se em um tripé conceitual, sendo afirmado:

1. “O Protagonismo restituído à mulher, como premissa fundamental, sem o qual se estaria apenas “sofisticando a tutela” milenarmente imposta pelo patriarcado.
2. A visão integrativa e interdisciplinar do parto, retirando deste o caráter de “processo biológico” e alçando-o ao patamar de “evento humano”, onde aspectos emocionais, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais são igualmente valorizados, e suas específicas necessidades atendidas.
3. A vinculação visceral com a Medicina Baseada em Evidências, deixando claro que o movimento de “Humanização do Nascimento” é fundamentado na razão e na pesquisa científica, e não em crenças religiosas, ideias místicas ou pressupostos fantasiosos (BRASIL, 2014a, p.112)”.

O PHPN trouxe uma série de medidas e recomendações para as instituições e profissionais baseadas nas recomendações da OMS de 1996, mas ressaltou que estas só são efetivas quando os profissionais de saúde mudam a sua prática para garantia da humanização, segurança e respeito aos direitos da mulher (BRASIL, 2001; OMS, 1996).

Com intuito de aprimorar a assistência no parto, o PHPN propõe a prática baseada nas melhores evidências científicas com a utilização consciente, criteriosa e explícita para tomada das melhores decisões (BRASIL, 2001). As práticas como o enema, a tricotomia, o jejum de rotina, a amniotomia, a manobra de Kristeller a episiotomia são apontados como práticas desnecessárias e prejudiciais durante o trabalho de parto.

São exemplos de ações consideradas benéficas e humanas a presença do acompanhante, o apoio físico e emocional, orientações sobre posições e movimentação, o manejo da dor com técnicas não farmacológicas de alívio – banhos de imersão ou aspensão, deambulação ativa, técnicas de relaxamento e respiração, toques terapêuticos e o uso da bola de Bobath - a analgesia peridural e raquidiana (BRASIL, 2001; BRASIL 2014a).

Outro marco importante para humanização foi à criação da Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no SUS (PNH) em 2003, visando modificar as situações de desumanização presentes na saúde brasileira (BRASIL, 2014a).

A Política Nacional de Humanização (PNH) conceitua o termo humanização como a valorização dos indivíduos envolvidos no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), salientando: a autonomia e o protagonismo, a corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva (BRASIL, 2004).

A PNH define a humanização como:

“O aumento do grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004, p.7)”.

Assim, a humanização é apontada como um fator de reversão para o quadro de desumanização na assistência ao parto. A fala da autora abaixo reforça este conceito:

“O termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência. Humanização é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional (DINIZ, 2005. p.635)”.

Como uma das estratégias para o alcance da humanização no pré-natal, parto, puerpério foi criado o Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) ação organizada e coordenada pela Política Nacional de Humanização (PNH), com a meta de qualificar 26 maternidades e aprimorar as redes de cuidados perinatais em 16 estados da Amazônia legal e do Nordeste durante os anos de 2009 a 2011 (anos de execução) (BRASIL, 2012b). No estado de Minas Gerais, ocorreu no mesmo período o Programa de Qualificação dos Hospitais (PRO-HOSP) que visou melhorar

a estrutura e o gerenciamento dos mesmos dos hospitais das macrorregiões do estado (MINAS GERAIS, 2007).

A Rede Cegonha (RC) é uma estratégia criada no ano de 2011 que propõe a organização e a qualificação da atenção e gestão materna e infantil em todo território nacional, com incentivos técnicos e financeiros ligados às mudanças do modelo obstétrico e neonatal (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2014a).

A RC amplia o PQM para todo o país, continuando o trabalho de oferecer apoio institucional nas maternidades para as equipes, atrelada a uma perspectiva de produção de redes de cuidado materno e infantil (BRASIL, 2012b).

Assim, a RC reforça as diretrizes de humanização do PQM (Acolhimento em Rede e com Classificação de Risco/Vulnerabilidade, Cogestão, Direito a acompanhante de livre escolha da gestante e Ambiente) e outras questões fundamentais, tais como a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, aumento da abrangência do cuidado a crianças de até dois anos de idade, mudanças no modelo de gestão da rede materna e infantil com indução financeira, implantação de Centros de Parto Normal (CPN) e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) (BRASIL, 2012b).

São ações específicas do componente parto e nascimento da Rede Cegonha:

- “Incorporação de boas práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento", com ênfase na garantia do acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- Fomento à adoção de práticas de gestão que diminuam a dicotomia entre gestão e atenção, promovam a atuação integrada entre os profissionais de saúde e entre esses e os gestores dos serviços de saúde e, em última instância, garantam a integralidade do cuidado com respeito à singularidade do atendimento. Ou seja, realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização e; ambiente adequada dos serviços de saúde que realizam partos, orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e
- Planejamento e programação das ações de saúde orientados pelas necessidades de atenção à saúde da população no âmbito da atenção à saúde materna e infantil, incluindo a garantia da oferta de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru)” (BRASIL, 2011b, p.11)”.

É importante salientar que tanto no PQM, quanto na RC o foco foi o apoio às instituições, partindo do pressuposto de que para mudar o modelo de assistência e gestão do parto é necessário intervir nas práticas desumanizadoras, com a

finalidade de construir uma saúde materna e infantil capaz de transformar o cenário nacional (BRASIL, 2014a).

O Manual prático para implementação da rede cegonha salienta a importância de mudar o modelo de atenção tecnocrático para o modelo humanista. O modelo tecnocrático caracteriza-se pelo foco da atenção no corpo, no parto institucional por meio da utilização de tecnologias e muitas intervenções atendendo, basicamente, as necessidades dos profissionais de saúde e gerando consequências como as altas taxas de cesarianas, episiotomias, uso de ocitocina sintética e outras intervenções (BRASIL, 2011b).

O modelo humanista tem como foco o bem-estar da parturiente e de seu bebê, usando intervenções e tecnologias somente diante da necessidade, consideram-se, nesse caso, os processos fisiológicos, psicológicos e o contexto sociocultural. O parto ocorre preferencialmente em casa de parto e ambulatórios e somente quando indicado pela presença de fatores de risco nos hospitais. Práticas como a presença de acompanhantes e posicionamento livre são incentivadas. Para a assistência, os profissionais de preferência são as obstetrias ou enfermeiras obstetras (BRASIL, 2011b).

Portanto, a Humanização da assistência é estratégia primordial, capaz de gerar uma mudança de posicionamento e conduta dos profissionais frente à mulher em trabalho de parto, sugere o desenvolvimento de características primordiais aos seres humanos, como a sensibilidade, respeito e a solidariedade. Para que a mesma seja alcançada na assistência é necessário humanizar os profissionais da saúde (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; SANFELICE et al., 2014; WOLFF; WALDOW, 2008).

Como estratégia para capacitar os profissionais envolvidos no ciclo gravídico/puerperal, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) têm apontado um conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia com objetivo principal de reduzir a mortalidade materna e infantil (OPAS, 2013).

Dentre as ações propostas, encontra-se a elaboração de programas curriculares de qualidade, capazes de gerar subsídios para prática de uma maternidade segura. Nesse contexto, a enfermagem e os programas de especialização desses profissionais são citados como fundamentais para uma mudança do panorama da obstetrícia e melhoria de seus indicadores (OPAS, 2013).

Em 1998, a Portaria MS/GM 2.815 de 29 de maio de 1998, relatava a importância do profissional de enfermagem, principalmente do enfermeiro obstetra, na assistência ao parto humanizado ao incluir o pagamento pelo parto normal sem distócia realizado pelo enfermeiro na tabela do sistema de informações hospitalares do SUS. Nessa época, o Ministério da Saúde já financiava e apoiava cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica (BRASIL, 2001).

O enfermeiro é apontado pelas políticas públicas como profissional capaz de auxiliar em uma mudança dessa prática desumanizada e para alcançar esse objetivo deve fortalecer seus conhecimentos baseando-os em evidências científicas para que possa enfrentar as adversidades encontradas, tomando decisões adequadas e humanas na garantia de um processo de nascimento satisfatório e feliz para todos os envolvidos (BRASIL, 2014a).

Contudo, na assistência ao parto, os profissionais de saúde são coadjuvantes e devem colocar o seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher, reconhecendo os momentos em que as intervenções são realmente necessárias para assegurar a saúde de ambos. Esses têm como função minimizar a dor, oferecer apoio e conforto, esclarecer e orientar, auxiliando as mulheres para um parir e nascer humanizado e saudável. Esta conduta é capaz de criar vínculo e minimizar as desigualdades e o autoritarismo (BRASIL, 2001).

As políticas públicas de saúde destinadas à atenção humanizada às mulheres no período de pré-parto e parto foram o referencial teórico adotado neste trabalho.

4 MÉTODO

Este capítulo aborda a trajetória metodológica desta pesquisa e foi dividido em delineamento e cenário do estudo, atreizes sociais, teste piloto, coleta e análise dos dados e aspectos éticos da pesquisa.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo, exploratório e transversal. Os estudos qualitativos exploram a complexidade humana e sua investigação destaca a compreensão da experiência humana exatamente da maneira como é vivida, por meio de coleta e análise de dados subjetivos. Nestes estudos, são utilizados métodos aprofundados com a finalidade de descrever as dimensões, as variações, a importância e os significados dos fenômenos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Estudos de abordagem qualitativa são aqueles aplicados a grupos ou pessoas, buscando construir crenças próprias sobre o fenômeno estudado. Procuram explorar e entender o significado que os sujeitos atribuem a um problema social ou humano, utilizando diferentes concepções filosóficas; estratégias de investigação; métodos de coleta, análise e interpretação de dados (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013; CRESWELL, 2010).

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população, fenômeno, experiência e o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como: o uso de instrumentos e a observação sistemática (GIL, 2010).

O estudo descritivo objetiva descrever fenômenos, contextos e eventos, detalhadamente, procura especificar as propriedades, as características e os perfis de pessoas, grupos, comunidades, ou seja, atributos e traços importantes de qualquer evento que se analisa (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Os estudos exploratórios procuram examinar um tema ou problema de pesquisa pouco estudado, utilizando-se de levantamento bibliográfico, entrevistas com as pessoas, dentre outros (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). Tem o objetivo de proporcionar maior proximidade com o problema de pesquisa, para torná-lo mais claro ou para a constituição de hipóteses. Seu planejamento é flexível o que possibilita a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A transversalidade da pesquisa diz respeito à coleta de dados em um determinado ponto, no tempo, que é suficiente para a descrição da situação, dos fenômenos ou das relações entre os mesmos, em um momento fixo no tempo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um município situado no Sul do Estado de Minas Gerais, ocupando uma área de 294,835 Km² de extensão, com população estimada para 2014 de 95.491 habitantes (IBGE, 2015; PREFEITURA DE ITAJUBÁ, 2015).

O município é centro de referência em assistência à saúde para dezesseis municípios da chamada microrregião do Alto Sapucaí. A cidade conta com dois hospitais credenciados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, Santa Casa de Misericórdia e Hospital Escola da Faculdade de Medicina com níveis de atendimento de atenção básica até alta complexidade. Contém 21 Unidades Públicas de Saúde, que se dividem em Unidades Básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família e Policlínicas (PREFEITURA DE ITAJUBÁ, 2015).

O município conta com duas maternidades que atendem pelo SUS, convênios e particular. No ano de 2013, o número de nascidos vivos no município foi 1279 (DATASUS, 2015).

4.3 ATRIZES SOCIAIS

As participantes do estudo são representadas por mulheres que pariram em serviço hospitalar em até seis meses antes da entrevista, que residem de preferência em áreas de adscrição de alguma unidade de atenção básica. Em pesquisas qualitativas não se determina previamente o número da amostra e essa é formada pela saturação de dados, ou seja, a amostra estará formada quando não aparecer novas informações e passe a ser identificada a redundância ou repetição dos dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Assim, nesta pesquisa foram abordadas 27 mulheres que haviam parido nos últimos seis meses, sendo que duas não concordaram em participar e 25 foram entrevistadas e que compõem os sujeitos sociais da pesquisa, sendo definido o número pela saturação dos dados.

A amostragem nesta pesquisa é intencional ou racional, visto que trabalha-se com mulheres que tiveram filhos nos meses de janeiro a setembro de 2015, considerando o período de seis meses da data do parto até a data da entrevista. Neste tipo de amostragem, os conhecimentos do pesquisador sobre a população e seus elementos são utilizados para selecionar os participantes que fazem parte do estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Para a participação desse estudo foram considerados os seguintes fatores de inclusão:

- a) Mulheres que pariram em algum serviço hospitalar em até seis meses antes da entrevista;
- b) Mulheres que residem em áreas do município atendidas por estratégia de Saúde da Família ou Por Unidades Básicas de Saúde;
- c) Mulheres que tenham capacidade cognitiva para responder aos questionamentos.

Os fatores de exclusão foram:

- a) Mulheres que pariram fora do serviço hospitalar;
- b) Que pariram há mais de seis meses da data da coleta de dados para ter um grupo mais homogêneo de resposta;

c) Que optaram por cesariana eletiva visto ser essa com data marcada e a mulher não ter entrado em trabalho de parto e parto e/ou não saber a indicação médica da cesariana.

4.4 TESTE PILOTO

Os instrumentos para coleta de dados APÊNDICE E e APÊNDICE F foram avaliados por três juízes especialistas na área do estudo que fizeram as considerações acerca do estudo e as adaptações foram realizadas antes da realização do teste piloto.

Antes da coleta de dados foi realizado um teste piloto com quatro mães que estavam de acordo com os critérios de inclusão, moradoras de um município vizinho, mas que utilizaram o serviço do município em estudo. Não houve necessidade de alteração do instrumento de pesquisa.

A utilização do pré-teste é necessária para a avaliação do formulário, as reações dos entrevistados frente aos questionamentos, a adequação da amostragem escolhida. É uma oportunidade para o pesquisador aplicar o instrumento de pesquisa e permite uma estimativa dos resultados, possibilitando a alteração de hipóteses, modificação das variáveis, trazendo maior segurança e precisão para o estudo (LAKATOS; MARCONI, 2010).

4.5 COLETA DE DADOS

As mulheres com o perfil da pesquisa foram identificadas pelo cadastro em alguma das 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias Saúde da Família (ESF) do município. Antes do levantamento foi solicitada a autorização para a Secretaria de Saúde do município (APÊNDICE A).

Para levantamento das mulheres que pariram nos últimos seis meses, foi contatada a enfermeira da Unidade de Saúde e/ou ESF e verificado os nascimentos pelo caderno da Triagem Neonatal. Em posse dessa informação, a autora realizou

visita domiciliar para o convite da participação da mulher da pesquisa, após o esclarecimento dos objetivos e dos aspectos éticos.

As que aceitaram em participar foram marcados os locais e dias de escolha das participantes. Das 25 entrevistas realizadas, duas ocorreram na unidade de saúde e vinte e três na residência da mulher. No dia da entrevista foi apresentado e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), tendo início a entrevista somente após a autorização e assinatura do documento. Para a entrevistada com menos de 18 anos de idade, foi apresentado e assinado o Termo de Assentimento (APÊNDICE C) e solicitada a autorização de um responsável, que recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o responsável pela adolescente (APÊNDICE D). Uma cópia do TCLE foi entregue à participante.

A Coleta dos dados teve início com o preenchimento de um formulário sobre a caracterização socioeconômica, obstétrica e intervenções ocorridas no parto da participante (APÊNDICE E).

Após, foi realizada uma entrevista gravada, com gravador digital Coby tendo como perguntas norteadoras: Como foi a sua internação na maternidade durante o período de trabalho de parto e parto? Você acha que foi vítima de violência no trabalho de parto e parto? (APÊNDICE F). As entrevistas foram realizadas em um ambiente tranquilo, livre de influências externas e privativo para as atrizes sociais.

Ao término de cada entrevista, foram anotadas em um caderno as impressões da autora quanto à postura, risos, choros e demais percepções ocorridos durante a entrevista.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram gravados, transcritos na íntegra e analisados pela autora utilizando a proposta de conteúdo de Bardin.

A análise de conteúdo é definida como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2011).

Segundo Bardin (2011) uma aplicabilidade coerente do método conforme os pressupostos de uma interpretação das mensagens e dos enunciados, a Análise de Conteúdo deve ter como ponto de partida uma organização em três momentos:

A pré-análise:

É o momento de organizar o material, de escolher os documentos a ser analisados, formular hipóteses ou questões norteadoras, elaborar indicadores que fundamentem a interpretação final (BARDIN, 2011).

A primeira atividade a ser desenvolvida é uma leitura flutuante dos dados, que permite estabelecer contato inicial com os documentos a ser analisados a fim de conhecê-los, gerando impressões e orientações (BARDIN, 2011).

Com a leitura flutuante, é possível determinar o documento, ou corpus e dar início a análise dos dados. Para a seleção de material, algumas regras são seguidas: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (BARDIN, 2011).

Exploração do Material:

A etapa de exploração do material é considerada a mais longa e cansativa. Nela, as decisões tomadas na pré-análise são aplicadas de forma sistemática. Consiste na codificação, decomposição ou enumeração na qual os dados brutos serão transformados de forma organizada e compilada em unidades que permitirão uma descrição das características do conteúdo (BARDIN, 2011).

A codificação compreende três etapas: o recorte, que é a escolha das unidades; a enumeração, escolha das regras de contagem; a classificação e agregação, ou seja, a escolha das categorias (BARDIN, 2011).

A categorização é uma das etapas mais importante na análise de conteúdo, pois é o momento de organização dos dados por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo critérios determinados na fase anterior. É dessa etapa que irá emergir as categorias finais que serão discutidas no mesmo grupo (BARDIN, 2011).

Após a leitura exaustiva dos dados e o agrupamento dos códigos em subcategorias iguais ou semelhantes, duas grandes categorias foram identificadas, são elas: violência institucional no trabalho de parto e parto e ações não farmacológicas na humanização da assistência no trabalho de parto e parto.

Seguindo a metodologia, nas etapas da proposta do método, essas categorias foram discutidas de acordo com as subcategorias. Os dados significativos e ativos que responderam aos objetivos do estudo foram discutidos e comparados com os estudos pré-existentes (BARDIN, 2011).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esse estudo segue os preceitos estabelecidos pela Resolução n.º 466/2012 do Ministério da Saúde que incorpora, sob a ótica do indivíduo e da coletividade, a autonomia, não maleficência, justiça e equidade, dentre outros, visando assegurar os direitos e deveres aos participantes, à comunidade científica e ao Estado.

O estudo teve início após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Alfenas, da cidade de Alfenas – MG, com parecer consubstanciado de número 1.092.419 (ANEXO A). Antes da realização da entrevista, a participante recebeu as orientações sobre a sua autonomia para participação ou não do estudo, e só depois, que foi informado amplamente da pesquisa assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido referente ao estudo. Após tal procedimento ocorreu o início da entrevista.

Foi mantido o anonimato, o sigilo das informações, assim como a privacidade do informante, que tinha o direito de deixar de participar do estudo quando solicitasse. As participantes foram identificadas pela letra **M** da palavra mulher e número cardinal sequencial conforme a ordem das entrevistas. Exemplo: **M₁, M₂, M₃...**

Os riscos para as participantes foram mínimos advindos do desconforto provocado pela entrevista, No entanto, não foi necessário encaminhar nenhuma das participantes ao Centro de Atendimento de Enfermagem Irmã Zenaide Nogueira Leite, da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB) para avaliação e acompanhamento psicológico; serviço este autorizado a receber a mulher caso necessário (APÊNDICE G).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para iniciarmos a discussão desse estudo, apresentamos as atrizes sociais no que consiste dos dados socioeconômicos, obstétricos e intervenções ocorridas no trabalho de parto e parto.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ATRIZES SOCIAIS

As atrizes sociais são apresentadas e denominadas de puérpera caso estivessem neste período ou se haviam saído desse período de mulher. Seguem abaixo as características das mesmas.

M1 – Puérpera com 40 anos, ensino superior completo, solteira, empregada, renda familiar de 4 a 5 salários, reside com quatro pessoas em casa alugada em área não adscrita de ESF, mas com Unidade Básica de Saúde. Relata G4, PN1, PC3, A0, filhos vivos, última gestação de alto risco devido à hipertensão crônica; realizou mais de 10 consultas no hospital, com médicos e residentes, não participou de grupos de gestantes. Realizou cesariana devido à hipertensão e RN de baixo peso. Foi informada sobre todos os procedimentos pelos médicos. Entrevistada aos 10 dias pós-parto em seu domicílio.

M2 – Puérpera com 28 anos, ensino superior incompleto, união estável, estudante e cuidadora de idosos, renda familiar de 3 a 4 salários, reside com três pessoas em casa própria em área não adscrita de ESF, mas com Unidade Básica de Saúde. Relata G2, PN2, A0, filhos vivos, gestação de baixo risco, com mais de seis consultas de pré-natal na policlínica com médico e não participou de grupos de gestantes. Realizou parto normal por sua escolha, utilizou métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, como deambulação e banho de aspersão, mas foi submetida à ocitocina após oito cm de dilatação e a amniotomia. Não aceitou a manobra de Kristeller e não foi realizado episiotomia, mas teve laceração do canal vaginal. Puérpera informa que apesar de participar de

algumas decisões do seu trabalho de parto e parto não foi orientada sobre todos os procedimentos que foram realizados. Entrevistada 25 dias pós-parto em seu domicílio.

M3 – Mulher com 31 anos, ensino médio incompleto, casada, do lar, reside com três pessoas em casa própria, com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Relata G2, PN0, PC2, A0, filhos vivos, gestação de baixo risco, com mais de sete consultas de pré-natal na ESF do seu bairro com o médico e não participou de grupos para gestantes. Cesariana indicada pela ausência de dilatação cervical. Durante o trabalho de parto, não foi submetida ao uso de ocitócitos, mas realizaram amniotomia. Utilizou o banho de aspersão, a deambulação e a respiração como métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto. Realizou consulta de puerpério com o médico e recebeu visita da equipe da ESF. Informa não ter participado das decisões sobre seu trabalho de parto e escolha da via de parto, que foram decididas pelo médico, mas recebeu informações da médica sobre todos os procedimentos. Entrevistada dois meses após o parto nas dependências da ESF.

M4 - Mulher com 45 anos, ensino fundamental incompleto, união estável, do lar, doméstica, desempregada, renda familiar de 1 a 2 salários, reside com sete pessoas em casa própria em área adscrita de ESF. Relata G7, PN7, A0, filhos vivos, última gestação de alto risco pela idade avançada, realizou oito consultas de pré-natal na policlínica com o médico, não participou de grupos para gestante. Realizou parto normal, não foi submetida ao uso de ocitocina, realizado a amniotomia e manobra de Kristeller e teve laceração do canal vaginal. Não utilizou métodos não farmacológicos para alívio da dor. Realizou consulta de puerpério com o médico e recebeu visita da ESF de seu bairro. Informa que participou das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto, recebeu informações sobre todos os procedimentos, mas que a via de parto foi escolhida pelo médico. Entrevistada aos 46 dias pós-parto em seu domicílio.

M5 – Puérpera com 23 anos, ensino superior completo, casada, empregada, renda familiar de 1 a 2 salários, reside com duas pessoas em casa cedida pelos pais. Relata G1, PC1, A0, filho vivo, gestação de risco moderado, devido à oligoidrâmnia. Realizou oito consultas de pré-natal pelo convênio com o médico e participou de

grupo para gestantes. Cesariana indicada por oligodrômio. Informa que participou das decisões e da escolha do seu parto, mas não foi informada sobre todos os procedimentos. Ainda não realizou consulta de puerpério e não recebeu visita da equipe da ESF do seu bairro. Entrevistada 36 dias pós-parto em seu domicílio.

M6 – Puérpera com 37 anos, ensino fundamental incompleto, casada, do lar, renda familiar de 1 a 2 salários, reside com três pessoas em casa própria. Relata ser G3, 2PN, A1, filhos vivos, última gestação de baixo risco com oito consultas de pré-natal na ESF com o médico e enfermeira e não participou de grupos para gestantes. Realizou parto normal, não fez uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e foi submetida ao uso de ocitocina, à manobra de Kristeller e episiotomia, não foi realizada a amniotomia. Não participou das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto, o tipo de parto foi escolhido pelo médico e não foi informada sobre todos os procedimentos realizados. Recebeu visita da ACS do seu bairro após o parto e ainda não retornou a consulta puerperal. Entrevistada aos 33 dias pós-parto em seu domicílio.

M7- Puérpera com 24 anos, ensino médio completo, união estável, balconista, renda familiar de 1 a 2 salários, reside com duas pessoas em casa própria em área não adscrita de ESF, mas com Unidade Básica de Saúde. Relata G2, PN0, PC2, A0, filhos vivos, última gestação de alto risco, devido à pré-eclâmpsia, fez pré-natal na UBS do bairro com o médico frequentando 10 consultas aproximadamente, mas não participou de grupos para gestantes. Informa cesárea eletiva pela pré-eclâmpsia, não ter participado das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto, que a via de parto foi escolha médica e não foi informada sobre todos os procedimentos realizados. Realizou consulta de puerpério com o médico. Entrevistada aos 33 dias pós-parto em seu domicílio.

M8 – Mulher com 20 anos, ensino fundamental incompleto, casada, autônoma, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, reside com duas pessoas em casa alugada. Informa G2, PN1, A1, um filho vivo, última gestação de risco moderado, possui hipotireoidismo controlado por PuranT4 de 50mg, fez pré-natal na ESF com o médico frequentando oito consultas e não participou de grupos para gestante. Parto normal, relata ter utilizado a deambulação, o banho e a respiração como métodos

não farmacológicos para alívio da dor, mas foi submetida ao uso de ocitocina, foi realizada episiotomia e não foi realizada manobra de Kristeller. Informa ter participado das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto, mas a via de parto foi escolhida pelo médico e não foi informada sobre todos os procedimentos. Foi à consulta de puerpério, com o médico, porém não recebeu visita da equipe da ESF do bairro. Entrevistada dois meses após o parto em seu domicílio.

M9 – Puérpera com 32 anos, ensino superior completo, casada, pedagoga, renda familiar de 3 a 4 salários e reside com duas pessoas em casa própria. Relata G2, PN1, PC1, A0, filhos vivos, última gestação de baixo risco, com seis consultas, fez pré-natal no convênio com o médico e não participou de grupos para gestante. Realizou parto normal por escolha da equipe médica do SUS visto que seu convênio não tem cobertura para o parto, não participou das decisões sobre seu trabalho de parto e parto, mas foi informada sobre todos os procedimentos pelas estagiárias de enfermagem e pela enfermeira. Utilizou a deambulação e o banho como método não farmacológico para alívio da dor, não foi submetida ao uso de ocitócitos, a amniotomia e Kristeller, no entanto foi realizada a episiotomia. Foi a uma consulta de puerpério com o médico e recebeu visita da equipe da ESF do bairro. Entrevistada aos 20 dias pós-parto em seu domicílio.

M10 – Mulher com 21 anos, ensino médio completo, solteira, desempregada, renda familiar de 1 a 2 salários e reside com três pessoas em casa própria. Relata G1, PN1, A0, um filho vivo, última gestação de baixo risco, frequentando sete consultas com o médico particular e não participou de grupo para gestante. Parto normal escolhido pela equipe de plantão, mas participou das decisões sobre seu trabalho de parto e parto e foi informada sobre todos os procedimentos realizados pela enfermeira e médica. Utilizou à deambulação, banho e respiração como métodos não farmacológicos para alívio da dor. Não foram realizadas a amniotomia, episiotomia e a manobra de Kristeller, mas fez uso de ocitocina. Foi à consulta puerperal com médico, porém não recebeu visita da equipe de ESF do bairro. Entrevistada aos três meses pós-parto em seu domicílio.

M11 - Adolescente com 17 anos, ensino médio incompleto, casada, do lar e estudante, renda familiar de 1 a 2 salários, reside com duas pessoas em casa

própria. Relata 1G, 1PN, 0A, um filho vivo, última gestação de alto risco pela SHEG, nega pré-eclâmpsia, fez pré-natal na UBS com médico, enfermeiros e alunos da enfermagem frequentando oito consultas e não participou de grupo para gestantes. Relata que queria o parto normal, mas que não foi questionada sobre isso e não participou das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto. Não utilizou métodos não farmacológicos de alívio da dor, chegou a ir para o banho, mas não se sentiu bem. Foi submetida ao uso de Misoprostol e ocitocina, à amniotomia, episiotomia e à manobra de Kristeller. Recebeu informações sobre todos os procedimentos pela enfermeira e médico. Foi à consulta de puerpério com o médico e estudantes de enfermagem, mas não recebeu visita domiciliar da equipe de ESF do seu bairro. Entrevistada aos 51 dias pós-parto em seu domicílio.

M12 – Puérpera com 21 anos, ensino médio completo, casada, auxiliar administrativa, reside com duas pessoas em casa própria, com renda familiar de 1 a 2 salários. Relata G1, PN1, A0, filho vivo, última gestação de baixo risco, com sete consultas pré-natal na ESF, com o médico e enfermeiro, não participou de grupos para gestantes. Parto normal por sua escolha, portanto, participou das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto. Utilizou o banho de aspersão e a deambulação como métodos não farmacológicos de alívio da dor. Foi submetida ao uso de ocitocina, houve amniorrexe, foi realizada a episiotomia e não ocorreu a manobra de Kristeller, mas recebeu informações sobre todos os procedimentos pelos médicos e enfermeiros. Compareceu a consulta de puerpério com o médico e não recebeu visita domiciliar da equipe da ESF do seu bairro. Entrevistada um mês e seis dias após o parto em seu domicílio.

M13 - Mulher com 23 anos, ensino médio completo, união estável, auxiliar de produção, reside com duas pessoas em casa própria, com renda familiar de 1 a 2 salários. Relata G1, PN1, A0, filho vivo, última gestação de baixo risco, com dez consultas de pré-natal na ESF com médico e enfermagem e não participou de grupos para gestantes. Parto normal por decisão do médico, apesar de ter participado das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto. Não utilizou métodos não farmacológicos de alívio da dor, não foram realizadas a amniotomia, episiotomia e a manobra de Kristeller, mas foi submetida ao uso de Ocitocina. Foi informada sobre todos os procedimentos pelo médico. Retornou para consulta de puerpério

com o enfermeiro e não recebeu visita domiciliar da equipe da ESF do seu bairro. Entrevistada um mês após o parto em seu domicílio.

M14 - Puérpera com 20 anos, ensino médio completo, casada, do lar, reside com quatro pessoas em casa própria, com renda familiar de 1 a 2 salários. Relata G2, PN2, A0, filhos vivos, última gestação de baixo risco com sete consultas de pré-natal na ESF com médico e enfermeiro e não participou de grupos para gestante. Relata que queria o parto normal, mas que não foi questionada sobre isso e não participou das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto. Os métodos não farmacológicos de alívio da dor na maternidade não foram utilizados, mas em casa ficou no banho de aspersão. Não foi submetida ao uso de Ocitocina, episiotomia e manobra de Kristeller, entretanto foi realizada a amniotomia. Declara ter recebido informações sobre todos os procedimentos do residente de medicina. Ainda não fez consulta puerperal e não recebeu visita domiciliar da equipe da ESF do seu bairro. Entrevistada aos 16 dias pós-parto em seu domicílio.

M15 - Mulher com 35 anos, ensino médio completo, casada, auxiliar de produção, reside com duas pessoas em casa alugada, com renda familiar de 1 a 2 salários. Relata G1, PN1, A0, um filho vivo, última gestação de alto risco, por toxoplasmose, veias varicosas e risco de trombose, frequentando 13 consultas de pré-natal na policlínica com o médico e participou de grupos para gestante. Parto normal por sua escolha participando das decisões sobre o seu trabalho de parto. Foi informada sobre todos os procedimentos pelos médicos e enfermeiros. Utilizou a bola de Bobath, o banho de aspersão e a deambulação como métodos não farmacológicos de alívio da dor. Informa que não foi submetida ao uso de Ocitocina, foram realizadas a amniotomia e episiotomia e não foi feita a manobra de Kristeller. Retornou a consulta de puerpério com o médico e não recebeu visita domiciliar da equipe da ESF do seu bairro. Entrevistada um mês após o parto em seu domicílio.

M16 – Adolescente com 16 anos, ensino médio incompleto, união estável, estudante, reside com três pessoas em casa própria com renda familiar de menos de um salário. Relata G1, PN1, A0, filho vivo, última gestação de baixo risco, frequentou oito consultas de pré-natal na ESF com médico e enfermeiro e não participou de grupos para gestantes. Relata que queria o parto normal, mas que não

foi questionada sobre isso e não participou das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto, porém foi informada sobre todos os procedimentos. Usou o banho de aspersão e a deambulação como métodos não farmacológicos de alívio da dor. Não foi submetida ao uso de Ocitocina, foi realizada a amniotomia e não ocorreram a episiotomia e a manobra de Kristeller. Retornou para consulta de puerpério com o médico e não recebeu visita domiciliar da equipe da ESF do seu bairro. Entrevistada cinco meses após o parto em seu domicílio.

M17 - Mulher com 26 anos, ensino médio completo, casada, atendente, desempregada, reside em casa própria com quatro pessoas e renda familiar de 1 a 2 salários, em área não adscrita por ESF, mas com Unidade Básica de Saúde. Relata G3, PN3, A0, filhos vivos, última gestação de baixo risco, frequentando sete consultas de pré-natal na UBS com médico e não participou de grupos para gestantes. Informa parto normal, participou das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto e escolheu o tipo de parto. Utilizou a respiração e mudanças de posição como métodos não farmacológicos de alívio da dor. Não foi submetida ao uso de Ocitocina, foi feita a amniotomia, não foi realizada a episiotomia e a manobra de Kristeller e foi informada sobre todos os procedimentos pelos médicos e enfermeiros. Retornou a consulta de puerpério com o médico. Entrevistada dois meses após o parto em seu domicílio.

M18 – Mulher com 27 anos, ensino médio completo, casada, do lar, reside em casa cedida, com três pessoas e renda familiar de 1 a 2 salários. Relata G3, PN2, A1, filhos vivos, última gestação de baixo risco, frequentou oito consultas de pré-natal na UBS com médico e enfermeiro e não participou de grupos para gestantes. Relata que queria o parto normal, mas que não foi questionada sobre isso e não participou das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto. Utilizou o banho de aspersão e a respiração como métodos não farmacológicos de alívio da dor. Foi submetida ao uso de Ocitocina, não foi realizada a amniotomia, a episiotomia e a manobra de Kristeller e recebeu informações sobre todos os procedimentos pelos médicos. Retornou a consulta de puerpério com o médico, mas não recebeu visita domiciliar da equipe da ESF do seu bairro. Foi entrevistada 5 meses após o parto em seu domicílio.

M19 – Mulher com 26 anos, ensino superior completo, casada, professora de educação física, reside com duas pessoas em casa própria, renda familiar de 3 a 4 salários e em área não adscrita por ESF, mas com Unidade Básica de Saúde. Relata G1, PN1, A0, um filho vivo, última gestação de baixo risco, frequentando 15 consultas de pré-natal particular com a médica e ter participado de grupos para gestantes. Parto normal particular por sua escolha e participação nas decisões sobre o seu trabalho de parto e parto. Usou a bola de Bobath, banho de aspersão, massagem lombossacra e a respiração como métodos não farmacológicos de alívio da dor. Não foi submetida ao uso de Ocitocina, foi realizada amniotomia e episiotomia, não ocorreu à manobra de Kristeller e foi informada sobre todos os procedimentos pela médica. Retornou a consulta de puerpério com o médico. Entrevistada um mês após o parto em seu domicílio.

M20 – Puérpera com 30 anos, ensino médio completo, união estável, do lar, reside com três pessoas em casa alugada, com renda familiar de 1 a 2 salários e em área não adscrita de ESF, mas com Unidade Básica de Saúde. Relata, G2, PN2, A0, dois filhos vivos, última gestação de baixo risco, frequentando cinco consultas de pré-natal na UBS com o médico e não participou de grupos para gestantes. Relata que queria o parto normal, mas que não foi questionada sobre isso e não participou das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto. Utilizou o banho de aspersão, a deambulação e a respiração como métodos não farmacológicos de alívio da dor. Foi submetida ao uso de Ocitocina, foi realizada a episiotomia, não foram usadas a amniotomia e a manobra de Kristeller, mas recebeu informações sobre todos os procedimentos pelos médicos e enfermeiros. Ainda não compareceu a consulta puerperal. Entrevistada 20 dias pós-parto em seu domicílio.

M21 – Mulher com 36 anos, ensino médio completo, casada, supervisora de produção, reside com duas pessoas em casa própria, com renda familiar de 2 a 3 salários, em área não adscrita de ESF, mas com Unidade Básica de Saúde. Relata G1, PN1, A0, um filho vivo, última gestação de baixo risco, frequentando oito consultas de pré-natal pelo convênio com médico e participou de grupos para gestantes. Parto normal pelo SUS por sua escolha, mas não participou das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto. Usou a respiração como métodos não farmacológicos de alívio da dor. Não foi submetida ao uso de Ocitocina, foi realizada

a amniotomia e episiotomia e não foi usada a manobra de Kristeller e recebeu todas as informações dos procedimentos da médica. Retornou a consulta de puerpério com o médico. Entrevistada um mês após o parto em seu domicílio.

M22 – Mulher com 23 anos, ensino médio completo, união estável, do lar, reside em casa própria, com três pessoas, com renda familiar de 1 a 2 salários em área não adscrita por ESF, mas com Unidade Básica de Saúde. Relata G2, PN1, PC1 A0, filhos vivos, última gestação de baixo risco, frequentando seis consultas de pré-natal na UBS com médico e não ter participado de grupos para gestantes. Parto normal por escolha da equipe profissional da maternidade, mas participou das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto. Não fez uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, não foi submetida ao uso de Ocitocina e a amniotomia, mas foram realizadas a episiotomia e a manobra de Kristeller, todavia não foi informada sobre todos os procedimentos aos quais foi submetida. Retornou a consulta de puerpério com o médico. Entrevistada três meses após o parto em seu domicílio.

M23 – Mulher com 39 anos, ensino médio completo, casada, doméstica, reside com cinco pessoas em casa própria e com renda familiar de 1 a 2 salários. Relata G5, PN3, PC1, A1, filhos vivos, última gestação de risco moderado por anemia, frequentando nove consultas de pré-natal na ESF próxima ao seu trabalho com médico e enfermeiro e não ter participado de grupos para gestantes. Parto normal por sua escolha e participou das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto. Usou a bola de Bobath, o banho de aspersão, a deambulação e a respiração como métodos não farmacológicos de alívio da dor. Não foi submetida ao uso de Ocitocina, não foram realizadas a amniotomia, a episiotomia e a manobra de Kristeller e recebeu informações sobre todos os procedimentos dos médicos. Retornou a consulta de puerpério com o médico e não recebeu visita domiciliar da equipe da ESF do seu bairro. Entrevistada um mês após o parto em seu domicílio.

M24 – Puérpera com 26 anos, ensino médio incompleto, em união estável, desempregada, operadora de máquinas, reside com quatro pessoas em casa alugada e com renda familiar de menos de um salário. Relata G3, PN3, A0, três filhos vivos, última gestação de baixo risco, frequentando dez consultas de pré-natal que iniciaram no convênio e terminaram na ESF com médico e não participou de

grupos para gestantes. Parto normal por sua escolha, participando das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto. Não usou métodos não farmacológicos de alívio da dor, não foi submetida ao uso de Ocitocina, não foram realizadas a amniotomia, episiotomia e a manobra de Kristeller e foi informada sobre todos os procedimentos pelos médicos e enfermeiros. Não retornou a consulta de puerpério, mas recebeu a visita domiciliar da ACS da ESF do seu bairro. Entrevistada um mês após o parto em seu domicílio.

M25 – Mulher com 26 anos, ensino médio completo, casada, gerente comercial, reside em casa cedida com quatro pessoas e renda familiar de 4 a 5 salários. Relata G1, PN1, A0, filho vivo, última gestação de alto risco, por SHEG, frequentando 12 consultas de pré-natal na ESF com médico e enfermeiro e não ter participado de grupos para gestantes. Parto normal por sua escolha e participou das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto. Usou o banho de aspersão e a respiração como métodos não farmacológicos de alívio da dor. Foi submetida ao uso de Ocitocina, houve amniorrexe, foi realizada a episiotomia e não foi usada a manobra de Kristeller. Recebeu informações sobre todos os procedimentos pelos médicos e enfermeiros. Retornou a consulta de puerpério com o médico e não recebeu visita domiciliar da equipe da ESF do seu bairro. Entrevistada um mês após o parto em seu domicílio.

Com base nos dados obtidos pelo APÊNDICE E – Aspectos socioeconômicos, obstétricos e intervenções ocorridas no parto – foi possível fazer a caracterização das mulheres.

A faixa etária das entrevistadas variou entre 16 a 45 anos de idade, com uma prevalência de mulheres entre 20 a 25 anos, que corresponderam a 32%, seguida da faixa etária de 26 a 30 anos com 28%, 36 a 40 anos com 16%, 31 a 35 com 12%, 16 a 20 anos com 8% e de 41 a 45 anos com 4%. A idade média encontrada foi de 27,92 anos.

Nossos dados assemelham-se ao trabalho desenvolvido no Distrito Federal com 10.468 mulheres, que encontrou a média de idade de 28,77 anos. No Teste nacional de Violência Obstétrica da Fundação Perseu Abramo, 85% mulheres encontravam-se na faixa etária de 20 a 35 anos dado próximo ao deste estudo, que encontrou 72% nesta faixa etária. Estudo do Ceará também apresentou idades

parecidas, prevalecendo de 20 a 34 anos com 62,1% e a pesquisa nacional sobre a assistência pré-natal identificou 73,2% das mulheres nessa idade (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2012; RODRIGUES, 2014; DOMINGUES et al., 2015; SOUZA, 2014;).

No estudo desenvolvido em Maringá as mulheres entrevistadas tinham a média de 25 anos, variando de 12 a 46 anos, o que diverge dos nossos dados (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

Neste estudo, a maioria das mulheres possuía ensino médio completo (48%), 24% ensino médio incompleto, 16% ensino superior completo, 8% ensino fundamental incompleto e 4% ensino superior incompleto.

No estudo, 72% das mulheres informaram ensino superior completo ou incompleto. Dados próximos ao do estudo do Paraná que encontrou 0,9% analfabetas; 28,8% que frequentaram o primeiro grau; 65,9% que cursaram o segundo grau e 4,4% que estudaram até o nível superior (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

Quanto ao estado conjugal 60% eram casadas, 32% possuíam união estável e 8% eram solteiras. Dados superiores aos encontrados no estudo nacional sobre a assistência pré-natal, pois 81,7% das mulheres possuíam companheiro (DOMINGUES et al., 2015).

Em relação ao estado civil os dados divergem dos obtidos no Ceará que encontrou 56,6% de mulheres solteiras 56,6%, seguido de uniões consensuais (23,2%) e casadas (19,8%) (RODRIGUES, 2014).

A profissão informada por 40% das mulheres foi do lar dedicando-se às atividades de casa e aos cuidados com os filhos. As demais variaram entre: doméstica, farmacêutica, enfermeira, balconista, gerente, autônoma, pedagoga, entre outras. Das entrevistadas, três (12%) mulheres eram estudantes. A ocupação das mulheres do estudo estava diretamente relacionada às profissões informadas.

Foram 14 mulheres que informaram possuir uma profissão/ocupação e destas, 12 estavam trabalhando na ocasião da entrevista. Apenas duas mulheres estavam desempregadas, informando que foi opção própria, pelo desejo de cuidar do RN.

Outro estudo desenvolvido encontrou predominância das mulheres sem atividade remunerada, 62,9%. Mais da metade das mulheres que não exerciam

atividade remunerada eram donas de casa (58,5%) e 4,4% eram estudantes (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011), dados que corroboram com os desta pesquisa.

Os dados deste estudo são semelhantes ao trabalho que observou predominância de mulheres que exerciam atividades não remuneradas em seus lares (51,5%). As que relataram atividades representam 48,5% e 15,4% eram estudantes (RODRIGUES, 2014).

A renda familiar predominante encontrada foi de um a dois salários mínimos, 68%. Menos de um salário foi informado por 8% das mulheres, de dois a três salários por 4% e de três a quatro salários por 12%. O maior valor informado foi de quatro a cinco salários (8%).

O número de pessoas que vive com a renda informada foi de três (40%), quatro pessoas (36%), cinco pessoas (16%), seis e oito pessoas (8%). A maioria das entrevistadas reside em casas próprias, 64% da amostra, 24% moram em casas alugadas e 12% foram cedidas por parentes. O perfil socioeconômico dessas atrizes sociais refletem as condições da área onde vivem, que possui o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) alto (0,787) (PNUD, 2013).

Quanto ao perfil obstétrico 40% das mulheres eram primigestas, 32% secundigestas, 16% tercigestas e as demais eram multigestas. Em relação ao parto normal 16% nunca pariram, 48% eram primíparas, 20% secundíparas, 12% tercíparas e 4% múltipara. Quando questionadas sobre o parto operatório sete mulheres relataram cesarianas, sendo que quatro (16%) submeteram a cesariana uma vez; duas (8%), duas vezes; e uma (4%) a três vezes.

Quando questionadas se tiveram algum aborto, 22 mulheres (88%) informaram que não e somente três mulheres (12%) referiram um episódio. Sobre o número de filhos vivos 44% informaram terem um, 36% dois, 8% três, 8% quatro e 4% possuíam sete filhos vivos.

Os dados dessa pesquisa são semelhantes ao da realizada no Paraná que 39,9% das mulheres eram primíparas e 60,1% múltiparas, sendo 46,4% com um filho vivo; 31,3% dois e 22,3% tinham três ou mais filhos vivos. Registrou-se o percentual de 24,0% de mulheres com antecedentes de duas cesáreas ou mais. Encontrou-se 16,3% das mulheres com antecedentes de abortamento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011). Difere dos dados deste estudo principalmente o número de múltiparas 46,4%, que nesse estudo, corresponde apenas a 4% da amostra e foram consideradas múltiparas as mulheres com mais de três partos.

Os dados do Ceará também são próximos aos deste estudo, 43,7% das mulheres entrevistadas haviam tido apenas uma gestação, 46,6% vivenciaram o seu primeiro parto, 74,4% nunca tiveram aborto e 18,4% informaram pelo menos um aborto (RODRIGUES, 2014).

A última gestação foi considerada de baixo risco para 64% das mulheres. As nove (36%), que informaram gestação de alto risco apontaram os seguintes fatores de risco: hipertensão crônica, anemia, oligodrâmnia, hipotireoidismo, idade avançada, pré-eclâmpsia, SHEG, toxoplasmose e veias varicosas.

Todas as 25 mulheres realizaram pré-natal, estando de acordo com as recomendações da OMS e MS, que é um indicador positivo para o município estudado (BRASIL, 2012c). O local das consultas de pré-natal variou visto que 40% delas frequentaram as consultas na ESF, 20% na UBS, 16% na policlínica, 12% na saúde suplementar, 8% pagou por atendimento particular e 4% no hospital por serem alto risco, sendo a média de consultas 8,36. Somente uma gestante teve menos de seis consultas, estando abaixo do recomendado pelo MS da saúde, que preconiza no mínimo seis consultas (BRASIL, 2012c).

Os dados obtidos por este estudo foram semelhantes ao estudo no Distrito Federal (DF) que teve 97,8% de adesão ao pré-natal e ao “Nascer do Brasil” que teve índice de 98,7%. Em relação ao número médio de consultas, a adesão foi de 9,6 no DF dado superior ao nosso estudo que foi de 8,36 (SOUZA, 2014; VIELLAS et al., 2014).

O profissional que realizou as consultas de pré-natal foi predominantemente o médico, atendendo 68% das mulheres. Médicos e enfermeiros foram responsáveis por 24% das consultas; valor abaixo se considerarmos que 19 (76%) mulheres realizaram pré-natal nos serviços de atenção primária.

É importante destacar a baixa adesão dos enfermeiros nas consultas de pré-natal, profissional que é habilitado a realizar consultas de pré-natal de baixo risco e que deve prezar para uma atenção humana e acolhedora da mulher, priorizando a orientação para elas e seus familiares, o incentivo e preparo ao parto normal (BRASIL, 2012c).

Apenas quatro (16%) mulheres deste estudo frequentaram grupos de gestantes, o que ressalta ainda mais a vulnerabilidade e o despreparo das mulheres para enfrentar o trabalho de parto e parto e para a luta pelos direitos, deixando-as

ainda mais expostas às rotinas de serviços e às decisões dos profissionais de saúde.

É importante destacar que as quatro mulheres que participaram de grupos de gestantes não frequentaram esta atividade nas unidades básicas de saúde de seus bairros, e sim, em outras instituições, seja convênio de saúde ou cursos pelos lojistas do município.

Os cursos para gestantes são práticas educativas que devem abordar: o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis de vida; a identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto; os cuidados com o recém-nascido; a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e do planejamento familiar; os direitos da gestante e do pai; os riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas; e o uso de medicações na gestação (BRASIL, 2012c). Este espaço visa preparar a mulher para o parto fortalecendo não apenas o individual, mas o coletivo, além de ser um importante ponto de troca de experiência na comunidade.

No caderno de campo consta que a maioria das mulheres referiu não participar de cursos para gestantes, porque trabalham. No entanto, é importante destacar que as práticas educativas podem ser realizadas de forma individual ou coletiva por meio de grupos de gestantes, sala de espera, intervenções comunitárias e durante as consultas de pré-natal (BRASIL, 2012c). Assim, a não participação dos grupos de gestantes não pode ser desculpa para a não orientação e preparo da mulher para o trabalho de parto e parto.

Nestes cursos para gestantes e no pré-natal é importante orientar e ensinar as mulheres a elaborar o plano de parto, considerado um dos 10 passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica à saúde (BRASIL, 2012c). Porém, nenhuma mulher referiu ter realizado um plano de parto, apenas M19 informou que discutiu sobre como gostaria que fosse o parto com a médica.

O plano de parto é a descrição das expectativas, vontades, medos, desejos da mulher em relação ao seu parto. Esse documento deve ser apresentado na maternidade e seguido pela equipe de saúde. Para sua elaboração, a mulher deve receber informações de todos as possíveis intervenções, seus benefícios e consequências para que possa decidir pela melhor conduta e se sentir mais segura. Essa seria mais uma estratégia de promoção à saúde (TESSER et al., 2015).

Neste trabalho, foi encontrada uma boa frequência das consultas de puerpério, 76% das mulheres (19) relatam terem retornado aos serviços para este atendimento. Os 24% que não foram à consulta, ainda não haviam completado os 40 dias de puerpério, mas consta no caderno de campo que elas demonstravam interesse de procurar o atendimento e ao final das entrevistas foram incentivadas a comparecer as unidades de saúde.

O MS recomenda a realização de pelo menos uma consulta de puerpério até os 42 dias após o parto (BRASIL, 2012c), demonstrando outro indicador positivo no município estudado.

O médico foi o profissional responsável por 84,2% das consultas das mulheres que foram as consultas de puerpério. O enfermeiro novamente teve uma baixa participação, demonstrando que este profissional está afastado das atividades referentes à assistência pré-natal e ao puerpério no município.

Um dado importante encontrado neste trabalho foi a baixa cobertura das visitas puerperais das equipes de ESF. Das 17 mulheres que residem em área de adscrição de unidades de ESF, 64,7% informaram que não receberam visitas após o parto.

É recomendação do MS que a ESF realize pelo menos uma visita de puerpério para as mulheres e seu RN que, de preferência, deve ocorrer na primeira semana após o parto com o objetivo de monitorar a puérpera e a criança e orientar quanto aos cuidados adequados, sobre o aleitamento materno, identificar possíveis fatores de risco e realizar encaminhamentos necessários (BRASIL, 2012c).

Neste trabalho não foi avaliada especificamente a visita do enfermeiro e as mulheres que informaram não terem recebido visita atribuíram este fato a ausência de qualquer profissional da ESF, inclusive do ACS, profissional que deveria fazer uma visita domiciliar por mês, independente do estado de saúde dos moradores (BRASIL, 2012c).

Nesta pesquisa, 21 mulheres tiveram parto normal e quatro cesárea, por indicação. Os fatores considerados pela equipe para a cesárea foram: Hipertensão, Oligodramnia, Pré-eclampsia e distócia de dilatação.

Os dados da caracterização das mulheres deste trabalho destacam, principalmente, a baixa participação do profissional enfermeiro das atividades relacionadas ao pré-natal e puerpério, como consultas, cursos para gestante e visitas domiciliares.

A importância de profissionais comprometidos com a assistência das mulheres é salientada na citação abaixo:

“Acreditamos que a mulher deve ser a protagonista de sua história e, assim, deve ter poder de decisão sobre seu corpo, liberdade para dar à luz e acesso a uma assistência à saúde adequada, segura, qualificada, respeitosa, humanizada e baseada em evidências científicas. Para tanto, no pré-natal, no parto e no pós-parto, a mulher precisa ter apoio de profissionais e serviços de saúde capacitados que, acima de tudo, estejam comprometidos com a fisiologia do nascimento e respeitem a gestação, o parto e a amamentação como processos sociais e fisiológicos (BRASIL, 2012a, p.7)”.

5.2. APRESENTANDO AS CATEGORIAS ENCONTRADAS

As entrevistas geraram duas grandes categorias que são apresentadas e discutidas abaixo: **Violência institucional no trabalho de parto e parto e Ações não farmacológicas na humanização da assistência no trabalho de parto e parto** (grifo do autor).

5.2.1 Violência institucional no trabalho de parto e parto:

A categoria **Violência institucional no trabalho de parto e parto** foi dividida em quatro subcategorias: *Do acolhimento à desumanização da assistência, Direitos do paciente, Ações intervencionistas e Percepção das mulheres sobre a violência no trabalho de parto e parto.*

Essa grande categoria refere-se, como o próprio nome diz, à percepção das mulheres no tocante à violência nas várias etapas do período de internação.

5.2.1.1. Do acolhimento à desumanização da assistência:

Ao longo dos tempos e em todas as culturas, a gestação e o nascimento são vistos como eventos únicos, de felicidade e emoções capazes de marcar a vida de

todos os envolvidos. Portanto, o parto é um processo fisiológico normal que requer cuidado humanizado, individualizado e acolhedor. A mulher não pode ser assistida em um ambiente hostil, de rotinas rígidas, que não permite que ela expresse seus sentimentos e suas necessidades (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; ANDRADE; LIMA, 2014).

Todos os usuários dos serviços de saúde, público ou privado têm o direito de ser acolhidos, em qualquer instituição de saúde, segundo a Política Nacional de Humanização. A citação abaixo ressalta esse direito:

“O Acolhimento é conceito imbricado no grande princípio do SUS de acesso universal, seja acesso às unidades e serviços (garantia do cuidado), acesso à qualidade da assistência que significa escuta ativa, vínculo, responsabilização, resolutividade e acesso à continuidade do cuidado. Expressa-se como a construção de uma diretriz política e operacional para responder à necessidade dos usuários de garantia de acesso ao cuidado em saúde. Acolhimento traduz-se em uma atitude de inclusão, é postura ética, uma atitude em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde, à qualidade e à integralidade da atenção (LANSKY; FIGUEIREDO, 2014, p. 159).”

Nas maternidades o acolhimento está associado à garantia de vagas para as mulheres em trabalho de parto ou com queixas considerando que a humanização é mais do que uma internação. Os serviços devem realizar a classificação da demanda imediata e do risco, oferecer acesso à informações e linguagem adequada; utilizar tecnologias apropriadas, seja do serviço e/ou insumos; proporcionar assistência de qualidade no pré-natal, parto e puerpério; a continuidade do cuidado na rede de saúde, permitindo transferência segura quando necessário (LANSKY; FIGUEIREDO, 2014).

Nas falas das mulheres desse estudo foi possível observar que algumas delas foram acolhidas, bem recebidas, pela equipe de saúde, o que proporcionou satisfação e reconhecimento da assistência recebida evidenciados nas falas abaixo:

“As enfermeiras começaram a conversar comigo. Então, foi muito bom! Eu gostei de tudo! Porque nos outros lugares que eu fui eu não gostei muito, porque eu ia e eles mandavam eu ir embora. Estava com pressão alta e eles não davam nenhum remédio, falavam que era normal. Aí desde o primeiro dia que eu fui lá; já mandaram me internar para fazer o exame de urina e essas coisas para ficar mais a par do que estava acontecendo. Começaram a me deixar mais calma. Foi nisso que eu comecei a procurar mais lá do que a outra maternidade, porque eles foram mais atenciosos comigo. Eles conversavam, faziam eu esquecer que estava com a pressão

“muito alta, eles tentaram me acalmar para eu conseguir o parto normal” M11.

“Cheguei lá às três e meia e me atenderam super bem! Falaram tudo certinho o que ia fazer” M18.

“Foi legal! Eu cheguei lá e eles me atenderam super bem! Eles ficavam o tempo todo perto de mim. Não me abandonaram!” M24.

É perceptível na fala das entrevistadas que elas se sentiram acolhidas pelo serviço porque tiveram suas queixas e necessidades atendidas pela equipe, o que é um começo para a assistência de qualidade, cumprindo as diretrizes do PHPN e PQM (BRASIL, 2014a).

Trabalho desenvolvido com 17 mulheres atendidas no município de São Paulo em um centro de parto normal, que atende pelo SUS, encontrou dados semelhantes aos deste estudo, pois demonstrou que as parturientes foram acolhidas com atenção e carinho e sentiram-se satisfeitas com o primeiro atendimento (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013).

Por outro lado, algumas mulheres não constataram esse acolhimento pela equipe ao relatarem que ficaram por horas aguardando o atendimento, não foram orientadas ou informadas sobre a sua situação e sentiram-se abandonadas pela equipe:

“Só que chegando lá, eu dei entrada as onze, me colocaram em um quarto e foram me atender só de tarde. Ai que eles foram me atender, colocaram soro, retiraram sangue, fizeram toque e só. Depois, só a noite que eles fizeram toque de novo. Me deixaram lá com o soro, agonizando!” M13

“Então, como foi convênio o médico tinha me informado um pouco antes do que iria ser feito, ele tinha escrito para as técnicas, eu já fui com a prescrição do que iria ser feito, então já sabia o que iria acontecer. Mas quando eu cheguei lá não tinha nada, não me informaram nada, não deram nem roupas, não informaram o lugar que eu iria ficar. Eu que fui entrando e procurando o quarto, ninguém me recebeu, sabe?” M5

As falhas no acolhimento também foram encontradas em estudo nacional no qual apenas 53% das mulheres sentiram-se realmente acolhidas, com respeito e dignidade (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2012).

O acolhimento inadequado é evidente na fala das mulheres. Entretanto, M13 destaca uma assistência baseada em rotinas com a realização de procedimentos como a punção de acesso venoso, instalação de ocitocina e toque vaginal,

destacando o cuidado baseado na técnica e desumanização (SANTOS; PEREIRA, 2012).

Dar entrada em um serviço de saúde, independente de ser pelo SUS ou convênio não é garantia de acolhimento adequado. Outros fatores como o número pequeno de profissionais, equipe mal preparada, entre outros fatores favorecem esses acontecimentos que em um período de fragilidade da mulher não deveria acontecer.

Todos os profissionais de saúde são responsáveis pelo acolhimento da mulher, mas a classificação de risco é uma responsabilidade de médicos e enfermeiros especializados e capacitados. Na fala de M12 é possível observar que o recepcionista a encaminhou para outra maternidade, sem uma avaliação prévia da equipe, colocando em risco a sua vida e de seu filho.

“Meu marido foi lá e levou o cartão, só que ele (recepcionista) falou “eu vou aconselhar você a levar ela para a outra maternidade, porque lá tem mais suporte para fazer o parto dela, porque aqui nós não temos muito suporte para fazer parto. Se quiser ficar aqui pode, vocês que sabem, mas se quiserem levar para lá é melhor, o atendimento é melhor”, por isso nós resolvemos ir para outra maternidade.”M12

Essa conduta de encaminhamento do paciente sem a garantia de segurança ou de uma avaliação prévia contraria os conceitos de acolhimento, que visam à recepção do usuário nos serviços de saúde e passa a ser uma responsabilidade da unidade. Não foi permitido à mulher relatar as suas queixas, as necessidades e preocupações do momento e receber avaliação adequada por profissional capacitado, permitindo a garantia de um atendimento resolutivo e responsável (ANDRADE; FERREIRA, 2014). A simples indicação de transferência em determinada situação leva o casal a ficar mais inseguro a respeito da assistência que lhe será oferecida.

A fala também evidencia a falta de vínculo da gestante com a instituição onde ocorrerá o parto que é um princípio da Rede Cegonha. A mulher deve conhecer e visitar o serviço evitando a peregrinação para encontrar a maternidade. O não cumprimento deste direito demonstra que a rede de cuidados à mulher é fragmentada e ineficaz (BRASIL, 2011b).

Na fala de M12 é perceptível a falha na organização da rede de serviços obstétricos e neonatais, pois o acolhimento, a classificação de risco e o

encaminhamento seguro, com a garantia de vagas e em transportes adequados não foram garantidos. Todos os profissionais, mesmos os recepcionistas, devem colaborar para que as gestantes, parturientes, RN, puérperas e famílias tenham os seus direitos respeitados e as necessidades atendidas, procurando minimizar agravos e complicações (ANDRADE; FERREIRA, 2014; ANDRADE; LIMA, 2014). Neste estudo somente uma mulher referiu acolhimento inadequado e a orientação de encaminhamento para outro serviço foi deixado sob a responsabilidade do casal, e a mesma não recebeu nenhum tipo de assistência por profissional de saúde.

Este estudo constatou que a maioria das mulheres relataram terem sido acolhidas pelos serviços e demonstraram satisfação pelos cuidados recebidos durante o período de internação da maternidade e avaliaram os serviços como adequados e satisfatórios conforme verifica-se nas falas abaixo:

“... Eu gostei do atendimento lá, fui muito bem atendida! Eles foram muito atenciosos comigo e eu gostei muito. Eu tive todos meus filhos lá e desta vez eu estava em dúvida, mas acabei indo para lá mesmo e eu gostei.” M4

“...o atendimento lá foi excelente! Eu gostei! Eu tive os meus três filhos lá, eles são muito atenciosos. Se você estiver precisando de alguma coisa eles vão lá ver, pode ser cedo, a tarde, a noite ou de madrugada, que eles vão.” M17

“Mas eles me trataram super bem eu não tenho o que reclamar de lá! Nossa, as enfermeiras iam até lá, me ajudaram a tomar banho, olhavam ela, porque eu sofri demais para ter ela, nossa senhora! Mas o tempo todo ninguém nunca me tratou mal, me trataram super bem, eu não tenho o que reclamar de lá.” M10

As mulheres ressaltaram o bom atendimento recebido dos profissionais de saúde, a prontidão em atender as suas necessidades e auxílio durante o trabalho de parto e parto. Elas também valorizaram a assistência oferecida continuamente e confirmaram um sentimento de proteção e não de abandono no momento de fragilidade e vulnerabilidade que é o trabalho de parto e parto. É o que se pode comprovar pelas falas apresentadas a seguir:

“Veio aquela dor que eu não estava aguentando e vinha o médico e as moças para olhar o coraçãozinho, ver como estava, medir a minha pressão e eu fiquei a noite inteirinha com a dor, a noite inteirinha. Toda hora o médico e as enfermeiras iam lá, até eu ganhar ele. Até a hora que ele chegou e falou assim que eu estava na cama e ele falou assim: “vamos passar para cama de parto”. Porque ele fez o toque e falou que já estava na hora, “vamos deitar ali”. Eu deitei e até ele falou assim, “já estou vendo a cabecinha dele”, o médico falou.” M6

“Em relação a minha internação foi de boa! Toda hora, de meia em meia hora, tinha uma pessoa escutando o coração do meu filho, a médica vinha toda hora. Quando eu fui para sala de preparação (pré-parto) a médica não saiu mais do meu lado, ficou até eu ganhar o neném.” M13

“De madrugada eu fiquei andando, para lá e para cá e toda hora eles iam até lá me ver, examinar, escutavam o coraçãozinho dele, de meia em meia hora. Eles verificavam como estava o neném, mas eu não, eles só perguntavam como eu estava, mediam a minha pressão, mas não faziam o toque, quem fazia isso eram as enfermeiras. Na hora do toque a médica ou o doutor, que vinha fazer, mas demorava, não era toda hora não.” M23

“Eu gostei, os médicos davam atenção, toda hora que eu sentia alguma dor, alguma coisa, eu pedia para chamar a médica e ela ia até lá. A enfermeira vinha de meia em meia hora para ver se o coraçãozinho dele estava bem, porque não estava dilatando no começo, demorou para dilatar. Eu gostei o pessoal lá é bastante atencioso.” M12

“Eu fiquei e a médica (pediatra) começou a falar comigo. Começou a dar os parabéns e falou que foi tudo bom. Enquanto ela falava comigo a médica estava dando os pontos, estava tirando os restos do parto, foi tudo bom.” M11

Os dados levantados foram semelhantes a dois estudos de São Paulo: o primeiro, realizado com 21 puérperas, ressaltou a importância do cuidado individual, destacando a importância da boa relação, do respeito a sua privacidade, da escuta de suas queixas, no uso de tecnologias necessárias e bem executadas pelo profissional (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011). No segundo, o acompanhamento contínuo foi apontado pelas mulheres como atenção, satisfação, tranquilidade, bem-estar, segurança e ausência de solidão (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013).

Na fala das mulheres foi perceptível o reconhecimento do trabalho do médico e dos enfermeiros como os principais cuidadores e responsáveis pelo momento do parto.

“As duas médicas eram uns amores, ficaram duas lá dentro da sala, elas eram novinhas”. M13

“O tempo todo ele ficou falando comigo explicando o que ele ia fazer, fazia o toque, toda hora ele fazia toque, acho que pelo menos quatro toques ele fez” M25.

“Na hora do parto tinha umas enfermeiras que ficaram o tempo todo do lado, seguraram a minha mão na hora do corte. Eu não tenho o que reclamar não. O atendimento foi muito bom! Muito bom mesmo!” M8.

“Eles atenderam muito bem, a internação teve uma atenção muito grande do pessoal do berçário, das enfermeiras que mesmo depois do parto estavam lá. Porquê a gente sente dor, medicando, dando atenção, não tenho queixa não!” M9

Diante as falas das mulheres é importante que haja uma sensibilização dos profissionais que as atendem no momento do trabalho de parto e parto, que é um período de grande vulnerabilidade no qual, muitas vezes, o que se espera do outro é um olhar além do biológico, com atenção, informações claras, um cuidado digno e respeitoso, preceitos estes da humanização. O enfermeiro é um dos profissionais que está presente em todos os momentos da assistência à parturiente, devendo promover segurança, conforto e acolhimento efetivos (GRAMACHO; SILVA, 2014).

Na fala de M20, fica evidente que muitas vezes a mulher chega ao serviço de maternidade esperando não ter atendimento acolhedor, e sim, um cuidado no qual a desumanização é evidente por parte dos profissionais.

“Só as meninas de lá que eu achei que elas não são enfermeiras estúpidas, grossas. São todas gente boa! Boazinhas elas! Eles dão atenção, toda hora vão lá orientar. Dão atenção! Isso que eu achei importante! M20

Estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo (2012), com aproximadamente duas mil mulheres de todo o país, que responderam o Teste de Violência Obstétrica, relata que na percepção do acolhimento das mulheres em trabalho de parto o medo e a insegurança foram as respostas mais frequentes. Apenas 43% responderam que sentiram segurança e confiança nos cuidados recebidos (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2012). Esses dados contribuem para a cultura da violência apontada na fala de M20, que chegou à maternidade esperando por atendimento no qual os maus-tratos seriam realidade.

M20 destaca que as enfermeiras não são estúpidas, grossas, mas na fala de M1 os profissionais são descritos como indelicados, ásperos, rudes. Fato este encontrado em outro estudo no qual ficou evidente que tanto os médicos quanto a equipe de enfermagem tendem a adotar uma postura rude, de poder e de autoridade frente à vulnerabilidade da mulher que está parindo. (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

“Eu não sei se é porque você está grávida, está tendo parto, que você fica um pouco sensível e a gente acaba chorando pelo tratamento deles que são meio rudes, não sei. Acho que é por causa do dia a dia mesmo do hospital, que acaba sendo assim. Você passa um pouco em hospital particular, agora pelo SUS eu não tive assim um tratamento, eu me senti mais uma ali. Às vezes como se fosse mais uma. Falam com a gente de um jeito que não é delicado, com um jeito meio áspero, que às vezes, eu não fui à única, sozinha e é pior ainda quando fica muito tempo internada”. M1

O PQM recomenda que as mulheres devam ser chamadas pelo nome e estimuladas a expressarem suas angústias, ansiedades e medos. Atitudes grosseiras, violentas, julgamentos e censuras devem ser evitados (ANDRADE; LIMA, 2014). Essa conduta acolhedora evitaria sentimentos como o de M1 visto que nem todas as mulheres são acolhidas e bem atendidas no momento do parto.

“A parte de enfermagem, um dia somente, não foi só eu, todas as pacientes notaram. Teve um dia da minha internação durante esses sete dias que eu fiquei internada que teve muitos partos, muito nascimento e eu fiquei o dia todo sem medicação, sem medicação da pressão alta, sem o analgésico e eu senti dor, porque tinha acabado de ter a cesárea e não tinha o Lisador. Meu soro deixaram acabar! Eu sinto muita dor até agora. Deixaram Noripurum e perdeu o acesso e começou a inchar fora da veia.” M1

“Assim, só a noite que eu me senti um pouco mais sozinha, porque a médica não apareceu lá nenhum momento. Quem foi lá foi só a enfermeira, ela foi lá saber como estava, foi só uma vez também. Foi só este lado que eu achei ruim. Eu achava que como tinha eu e mais uma gestante que ela deveria ter ido lá algumas vezes, saber como estava.” M2

A assistência inadequada relatada pelas mulheres apresenta-se pela falha nos cuidados, procedimentos, pelo abandono e ausência de assistência, fato este denominado de mau atendimento e apontado como uma violência (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011). Essas condutas no trabalho de parto levam as mulheres a sentir insatisfação pelo acompanhamento recebido (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013).

As falas de M3 e M10 relatam condutas inadequadas da equipe que podem gerar dúvidas, medo e insatisfação pela assistência recebida.

“Eram três e pouco, falaram que iam levar para a cesárea, me avisaram e tudo, eu fiquei mais esse tempo no chuveiro esperando preparar e arrumar tudo. Na sala de operar eles olharam para ver se havia dilatado mais, mas não tinha. Fui para a mesa de cirurgia e eles fizeram mais um toque pra ver se tinha dilatado alguma coisa, mas não e fizeram à cesárea.” M3

“Eu desci e quando chegou no local que dá anestesia para fazer cesárea ela foi olhar e o nenê já estava nascendo, estava apontando e ela não quis fazer, falou que tinha risco para feto, de acontecer alguma coisa. A minha mãe ficou comigo e as enfermeiras que me ajudaram foram todas lá do centro cirúrgico, elas ficaram lá comigo. Acho que foi dez minutos e ela nasceu, só que tiveram que levar ela, porque a médica falou que tinha feito coco.” M10

M3 relata que foi tocada mesmo após a decisão da cesárea e o exame foi novamente realizado no centro cirúrgico o que gerou questionamentos do motivo desta prática: dúvidas da profissional quanto à conduta a ser adotada? Insegurança?

Questionamentos que ficam sem uma resposta para mulher e até mesmo para pesquisadora, mas que evidenciam o uso indiscriminado do toque vaginal.

Outra conduta questionável foi relatada por M10, que mesmo após ser encaminhada ao centro cirúrgico para uma cesárea, o parto ocorreu em uma maca comum pela via vaginal, novamente gerando questionamentos diversos e expondo aqui as fragilidades e violências da assistência obstétrica às mulheres em trabalho de parto e parto.

Outro fator relacionado ao acolhimento adequado é a comunicação efetiva entre o profissional e a mulher, que deve receber explicações sobre o seu estado de saúde, procedimentos realizados e condutas adotadas. Para que as informações alcancem seus objetivos, é necessário conhecer os valores, a cultura, as crenças, as necessidades e as expectativas da família, o que possibilita melhor interação entre todos os envolvidos. Neste diálogo, é importante que o profissional fique atento quanto ao uso da linguagem clara e objetiva e a compreensão da mensagem (ANDRADE; LIMA, 2014).

“Eles falavam tudo para mim, tudo o que iria acontecer. Tudo eles conversavam, o que ia fazer, tudo eles comunicavam comigo. Vamos dizer assim, eles falavam alguma coisa. Eles falaram do soro, que era para dar a dor eles explicavam. Tudo eles explicavam, o que ia fazer, por exemplo, na hora que ia tirar sangue e falava que ia tirar sangue. Tudo eles falavam!”

“Ela saiu (RN) e a médica ficou conversando comigo, falando que estava tirando a placenta, os restos que estavam lá, foi orientando, falou que ia doer mais, por conta dela estar retirando. Mas dentro da sala de parto foi tudo normal, uma belezinha, a médica conversou bastante, falou o que estava acontecendo, falou dela (RN), que ela estava bem, perfeitinha...” M8

“Eu achei, bem explicadinho, certinho, porque eles explicavam bem para eu entender e quando eu não entendia perguntava.” M15

As falas acima ilustram a comunicação entre profissional e a parturiente. Neste trabalho, 72% das mulheres referiram terem recebido informações sobre todos os procedimentos realizados, dado mais elevado do que os 45% encontrados pela Fundação Perseu Abramo (2012) em uma pesquisa nacional.

Na fala das mulheres fica evidente que elas foram orientadas sobre os procedimentos e as condutas adotadas sobre o trabalho de parto e parto. Essa comunicação efetiva com informações claras é fundamental para confiança e segurança da parturiente além de contribuir para assistência materna de qualidade. As explicações devem levar a mulher a conseguir decidir e perceber se as

intervenções propostas são realmente necessárias e quais as contribuições para o seu parto e seu filho (WOLFF; WALDOW, 2008; ANDRADE; LIMA, 2014). Outra pesquisa aponta que as orientações oferecidas, durante o trabalho de parto e parto às parturientes são motivos de satisfação pela assistência recebida (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013).

O fato de 72% das mulheres terem sido informadas dos procedimentos a que foram expostas pode significar uma melhoria dos cuidados estimulada pela Rede Cegonha e todo o movimento de Humanização no parto. Mas é importante destacar que 28% referiram que não foram informadas o que requer ainda mais esforços da equipe para mudar este contexto. As falas das mulheres também evidenciam a gravidade da falta de orientação, explicações e informações.

“A orientação sobre a amamentação...sobre o seio e cuidados com o neném eu não tive nenhuma orientação, nada”. M5.

“Dessa vez eu não tive muita orientação lá, porque eles estavam o tempo todo correndo para lá e para cá, porque estava tendo muita curetagem. Eles não ficaram muito ali. Da minha primeira eu tive, a médica que fez meu parto foi lá depois, duas vezes, antes de ir embora. Agora, as enfermeiras sempre apareciam no quarto, já os médicos só foram porque eu fiquei reclamando muito de dor forte, depois no outro dia eles não foram lá. Dessa vez eu não gostei muito não, porque eles não deram orientação pra gente, ainda mais que foi mais natural. Eu achei que agora eles não ficaram muito atentos, como no da primeira”. M14

“Então, eu acho que quando você chega lá eles deveriam já ir falando para você como vai ser. Por eu ter sido a primeira vez normal eles deveriam ter falado, porque a cesárea eu já conheço, mas do normal eles poderiam ter me orientado mais. A única coisa que orientaram foi à força, que tinha que ser força de coco. Foi só essa parte que falaram e do restante não falaram nada”. M22.

As mulheres referem à necessidade de receberem orientações sobre tudo o que envolve a internação na maternidade independente da via de parto. Em estudo realizado no serviço público de saúde da cidade de São Paulo, ficou evidente que a não informação é uma realidade descrita como informação negada, fragmentada e confusa, resultado que vai ao encontro aos descritos nesta pesquisa (PEREIRA, 2004). Na pesquisa da Fundação Perseu Abramo a não explicação para procedimentos adotados foi relatada por 9% das entrevistadas (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2012).

No entanto, profissionais de saúde do estado de São Paulo, ao serem entrevistados revelaram dificuldade de estabelecer comunicação livre com a mulher, no entanto, a veem como um sujeito em situação de fragilidade que necessita de

cuidado, mas que, muitas vezes, não sabem como abordá-la frente a situações de saúde, prevalecendo as atitudes violentas para o estabelecimento do poder (AGUIAR; D' OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). Dado esse, relatado pela entrevistada M1, que sendo da área da saúde, questionou o atendimento da equipe, referindo que não conseguiu estabelecer um diálogo eficaz para sanar as suas dúvidas relacionadas ao seu real estado de saúde e da gravidade da situação pela qual passava.

“Questão de informação eu que era meio curiosa, parava e ficava chamando. Eu perguntava para enfermeira, para os médicos, estudantes, porque eles não me informavam muito bem não. Eu não sei se era porque meu quadro era um quadro de hipertensão, para eu não ficar nervosa, não alterar a minha pressão. Mas não me informavam muito não, nem para os meus parentes, o que realmente estava acontecendo. Eu sempre e mandava mensagens para minha prima para perguntar o que estava acontecendo, o que era, saber se era daquele jeito, porque não me informavam. Eu perguntava e falavam “Não você vai ficar bem”, mas não diziam o porque eu usava aquela medicação. Ainda mais eu sendo farmacêutica eu queria saber qual a medicação estavam usando em mim e eles não me informavam.” M1

A falta de informações acaba gerando dúvidas por parte das mulheres, que muitas vezes não conseguem saná-las. Verificou-se nas impressões registradas no caderno de campo que a maioria das entrevistadas questionaram sobre procedimentos e condutas que foram realizadas pela equipe e que elas não conseguiram entender o porquê.

“Porque eu perguntava e ficava em cima, porque aconteceu isso? Mas eu tive hemorragia por quê? Foi por causa da minha pressão? Foi por causa do mioma? Mas assim, nunca me responderam se foi por causa do mioma ou por causa da minha pressão e eu tenho essa dúvida. Saía muito coágulo e a pressão ela acaba fazendo você ter um sangramento maior. Mas, não me informavam.” M1

“Tinha muita coisa que eu queria saber que eles não informaram, por exemplo, para por ela no peito, a enfermeira falou que iria lá, mas não apareceu. Eu fiquei esperando, mas como ela não foi eu tive que ter a iniciativa.” M25

Estudo desenvolvido em São Paulo relata que os profissionais justificam a dificuldade de relacionar-se com as pacientes, pois enxergam as usuárias como pessoas ignorantes e que não compreendem o que é dito, revelando preconceito por parte dos cuidadores (AGUIAR; D' OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Outro ponto de destaque é a percepção de M1 de que as mulheres deixam a maternidade sem saberem o que aconteceu durante o atendimento que receberam.

“Eu perguntava, porque assim, eu notei que só eu perguntava, as outras entravam internadas e saíam sem saber o que tinha acontecido com elas e casos graves, de perfuração na bexiga, teve uma outra que perdeu o bebê. Mas eles não falam o motivo, o porquê que perfurou a bexiga.”M1

Este dado relaciona-se ao encontrado no estudo com as puérperas em São Paulo no qual a falta de questionamento das próprias mulheres sobre o seu corpo e a assistência recebida, é justificada por uma preocupação com o respeito ao profissional e a sua posição. Este fato é associado à cultura de que todas as decisões sobre o processo de parir são de responsabilidade do médico. (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011).

Outra justificativa encontrada para a não participação das mulheres é o medo de sofrer opressão, de não serem atendidas adequadamente, de ser abandonadas pela equipe ou de sofrer violência, por emitir sua opinião ou questionar a equipe, evidenciando que muitas vezes a violência é consentida. Este também é um momento muito contraditório para mulher, pois apesar dos riscos, é o nascimento do seu filho e após o parto a alegria de ter o bebê, muitas vezes, faz com que os maus tratos sejam esquecidos, visto com outros olhos, como normais ou parte do processo de parturição (WOLFF; WALDOW, 2008).

As mulheres também relataram que receberam orientações contraditórias por parte dos profissionais o que gerava dúvidas e insegurança quanto à assistência que estavam recebendo e questionamentos sobre os profissionais e suas condutas.

“Agora essa médica eu achei bruta! Até na hora dela ir embora ela falava: “vai fazendo força aí” e a outra que entrou falava: “não faz força, só na hora que você sentir vontade de fazer coco”. Então, você vê a diferença de profissional nesse ponto.” M9

“Uma enfermeira falava assim: “quando vier à contração faz força” e eu fazia, porque eu também achava que diminuía. Mas aí a médica vinha e falava: “não faz força não”, deixa a dor vir, porque se você fizer, quando for para fazer na hora dela nascer você não vai ter força. Eu peguei e falei para ela: vocês decidam: cada uma fala uma coisa para mim e eu não sei em quem eu presto atenção. No fim eu acabava fazendo força também, porque eu achava que ajudava e eu ficava empurrando minha barriga, tanto que eu sinto dor aqui embaixo até hoje (mostrou região epigástrica).” M10

As falas divergentes levam as mulheres a ficar em dúvida sobre qual orientação seguir e acabam por colocar em risco a sua integridade, como ocorreu na fala de M10, que adotou uma conduta incorreta de fazer força e empurrar a barriga, acreditando, erroneamente, que ajudaria na evolução do seu parto.

A descrição das mulheres caracteriza a manobra de Valsalva, ou seja, o estímulo de esforços e puxos prolongados e dirigidos durante o período expulsivo ou mesmo antes a mulher sentir os estímulos voluntários de puxos. Manobra essa que há muitos anos é apontada como inadequada e ineficaz, devendo ser eliminada da assistência (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011; OMS, 1996).

No caderno de campo foi registrado que das mulheres que relataram orientação para respiração, descreveram que foram incentivadas a fazer força prolongada, encostar o queixo no peito, prender a respiração, aproveitando para respirar durante os intervalos dos puxos. Relato que caracteriza a prática descrita acima e não condiz com as orientações corretas e recomendadas.

Durante a comunicação, a mulher deve ter liberdade para expressar seus sentimentos e muitas delas acabam por adotar o grito como um desabafo da dor, ansiedade, medo e da mistura de sentimentos que pode envolver um parto.

“A respeito de gritar, eu gritei, porque quando estava no finalzinho não tinha como não gritar. A doutora só falava assim: “Agora você tem que fazer força, não grita, agora você pode gritar”. Tinha umas enfermeiras que falavam: “Não precisa gritar” e eu tinha vontade de falar: “A dor é minha”. Quase que eu cometia uma violência. Eu não queria gritar, mas não tem como, depois eu até pedi desculpas porque eu gritei. Mas, quando você grita libera a energia!” M19

Na fala de M 19 foi possível observar a conduta médica de respeito aos sentimentos e vontade da paciente, orientando-a, mas não restringindo a sua liberdade. No entanto, a equipe de enfermagem agiu inibindo a expressão da mulher. Também é importante destacar a percepção de que o grito é inadequado “*eu não queria gritar*” e do seu benefício: “*gritar libera energia*”.

O grito, como exemplificado na fala de M19 é uma manifestação dos sentimentos da dor, conduta vista pelas próprias mulheres e profissionais como inadequada, pois contraria a postura que se espera da “boa” parturiente, ou “boa mãe” definida como aquela que possui uma postura de obediência e submissão, capazes de aguentar caladas e quietas para não dar trabalho aos profissionais (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006; AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011).

Outras mulheres também apontam o grito como desnecessário e como uma conduta errada da mulher no trabalho de parto, além de salientarem que esta é uma avaliação da equipe e de outras mulheres:

“No entanto que a outra menina que estava comigo falou: “Nossa a sua bolsa rompeu na sua casa, você veio e dormiu a noite inteira, não foi igual aquelas mulheres que a bolsa rompe e fica berrando. Você dormiu a noite inteira, para ele poder nascer noutro dia. Você é a primeira mulher que eu vejo assim, porque teve uma outra que berrou a noite e não me deixou dormir eu até falei assim para ela calar a boca, para eu dormir.” M24

“Não, eles estranhavam (a equipe) porque eu não gritava, perguntaram se era o meu primeiro filho e eu falei que era, porque geralmente as mulheres gritam, dão escândalo. Mas não iria melhorar em nada se eu gritasse e eu estava me sentindo bem assim, quieta, para mim era melhor. Mas não acharam ruim não, se eu gritasse acho que não iriam falar nada.” M25

A mulher que grita na hora do parto é muitas vezes chamada de escandalosa, ou vista como aquela que dá trabalho, por gritar e não fazer a força necessária para parir. O comportamento dessas parturientes é associado ao risco de sofrer maus-tratos, como não receber a devida assistência, ser abandonada ou atendida com rapidez (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011; DIAS; DESLANDES, 2006).

Nesta pesquisa nenhuma mulher referiu ter ouvido frases inadequadas, jargões, demonstrando não ser uma prática frequente destes serviços ou uma mudança de postura dos profissionais, no entanto, M19 demonstra ter conhecimento do uso destas frases:

“Meu marido falou que a mãe de uma amiga falou para ela: “na hora de fazer você não gritou”. Gritar é feio, mas não tem como não gritar.” M19

Enfermeiras que atuaram em instituições públicas do Estado de São Paulo relataram várias verbalizações violentas dos profissionais, são alguns exemplos de frases usadas por médicos e enfermeiros obstetras: *“Na hora de fazer não gritou!” “É melhor seu marido não assistir o parto, senão ele ficará com nojo de você!” “Mulher é um bicho sem vergonha mesmo... sofre e grita e no próximo ano tá aqui de novo!”* (SILVA et al.; 2014).

No Teste de Violência Obstétrica a violência verbal foi relatada por uma em cada quatro (23%), que ouviram dos profissionais: *“Não chora! Ano que vem você está aqui de novo”* (15%); *“na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe”*

(14%); “se gritar eu paro e não vou te atender” (6%); e “se ficar gritando vai fazer mal para neném, ele vai nascer surdo” (5%) (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2012).

O uso destas frases é uma violência verbal/psicológica contra a mulher, que pode sentir-se ofendida ou humilhada diante dessas condutas. O fato de M19 e seu esposo terem conhecimento deste assunto ressalta a magnitude desse problema, o desempoderamento da parturiente e a propagação que essas condutas têm nos valores e no modo de parir da sociedade ao longo dos anos, principalmente, por afirmarem que a frase foi dita pela mãe de uma paciente e não por um profissional (GRAMACHO; SILVA, 2014).

Além de receberem informações adequadas às mulheres devem ter a sua autonomia respeitada pelos profissionais de saúde, o que ocorre na fala de M19:

“A decisão mesmo foi lá no parto, que eles ficavam perguntando se eu queria analgesia, se poderia colocar no soro e eu falei que não podia, que eu não queria. E eu tinha conversado com a doutora que eu queria normal, se fosse para ser normal, que eu não queria nenhuma intervenção médica e que se fosse para ter intervenção eu queria saber o porque da intervenção. Até na hora do pique ela falou: “você lembra que eu falei para você que se precisasse dar um pique eu daria? Então, eu vou ter que dar”. Foi tudo explicado. “Vou ter que dar uma anestesia e você não vai sentir nada”. Em todo o momento do parto, ela foi falando o que estava acontecendo. Deixaram-me bem a par de toda a situação!” M19

No relato de M19, fica evidente a sua participação no seu trabalho de parto e parto, que foi iniciado ainda durante o pré-natal, nas discussões sobre os seus desejos e possíveis intervenções, continuando nas explicações e indagações sobre as suas vontades. É importante destacar que apenas esta mulher relatou ter o seu direito totalmente respeitado, mas observa-se que foi uma construção realizada durante todo o pré-natal e que a relação paciente e profissional foi pactuada e cumprida e que estava ligada ao atendimento particular.

A participação de M19 é condizente com o PHPN, que orienta a participação da mulher no seu cuidado, para fortalecer a sua dignidade e aumentar a sua autoestima e destaca que ao profissional cabe respeitar e valorizar as suas decisões (ANDRADE; LIMA, 2014).

É importante destacar que a iniciativa de participar das decisões sobre o parto partiu de M19, o que pode ser justificado pelo fato dela possuir curso superior e ter demonstrado conhecimento dos procedimentos e do parto. Ela foi uma das poucas mulheres que participaram de cursos para gestantes, ressaltando a importância

desta participação na escolha da via de parto visto que no início do pré-natal tinha optado pelo parto operatório.

“Então, eu não queria parto normal, eu queria cesárea e o meu marido desde o começo ele queria parto normal. Eu falava para ele, que a dor quem iria sentir, não era ele, era eu e que não queria de jeito nenhum! Eu mudei a minha decisão no curso de gestantes, com um médico, que foi dar uma palestra sobre parto e colocou os pontos positivos e negativos e eu decidi pelo parto normal. A minha médica em nenhum momento interferiu, porque quando eu cheguei no consultório eu já falei “Eu quero cesárea, não interessa, qual é o preço?”. Ela ficou em silêncio, não falou nada. Quando eu decidi pelo parto normal que ela falou: “Mais para frente que eu ia conversar com você sobre isso!”. M19

Entretanto, em outras falas é perceptível que a autonomia da mulher não foi respeitada pelo profissional, o que prevaleceram foram as decisões do médico e da equipe de enfermagem. Dessa forma, evidencia-se a desigualdade do poder existente entre a parturiente em situação de vulnerabilidade e a autoridade do médico.

“Isso, porque como eu estava sentindo dor eu pensei eu vou entrar no banho para dar uma relaxada, para eu conseguir ficar sem a medicação por um tempo maior e para ajudar também. Mas ela chegou, fazia uns dez minutos que eu estava no banho e ela pediu para eu sair. Mas na hora eu aceitei e saí do banho, mas eu queria ter ficado mais, para ajudar. Ela não falou nada, não explicou, ela chegou na porta e pediu para eu sair, que não era para eu ficar no banho. Depois de algumas horas a enfermeira pediu para eu entrar no banho que iria me ajudar bastante.” M2

“Eu não tenho o que falar, porque eu cheguei lá e não sabia. Mas eles vieram e colocaram o soro, e eu pensei: vai ser normal. Porque tinha tudo para ser normal, eu não tinha gravidez de risco, não tive nada, foi tudo certinho, trabalhei até os nove meses, tinha tudo para ser normal mesmo. Só que nunca me falaram, vai ser normal ou vai ser cesariana, não falaram!” M13

As falas evidenciam o poder do profissional para tomar as decisões sobre o trabalho de parto e parto da mulher, justificada na literatura pelo seu amplo conhecimento do assunto (PEREIRA, 2004). É evidente a assimetria de poder existente entre a equipe de saúde e a parturiente, que teve início na institucionalização do processo reprodutivo da mulher, que deixou os conhecimentos tradicionais e da comunidade de lado para dar lugar a obstetria intervencionista, na qual a mulher não exerce o papel principal, que é ocupado pelo médico (BELLI, 2013).

A não participação da mulher, que é a privação do exercício da sua autonomia, pode ser entendida como uma violência institucional na maternidade. No Brasil, é originada no ciclo de opressão feminina, nas relações de gênero nas quais as diferenças geram uma relação de hierarquia e torna a mulher um objeto de intervenção do profissional. (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; SOUZA; CASTRO, 2014; WOLFF; WALDOW, 2008).

O parto hospitalar tende a oferecer a mulher pouca ou nenhuma possibilidade de emitir os seus desejos e exercitar a sua autonomia uma vez que na maioria dos partos, as intervenções são feitas sem consentimento ou negociação prevalecendo a competência e o conhecimento científico e tecnológico dos profissionais e da rotina do serviço (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; WOLFF; WALDOW, 2008). Esta privação é apontada nas falas abaixo:

“Não tenho muito o que falar do corte! Ela não falou nada a respeito do corte, se precisaria ou não, ela só deu o corte. Falou que ia aplicar a anestesia e deu o corte. Não falou nada, não explicou nada do corte.”M8

“Eu não vi nada! Na verdade, quando ele falou para mim, já tinha feito (episiotomia). Ele falou: “eu fiz, mas depois eu falei, porque às vezes a pessoa fica nervosa”. Ele fez isso, fez e depois que falou”.M22

“Na verdade na hora do corte ele não falou pra mim, que estava cortando. Depois que eu ganhei ele perguntou se eu tinha sentido o pique que ele deu e eu falei que não tinha sentido nada, que eu não sabia que ele tinha cortado. Mas ele não avisou nada, só depois!” M25

Nas falas fica evidente que o direito de escolha, de decidir sobre o seu corpo e de participar não foram garantidos durante a realização da episiotomia. O profissional optou por fazer o procedimento e só comunicar a mulher ao final do parto o que demonstra, nesse caso, que a decisão cabe ao profissional condutor do parto e não se sabe o porquê da postura em não avisar à parturiente.

Assim, a parturiente passa de protagonista a paciente e o poder do médico sobre o corpo feminino evidencia-se. À equipe são atribuídas as principais decisões sobre a via de parto, as intervenções e procedimentos adotados e à mulher é atribuída a posição de submissa. O poder do médico sobre o parto é justificado pelo monopólio existente da medicina sobre o processo de saúde e doença no qual as pessoas se posicionam em situação de desigualdade e dependentes desses profissionais (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006; WOLFF; WALDOW, 2008).

Nas falas acima fica evidente a violência institucional no trabalho de parto e a necessidade de humanizar a atenção, tal como é relatado pelas autoras:

“Cabe ressaltar que a humanização no cuidado somente começa quando a equipe multiprofissional é capaz de detectar, sentir e interagir com as pacientes e familiares e, principalmente, quando estes podem participar das decisões a respeito dos procedimentos invasivos ou não que deverão ser submetidos, o que inclui a opção pelo parto vaginal (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011, p.424)”.

As condutas inadequadas não se restringem apenas ao parto normal, mas também, são relatadas nas falas de mulheres que passaram por uma cesárea. Um dos principais fatores de frustração é o contato tardio ou difícil com o recém-nascido, dificuldades na amamentação, além de restrições físicas e protocolos rígidos próprios desta via de parto (SALGADO; NIY; DINIZ, 2013).

“...os técnicos pegavam o neném davam banho e aptamil, principalmente nas 12 horas que eu não podia levantar e não conseguia dar de mamar.”M5

“Lá elas já vão para por no peito, no seio para tentar mamar. Mas fica meio complicado, deitada, mas a gente tem que colocar...”M1

Assim, os profissionais de saúde devem ter a consciência que a sua função no parto é de coadjuvante. Eles devem usar o seu conhecimento para promover o bem-estar da mulher e seu bebê, reconhecer os sinais de risco nos quais as intervenções são necessárias. Nos cuidados é importante minimizar a dor, esclarecer, orientar e ajudar no parto/nascimento. É importante refletir sobre o seu papel e responsabilidade, lembrando que é uma vida iniciando a história de uma família e que são os primeiros a ter contato com o RN (BRASIL, 2001).

5.2.1.2 Direitos do paciente

A ANVISA recomenda que a assistência materna e neonatal seja organizada com base nos princípios da atenção humanizada, que visa à garantia de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto e pós-parto, além da adoção de alojamento conjunto desde o nascimento até a alta. Para a

garantia desses direitos é necessário a adoção de uma ambiência acolhedora. Entende-se por ambiência o ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais para a garantia de cuidados humanizados (ANVISA, 2014).

Segundo a ANVISA são direitos da mulher no período pré-parto, parto e puerpério:

- a) Garantia da sua privacidade e de seu acompanhante com assistência em quartos PPP;
- b) Instalações que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher;
- c) Acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor, que estimulem a progressão do trabalho de parto;
- d) Acompanhamento do trabalho de parto, com atenção às condições maternas e vitalidade fetal constante e com registro da evolução em partograma;
- e) Escolha livre de posições no trabalho de parto e parto;
- f) Uso de procedimentos baseados na avaliação individualizada, nos protocolos institucionais e evidências científicas;
- g) Estímulo do contato imediato, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido e início precoce do aleitamento materno, entre outros (ANVISA, 2014).

Na garantia dos direitos das mulheres a presença do acompanhante deve ser preservada. Na pesquisa, a maioria das mulheres tiveram o direito ao acompanhante respeitado e reconheceram os benefícios da presença do companheiro, familiar ou da pessoa que escolheram.

“Ele ficou junto sim, ficou o tempo todo! Eu gostei, achei bom, porque pelo menos é uma pessoa conhecida para poder ajudar. Ele ficou até na hora do parto, ele viu nascer. Ele até viu aplicando uma vacina nele, que eu não vi.” M12

“Ficou o tempo todo. Eu achei bom! Imagina ficar lá sozinha e minha irmã já tem filho e ajuda.” M13

“Foi ótimo, porque ele ficou ali o tempo todo comigo dando apoio. Ele ficou nos dois. Eu achei que foi bom!” M14

“O meu marido também ficou o tempo todo perto de mim, a dor vinha e ele falava para ficar calma, segurava na minha mão e eu na dele. No entanto, foi super de boa o meu parto!” M24

As mulheres demonstraram satisfação pela presença do acompanhante, apontado como uma pessoa capaz de ajudar, apoiar e transmitir confiança. Portanto,

é uma iniciativa importante que pode diminuir o estresse da parturiente e promover segurança e acolhimento (GRAMACHO; SILVA, 2014).

Trabalho desenvolvido com mulheres atendidas em São Paulo encontrou dados semelhantes aos desta pesquisa, pois algumas entrevistadas ficaram satisfeitas pela presença do acompanhante, sentindo segurança, amparo, livres para expressarem seus sentimentos, proteção, tranquilidade e apoiadas para a realização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013).

A pesquisa Nacional “Nascer no Brasil” revelou que 24,5% não tiveram acompanhante em nenhum momento e 75,5% tiveram algum tipo de acompanhante durante a internação, 18,8% tiveram acompanhante contínuo e 56,7% acompanhante parcial. A pesquisa também encontrou que 91,2% avaliaram ter um acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento como útil para vivenciar a experiência de parir com calma e segurança e 2,7% afirmaram não ser útil por deixá-las mais nervosas (DINIZ; et al., 2014).

São inúmeros os benefícios da presença do acompanhante como: menores índices de cesarianas, de partos complicados, de duração do trabalho de parto, de ocorrência de depressão pós-parto e de uso de medicações para alívio da dor. O apoio oferecido leva a mulher a perceber o parto como experiência positiva, capaz de fortalecer os vínculos entre o acompanhante, a mãe e o bebê, que pode ter como efeito a maior duração do aleitamento materno (BRASIL, 2007).

Para que possam ocorrer bons resultados é importante que o acompanhante possa ser acolhido e reconhecido como sujeito ativo, que precisa ser orientado, preparado e estimulado a participar do trabalho de parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014b). Na fala de M17 e M20, é perceptível a interação da equipe com o acompanhante:

“Eles trataram a minha mãe bem! ... Ela ficou comigo na hora do parto, eles conversavam com a minha mãe, falavam as coisas para ela.” M17

“Isso é muito importante, passa uma confiança, porque ficar lá sozinha não dá. E ele também não queria sair, ficou lá! Tudo que a médica pediu para fazer, ele fez certinho!” M20

A interação da equipe com os acompanhantes, apesar de não ter sido um questionamento específico para as mulheres durante a entrevista, foi verbalizada naturalmente nas falas.

É importante ressaltar a necessidade de desenvolver estratégias para preparar os acompanhantes no auxílio ao trabalho de parto e parto, devendo este trabalho ser iniciado no pré-natal com o intuito de que pessoa escolhida possa ser de fato participativa e contribuir com mais eficácia para o bem estar da parturiente e nascimento do bebê, passando de fiscalizador a provedor de suporte à parturiente (BRASIL, 2001; BRASIL, 2007; LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

Assim, é necessário destacar a importância das instituições formadoras no preparo de profissionais mais humanos e capazes de lidar com as necessidades das parturientes, familiares e acompanhantes e a necessidade de investimento em atividades de educação permanente (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

Três mulheres relatam que não foi permitido ao companheiro permanecer no pré-parto ou dormir na maternidade, fato justificado pelos profissionais pela presença de outras mulheres, porém evidencia a falta de estrutura física para a garantia desse direito da mulher.

“O meu marido foi e ficou um pouco comigo, mas a médica falou olha você (marido) não pode ficar, porque tem mulheres aqui, só na hora do parto para você ver.” M6

“...o meu marido foi um tempo, só que homem não pode dormir lá.” M15

“Foi, ele ficou comigo. Mas a minha filha que dormiu comigo, porque como tinham outras gestantes ele não podia ficar. Mas de manhã ele voltou e ficou o tempo todo comigo. Só a noite que a minha filha que dormiu comigo.” M23

Apesar de não ser a maioria das mulheres deste estudo que referiram não ter este direito respeitado, o teste de Violência Obstétrica evidenciou que a maioria das mulheres brasileiras ainda tem dificuldades para que o seu direito seja cumprido plenamente, contrariando a Lei 11.108/2005, que assegura o direito de um acompanhante de escolha no acolhimento, pré-parto, parto e pós-parto imediato em todas as instituições. (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2012). No DF 55,1% das mulheres relataram que tiveram a presença de acompanhante de sua escolha durante o parto e, em 25,6% dos casos, o serviço não o permitiu (SOUZA, 2014).

No dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres os argumentos mais comuns para não permitir a presença do acompanhante são: “O anestesista não deixa entrar”, “Não tem estrutura”, “Aqui é SUS, não tem luxo não”. “Se quiser, pode pagar pra ter, aí paga tudo particular”, “Essa lei só vale pro SUS, aqui é particular”, “O hospital tem suas próprias regras”, “Só pode acompanhante durante o horário de visita”, “A norma do hospital não permite acompanhante para quem não paga quarto”. Esses motivos apontados são um exemplo evidente de violência obstétrica institucional e, até mesmo, de caráter psicológico, pois podem ter consequências diversas para as mulheres (BRASIL, 2012a).

Como dificuldade para a garantia do acompanhante o dossiê aponta para a falta de uma clara punição prevista para os casos de descumprimento da lei e ainda pelo medo das mulheres de procurarem fazer valer este direito, já que é um momento de vulnerabilidade no qual temem sofrer retaliações dos profissionais (BRASIL, 2012a).

Estudos realizados em 12 maternidades públicas ou conveniadas ao SUS, do município de Recife, no ano de 2011 apontaram como justificativas para não permitir a presença do acompanhante homem a falta de estrutura física das maternidades, casos de alto risco e marcadores de gênero que os afastaram destes serviços. A falta de leitos individuais ou divisórias nas enfermarias para garantia da privacidade das mulheres aparece como a principal causa para a não permissão, pois nesses momentos as parturientes, geralmente, encontram-se com poucos trajés e estariam vulneráveis (LYRA, CASTRO, 2014).

Para que a presença do homem possa ser garantida em todas as maternidades é necessário não apenas a adequação do ambiente físico, mas mudanças nos modos de pensar dos profissionais envolvidos para que eles possam aceitar o sexo masculino como acompanhante e, principalmente, como peça fundamental para o bem estar da mãe, filho e família, além de possuidor dos direitos de pai (LYRA, CASTRO, 2014).

É importante destacar que o acompanhante deve ser escolhido pela mulher, pois algumas podem sentir-se incomodadas pela presença do companheiro, como ocorreu em estudo que identificou insatisfação de algumas mulheres pela presença do companheiro na sala do parto, por sentirem vergonha (JAMAS, HOGA, REBERTE, 2013). Este fato também foi apontado nessa pesquisa, como é evidenciado na seguinte fala:

“É normal, eles deixam ficar o tempo todo, libera para assistir o parto se quiser. Só que eu não quis, porque é o meu marido e ele não quis ver, porque ele tem medo. Eu também não quis porque ele fica nervoso e deixa eu mais nervosa ainda. Não tinha ninguém para me acompanhar, estava todo mundo ocupado. A minha irmã tem as crianças dela e ia de vez em quando lá. Minha sogra foi lá me vê, o meu marido foi um tempo, só que homem não pode dormir lá. E a minha amiga é auxiliar de enfermagem e assistiu o parto todo, ela que ajudou, por isso eu fiquei sossegada”. M15

Apesar de não estar acompanhada por um familiar e não identificar o marido como adequado para função, M15 ficou satisfeita pela presença da amiga, evidenciando o direito de escolher quem melhor oferece o apoio de que necessita e a autonomia da mulher. Esse direito não pode ser uma imposição ou algo que gere desconforto à parturiente (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

Outro direito da mulher, que contribui para o bem estar do binômio mãe e feto é o contato precoce pele a pele. O primeiro contato da mãe com o RN é um momento de grande importância para a formação do vínculo entre eles e para a concretização da maternidade que foi construída ao longo dos meses de gestação (BRASIL, 2014b; SALGADO; NIY; DINIZ, 2013).

Durante esta pesquisa algumas mulheres relataram que o seu filho foi posicionado em cima da sua barriga logo após o parto, evidenciando o estímulo do contato pele a pele, porém não souberam referir precisamente o tempo, por ser esse momento cheio de emoções no qual os minutos são percebidos como longos ou breves.

“Eles colocaram ela em cima de mim, o meu marido também pegou e eles falaram que ela estava super bem!” M14

“Eu achei interessante, ela nasceu e já ficou em cima de mim, ficou um tempão. Eu gostei!” M15

“Ele nasceu e eles colocaram em cima de mim e foram limpando ele, cortaram o cordão e ele ficou uns cinco minutos.” M24

“Ela nasceu, eles colocaram ela em cima de mim, mas logo pegaram...” M25

É evidente a satisfação das mulheres no contato pele a pele, que marca o início do vínculo entre a mãe e o RN, e segundo estudo realizado com 22 mulheres contribui para o puerpério ser mais tranquilo emocionalmente (SALGADO; NIY; DINIZ, 2013).

M11 descreveu que teve contato imediato com a sua filha, mas tal procedimento não pode ser referido como contato pele a pele, pois a RN encontrava-se enrolada.

“...a pediatra já pegou ela assim por baixo, colocou o pano, pegou ela e já deu pra mim, ela enrolou a menina e colocou no meu peito, para eu ficar com ela.” M11

É relevante destacar que nenhuma mulher abordou ter iniciado a amamentação na sala de parto e os bebês foram levados, inicialmente, ao berçário, fato que na rotina destas maternidades é associado ao aquecimento na incubadora, aplicação do Kanakion e Nitrato de Prata.

Os dados do Teste de Violência Obstétrica Nacional revelam que 52% das brasileiras que responderam a pesquisa apenas viram o bebê após o parto, 9% foram impedidas de fazer o contato precoce, mesmo após a sua solicitação, e 18% apenas iniciaram a amamentação no pós-parto imediato (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2012). Esses dados demonstram que o contato pele a pele e a amamentação na sala de parto ainda não são rotina em todos os serviços assim como neste estudo.

Após o parto e os primeiros cuidados o RN era encaminhado para os quartos, permanecendo em alojamento conjunto com as mães.

“Depois do parto o bebê a pediatra já pegou examinou, fez o exame e deixou o bebê comigo, deixa com a gente.” M1

“Depois de uma hora e pouco ele já foi lá para o quarto e ficou comigo.” M12

“Quando foram umas nove horas eles trouxeram ela para mim, para ela mamar e ela já ficou comigo direto.” M10

Nas falas o alojamento conjunto é descrito pelas mulheres, no entanto é perceptível que as crianças não foram imediatamente para o quarto com as mães o que contraria as recomendações do alojamento conjunto, que deve ser iniciado logo após o parto, quando a mãe e RN apresentam condições adequadas para esta prática. O contato próximo e pele a pele entre eles na primeira hora favorece a interação e a criação de vínculo. Assim, procedimentos desnecessários devem ser realizados em outro momento. Após o parto, a puérpera e o filho devem ser

encaminhados para quartos que permitam que eles possam ficar juntos durante toda a internação (BRASIL, 2014b).

O alojamento conjunto é recomendação do MS desde 1977. Em 1983 o INAMPS publicou uma portaria tornando-o obrigatório nacionalmente nos hospitais públicos e conveniados. Em 1993, a portaria foi revisada e atualizada. O Estatuto da Criança e do Adolescente é outro documento que estabelece este direito do binômio mãe e feto (BRASIL, 2014b). A Rede Cegonha busca garantir que o RN permaneça com a mãe durante todo o tempo de internação desde a sala de parto com o estímulo do contato pele a pele até o momento da alta hospitalar (BRASIL, 2011a).

Um dos motivos para não levar a criança, imediatamente, para o quarto é a realização do primeiro banho, que em muitas instituições é feito logo após o parto ou uma hora após, tempo que normalmente a criança fica na incubadora para aquecer, contrariando as evidências científicas de manter os RN que não apresentam complicações juntamente com a mãe (BRASIL, 2014b).

Em relação ao banho, as recomendações atuais é que o primeiro banho só deva ser realizado após a estabilização do RN, que segundo a literatura pediátrica clássica demora no mínimo de duas a quatro horas (FRASER, 2014).

Nas instituições pesquisadas o banho segue as recomendações e é realizado após seis horas do parto, mas segundo as falas das mães ainda é realizado no berçário o que contraria as recomendações do alojamento conjunto.

Entretanto, mesmo permanecendo com as mães o alojamento conjunto não contemplava todas as ações, pois os principais cuidados eram feitos no berçário, como o banho, divergindo da recomendação de fazer todos os cuidados junto à mãe para que ela aprendesse e pudesse dar continuidade em casa com segurança (BRASIL, 2014b). As falas a seguir evidenciam as restrições:

“Depois que nasce a criança fica junto com a gente. Não fica no berçário não, fica o tempo todo ali, eles só pegam a criança na hora de dar banho e fazer exame nas crianças, que tem que fazer e depois eles levam de volta.” M7

“Depois que ela nasceu, terminou de dar os pontos, eu fui para o quarto. Era dez e meia eu fui para o quarto e tomei banho. Depois que passou um tempinho para me recuperar, tomei banho e fiquei sentada esperando um pouquinho. Eu fui lá já peguei ela, amamenteei, já dei mamar. Ela mamou e ficou comigo, isso foi no domingo.” M11

“Depois ele ficou comigo, só levaram assim para tomar vacina, banho. Na hora que foi dar vacina eles vieram buscar ele e chamaram para ir ver, mas

eu não quis e pedi para o meu marido ir. Eles fizeram todos os exames: do coraçãozinho, do olhinho, da orelha, todos os tipos de exames.” M23

Os dados da pesquisa nacional também identificaram dificuldades para estabelecer o contato pele a pele, alojamento conjunto e amamentação na primeira hora. O contato pele a pele e o aleitamento materno na sala de parto teve frequências maiores na região sul com 32% e 22,4%, respectivamente. Entretanto, a amamentação na sala de parto obteve baixas proporções (16,1%) em todo o país. O alojamento conjunto na região sudeste ocorreu em 61,4% dos casos e na região norte em 87,3% (MOREIRA et al., 2014). Assim, é evidente que estes dados ainda estão longe de serem adotados como rotina em todas as regiões do Brasil, apesar dos esforços e recomendações do MS/Rede Cegonha.

Um ponto positivo é a percepção das mulheres das mudanças em relação ao alojamento conjunto, evidenciadas nas falas:

“Eu achei importante ficar com ela depois que nasceu, porque quando os meus sobrinhos nasceram não era assim, você só via na hora da visita.” M15

“Depois eles levaram para incubadora, acho que ele ficou cinco minutos. Eu fui tomei um banho e eles já o trouxeram. Ele ficou o tempo todo comigo. Ele ficou o tempo todo junto comigo, até o outro dia na hora da alta. Agora eles não ficam mais no berçário, mudou muito a estrutura, porque antes eles ficavam na incubadora, trazia para dar mama e já levavam de volta para incubadora. Agora não, eles ficam com a mãe o tempo todo!” M24

Elas demonstram conhecimento sobre as condutas anteriores de restrição do contato da mãe com o RN que permanecia a maior parte do tempo nos berçários, retardando o início do contato e do vínculo mãe e filho. Essas falas demonstram uma tendência de mudança na assistência que já é perceptível pela sociedade e avaliada como positiva.

Nas discussões sobre a violência no trabalho de parto um destaque é dado à questão da alimentação da mulher no momento do parto, pois a sua restrição é uma prática inapropriada que pode causar danos (OMS, 1996). Nesta pesquisa, foram encontrados dados distintos, pois algumas mulheres referiram que alimentaram enquanto estavam em trabalho de parto e outras que não receberam dieta.

As falas a seguir ilustram a percepção das mulheres que se alimentaram durante o trabalho de parto e parto:

“Cheguei, eu almocei e tomei café, só que de tanta dor, no período da noite eu soltei tudo. Depois do parto eu tomei banho e eles levaram chá com bolacha, eu estava com muita fome.” M13

“Eu me alimentei, almocei, jantei, tomei café.” M23

A fala ilustra a experiência das mulheres que receberam a dieta durante o trabalho de parto, conforme as recomendações da OMS e MS (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014a; OMS, 1996). Estudo realizado com 35 mulheres da cidade de São Paulo constatou que a alimentação neste período foi avaliada positivamente, proporcionando melhores condições para o período expulsivo e não causou nenhum transtorno para algumas mulheres e outras avaliaram negativamente ou não se alimentaram pelo medo de passar mal ou vomitar (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011), fato que ocorreu na fala de M13.

A maioria das mulheres que abordaram a questão da alimentação relatou que foi ofertada uma dieta leve, líquida, com chás e bolachas, evidenciando uma tendência ao uso de alimentos leves e líquidos como rotina.

“Só estava tomando chá, porque ela falou que só pode tomar líquido.” M12

“A moça levou chá com bolacha, mas como eu já tinha tomado café aqui em casa eu falei para ela que não queria, mas ela falou: “eu vou deixar aqui, se você tiver fome, pega e come”. Eu lembro que eu comi umas duas bolachas só, o chá eu não tomei. Eu bebi muito água, eu tomo muita água! Mas ela deixou lá pra mim. Ela falou que seu não comesse podia baixar a minha pressão, passar mal na hora do parto. Mas, eu falei que já tinha tomado café em casa.” M20

“A alimentação foi boa. Eu alimentei mais depois do parto, antes foi oferecido um chá com bolacha, porque não pode ser coisa pesada, para não dar problema no parto. Todas às vezes eles oferecem só o chá com bolacha porque é o melhor.” M24

A manutenção de uma dieta líquida e leve está de acordo com as recomendações da OMS, que visa à prevenção da desidratação e cetose durante o trabalho de parto (OMS, 1996) e corroboram com as condutas adotadas pelo HC da USP de oferecer uma dieta geral, de fácil digestão para as parturientes que se encontram na fase latente e para as que estão na fase ativa composta por líquidos e uma prevalência do chá com bolachas em todos os períodos pela fácil digestão (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

No entanto, duas mulheres M19 e M12 relatam que ficaram com fome no trabalho de parto.

“Eu fui achando que eu não iria ficar. Então eu fui com fome e eu fiquei com fome durante todo o trabalho de parto. Eu falava: “Estou com fome!” e as enfermeiras morriam de rir e elas falavam: “Se você ganhar até meia noite ainda pega a janta”. Ele nasceu as quinze para as duas da manhã. Eu não me alimentei durante o trabalho de parto eu bebi muita água. As três da manhã eles levaram um lanche, porque era o que tinha, o lanche que tinha.”
M19

Mesmo diante das queixas de fome a alimentação não foi fornecida a M19 durante a fase ativa do trabalho de parto, demonstrando que este fato ocorreu independente da internação ser pública, privada ou por convênio. Outra pesquisa realizada em prontuários de uma maternidade pública do Rio de Janeiro encontrou que 80,8% das parturientes assistidas por enfermeiras obstetras e 65,3% por médicos ficaram de dieta zero durante o trabalho de parto. Dados que chamam a atenção diante das evidências científicas claras dos benefícios da alimentação neste período e dos prejuízos de sua restrição (BRASIL, 2001; PEREIRA, et al. 2012; OMS, 1996).

“Só estava tomando chá, porque ela falou que só pode tomar líquido. Depois que eu já estava no soro, era uma hora, eu estava com muita fome, porque eu sai daqui era duas e pouco da manhã e não tinha tomado café nada, ai ela deixou eu tomar um pouco de sopa. Mas, porque eu estava com o soro e sentindo muita dor eu acabei pondo a sopa para fora. Então eu não deveria ter comido mesmo, deveria ter ficado com fome, para poder ajudar, porque depois eu comi e passou três horas eu coloquei tudo para fora, porque o soro era forte. A sopa a médica não queria deixar, mas eu passei a manhã inteira pedindo e a médica falava: “a sopa não pode, porque você vai passar mal, vai fazer mal para você.” Mas eu estava com muita, muita fome! Ela acabou liberando a sopa e chá.” M12

Na fala de M12 nota-se a queixa de fome, mas também, chama a atenção às orientações fornecidas pela médica, para restrição alimentar, que não deixam claro o motivo, gerando o medo de passar mal e uma recusa da dieta em outros partos ou de outras mulheres. Estudo relata que a justificativa dos profissionais para o jejum no momento do trabalho de parto foi à prevenção contra náuseas e vômitos (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Portanto, não foram garantidos todos os direitos das mulheres nos serviços pesquisados, que necessitam de adequações nas suas rotinas, estrutura e, sobretudo, de uma mudança de conduta dos profissionais que prestam a assistência.

5.2.1.3 Ações intervencionistas

O modelo de assistência obstétrica e neonatal atual orienta que a gestação e o parto são processos fisiológicos, naturais e, na maioria das vezes, saudáveis. Portanto, não necessitam de intervenções rotineiras, desumanizadas, utilizadas sem necessidade e evidências científicas. O uso de procedimentos e medicamentos deve ocorrer apenas em ocasiões de risco de complicações (ANDRADE; LIMA, 2014; BRASIL, 2001).

São exemplos de procedimentos realizados pela equipe de saúde que eram desnecessários ou iatrogênicos, são alguns deles: exame físico sem permissão, prévia apresentação do profissional e explicação do procedimento; enema, tricotomia dos pelos pubianos, uso de hormônios sintéticos de forma rotineira, toques vaginais coletivos; redução digital de colo; amniotomia, manobra de Kristeller; episiotomia, entre outros (ANDRADE; LIMA, 2014; BRASIL, 2001; OMS, 1996; SILVA et al. 2014). Estas intervenções também foram encontradas neste estudo e estão descritas na Tabela 1, reforçando a extensão deste problema, que é nacional e precisa de muitos esforços para mudança.

Tabela 1 – Intervenções prejudiciais durante o trabalho de parto e parto – Itajubá, 2015. n=22.

Questionamentos	SIM		NÃO	
	Nº Absoluto	Frequência	Nº Absoluto	Frequência
Fez uso de medicação para acelerar o trabalho de parto?	10	45,4%	12	54,5%
Romperam a sua bolsa?	10	45,4%	12	54,5%
Foi feito episiotomia/episiotomia durante o parto?	11	50%	11	50%
Foi realizada alguma manobra para empurrar o bebê durante o parto?	5	22,7%	17	77,2%

Fonte: Da autora.

Nesta pesquisa, 21 mulheres tiveram partos normais e quatro cesáreas por indicação. É importante salientar que das quatro cesáreas apenas a mulher que apresentou distócia de dilatação entrou em trabalho de parto. Assim, para os

questionamentos quanto às intervenções no trabalho de parto e parto o total de mulheres a ser considerado é 22 e não 25 como nos demais itens.

A Tabela 1 demonstra que nesse estudo 50% das mulheres receberam algum procedimento que não é indicado.

Nas falas abaixo, as mulheres entrevistadas neste trabalho avaliam o não uso de ocitocina ou o parto sem ocitocina como positivo, deixando claro que não veem necessidade do uso desse medicamento no trabalho de parto.

“...como agora eles não colocam no soro me deixaram na sala de pré-parto que é junto com a sala de parto e ali eu fiquei, isso por volta de duas e pouco da manhã e foi evoluindo devagar e foi tranquilo, porque as contrações não foi aquela coisa assim dolorosa. Eu tenho muita experiência, já tive vários tipos de dores e dessa vez foi sossegado foi igual à dor que senti durante a gestação. Não foi tanta dor assim, e foi indo, foi indo, até dez para as oito da manhã que ela nasceu, foi na cama mesmo, nem na mesa de parto eu fui, porque não deu tempo.” M4

“...mas eu acho que o certo é deixar natural, o corpo fazer esse trabalho, até para o neném não entrar em sofrimento também. Eu achei até interessante da parte deles, bem preocupado com essa parte do parto de deixar o corpo progredir, fazer o trabalho dele. M9

“Sem o soro eu acho que nasce mais rápido, porque quando coloca o soro ele demora para fazer efeito. Sem o soro é rapidinho! Sem soro eu acho melhor! É a minha opinião, sem soro é melhor, mais rápido.” M17

“Eu não queria porque eu queria fosse no meu momento! O meu trabalho de parto durou quatro horas, foi bem rápido e sem precisar de nada, do meu organismo. Então eu achava que não tinha necessidade! (Ocitocina)” M19

“Eu acho que não precisa (ocitocina) tem que deixar no tempo do corpo.” M21

“Mas disse que não pode, porque parece que pode dar algum problema (Ocitocina). Eu não sei! Ouvi falar lá.” M15

Elas associam o trabalho de parto sem a ocitocina a um processo tranquilo, natural, com poucas dores, rápido e fisiológico, apontando que não é necessária a medicalização no parto. Assim, quando a mulher possui conhecimento e pode escolher pelo uso ou não de intervenções no trabalho de parto e parto exercendo a sua autonomia, certamente, optaria por não utilizá-los de maneira indiscriminada. Cabe ao profissional orientar e esclarecer sobre os procedimentos para o empoderamento da mulher.

As mulheres mesmo sem o uso da ocitocina associaram a substância ao aumento da dor, demonstrando a existência da cultura da dor do parto. As parturientes dão entrada nos serviços de saúde esperando sofrer, fato que muitas

vezes acaba levando a uma predileção pela cesárea por acreditar que ele diminua o desconforto. As falas abaixo demonstram este fato:

“Não foi preciso o soro, nada. Eu achei bom! Porque disse que o soro aumenta a dor e parece que você vai lá no céu e volta. Sem o soro foi melhor, porque ele nasceu rapidinho e não precisou.” M16

“O soro eu não usei, não sei se era preciso. Sei que eles usam para aumentar as dores, mas dizem que a mulher sofre muito. Tem uma conhecida que contou que sofreu muito, quase não aguentou!” M21

Neste estudo, 45,4% das mulheres fizeram uso da ocitocina no trabalho de parto e associaram o uso da medicação ao aumento da dor e do sofrimento.

Nascer no Brasil foi um estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, que identificou que 40% das mulheres fizeram uso de ocitocina, dados parecidos aos desse estudo. Em Belo Horizonte, o valor encontrado foi de 43% para os modelos de atenção avaliados, no Ceará foi menor, 34,5% (LEAL et al., 2014; RODRIGUES, 2014; VOGT et al., 2011).

As falas ilustram a percepção das mulheres que fizeram uso desta medicação:

“Do soro, eu acho que eles colocaram dois ou três sachês daquele lá. Ai que veio a dor, misericórdia! Aquele soro misericórdia, creem em Deus pai! Ai eu sofri muito de dor! Não tanto para ganhar ele. Gente do céu!...”M6

“Ela colocou, só que dói muito, eu fiquei de uma e pouco até sete e pouco, que foi a hora que deu dilatação no tanto certo para ele poder nascer.” M12

“Ele chegou falou que iria por no soro, porque eu não estava fazendo força, porque não sentia nada. Colocou o soro, fiquei umas duas horas no soro mais ou menos, até umas seis e mais da tarde, com muita dor mesmo, ai meu Deus do céu!” M25

“O soro é forte demais! Porque eu entrei lá as onze, estava com dois dedos de dilatação e eles foram colocar soro era uma e pouco. Então, não tinha quase nada de dilatação, precisou por. Se precisa que coloquem! Mas, é muito dolorido!” M13

A “dor” e, conseqüentemente, o sofrimento causado pelo uso da medicação é evidente nas falas das mulheres, contribuindo para percepções negativas sobre o parto normal e o aumento das taxas de cesarianas no Brasil. A associação da ocitocina e da dor é relatada por parturientes de outra pesquisa, como na Bahia

(SANTOS; PEREIRA, 2012), demonstrando que a medicalização do parto é uma realidade nacional.

Diante o uso indiscriminado da ocitocina as mulheres passam a acreditar que este é um recurso positivo e necessário para o parto, associando ao trabalho de parto mais rápido.

“Foi melhor, porque a dor que estava vindo, vinha demorado e forte. Mas com o soro ela vinha de uma vez, doía e já parava, até deu para eu comer, porque eu fui sem comer nada. Quando deram o soro a dor vinha, vinha rapidinho, dor forte e já parava, não era aquela dor prolongada igual estava sem o soro. Eu gostei do soro, foi bem melhor.” M18

“O soro foi bom, foi bom porque as minhas dor era fraca e depois que colocou o soro começou a vir a contração de cinco em cinco minutos e depois passou de dois em dois minutos e eu acabava de ficar quietinha e quando vê já vinha de novo a contração. Ajudou bastante o soro!” M11

“Foi, assim que eu cheguei eles colocaram. Aumentou as minhas dores, porque eu não estava com dores, foi colocar e já começou as dores e eu fui para o banho. Ajudou bastante, graças a Deus foi rapidinho!” M18

“O soro ela disse “eu vou por um soro em você” e eu disse: “já sei, esse soro é para aumentar a dor, pode por então, porque é bom acelerar mesmo.” M20

Nas falas das mulheres e nas condutas dos profissionais desse estudo foi evidente uma busca por acelerar o parto como se o parto rápido fosse o melhor. Esta constatação pode estar ligada ao estilo de vida com muitas atividades e informações que temos hoje. A necessidade de controlar o tempo do nascimento foi referida por Leal, et al. (2014):

“Um dos aspectos mais impressionantes da prática obstétrica brasileira é a pressa em provocar o nascimento das crianças, sem respeito à autonomia das mulheres no processo de parturição. O controle do tempo e a imposição da dinâmica do trabalho de parto e parto explicam o índice excessivo de intervenções, incluindo as cesarianas, fazendo com que a assistência ao parto no Brasil seja focada na decisão do médico e não na dinâmica do corpo da mulher. Esse processo inicia durante a atenção pré-natal quando as mulheres não são informadas sobre as boas práticas e cuidados obstétricos adequados, sobre os benefícios do parto vaginal, e não são preparadas para conduzirem o seu parto (LEAL, et al. 2014, s.29)”.

Com relação ao uso da ocitocina, ainda foi perceptível uma rotina do uso da medicação, mesmo em caso de mulheres que deram entrada no serviço próximo ao período expulsivo faltando dois centímetros para o parto a medicação (ocitocina) chegou a ser preparada:

“Iriam colocar medicamento enquanto a enfermeira estava arrumando o doutor foi me examinar e já veio a dor do parto, o impulso para nascer mesmo e eu comecei a fazer força, fiz muita força,...” M4

“Ela falou que ia pôr eu no soro para dilatar os dois centímetros que faltava.” M14

Existe uma vulnerabilidade da mulher em relação ao uso de intervenções no parto como a ocitocina, pois diante da indicação do profissional ela se sente com medo de negar e algo de ruim acontecer com o seu filho.

“Isso eles foram aceitando eu ficar sem a medicação, mas quando deu umas nove e meia, mais ou menos a médica me pediu, para colocar a ocitocina para agilizar um pouco mais o parto, porque eu tinha a dilatação, mas a minha contração não estava tão forte assim. Como eu tinha dilatação, mas a contração, a dor, não era tão intensa assim, ela ficou me pedindo, pedindo e por fim eu acabei aceitando.” M2

“Se eu pudesse não tinha colocado. Eu coloquei mais porque eu estava com medo de acontecer alguma coisa com ela, de acabar passando do tempo, porque o meu médico falou que esperava até quarenta e duas semanas e chegando lá a outra médica falou que era quarenta e uma e as minhas contas estavam erradas. Pelas minhas contas eu iria fazer 39 e pelo primeiro ultrassom já estava com quarenta e já iria fazer 41 e isso adiantou muito. Mas eu queria ter esperado para entrar em trabalho de parto aqui em casa e ir mais quando fosse para ganhar. Mas ela falou que era o melhor para fazer e eu não discuti, eu aceitei, mas se eu pudesse eu não tinha aceitado e não tinha colocado não. Mas eu não tenho que reclamar, foi tudo bem, não aconteceu nada com ela, eu acho que foi até melhor porque quando nasceu ela fez coco e eu acho que se não tivesse sido naquela hora tinha sido pior. Então eu não tenho que reclamar. Agora se é mais dolorido ou não eu não posso responder.” M10

As falas evidenciam que as mulheres são facilmente manipuladas pela equipe e costumam acatar as intervenções e orientações recebidas pela equipe. Existe uma aceitação plena sem questionamentos em relação às condutas e intervenções realizadas (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Outro procedimento realizado durante o trabalho de parto e que gera muitas discussões é o exame de toque vaginal. Nesse estudo, algumas mulheres relataram que foram realizados poucos toques, apenas diante queixas ou necessidade de avaliação da dilatação pelo profissional estando conforme as recomendações da OMS e MS (BRASIL, 2001; OMS, 1996).

“No caso eu acho que eles fizeram umas três vezes, não ficaram fazendo. Foi na hora que eu cheguei que fizeram, depois que eles colocaram o soro e só fizeram quando ela apontou mesmo... E lá não, fizeram três vezes só! Eu gostei muito, não ficaram investigando e foi muito bom!” M8

“Foram normais, elas vinham falavam que vamos fazer o toque, perguntava se podia. Eu falava “tudo bem”, fizeram normal, tranquilo, não machucaram.” M20

“Não é bom, não é gostoso, mas também não é aquela dor da morte! Pelo menos eu não senti isso. Não fizeram muitos toques, não ficaram o tempo todo fazendo toque, era mais quando eu reclamava que estava doendo e quando eu cheguei. Desde que eu cheguei lá eles fizeram uns quatro toques, da hora que eu cheguei até a hora que eu ganhei. Não foram muitos, não fizeram o tempo todo!” M25

Porém, outras mulheres relataram que foram realizados toques excessivos durante o seu trabalho de parto, prática que gera desconforto e dor. Dados da pesquisa de Violência Obstétrica, realizada pela fundação Perseu Abramo, evidenciam que 10% das entrevistadas passaram por exame de toque doloroso, no DF 6,9% das entrevistadas tiveram a mesma queixa e no RJ as queixas também foram semelhantes (DIAS; DESLANDES, 2006; FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2012; SOUZA, 2014).

“O toque, chegou uma hora que eu tive que pedir para ela parar, porque eu não aguentava mais o tanto de toque que ela estava fazendo. Porque a noite ficou um espaço muito grande sem fazer e depois no outro dia, ficou fazendo várias vezes e eu achava que ela deveria ter feito pelo menos uns dois durante a noite,... Porque ficou um longo período sem fazer o toque e depois, como viu que já tinha dilatado, eu já estava com oito, queria ficar fazendo o toque toda hora para ver como estava.” M2

“...ficaram fazendo exame de toque de meia em meia hora...” M9

“No começo é bem dolorido, é incomodo também, mas chegou uma hora depois que já tinha dilatado bem, que eu não sentia mais. Eu acho que era de hora em hora, eu não sei de quanto em quanto tempo ela ia lá e fazia. Era a médica ou a enfermeira, que fez o parto da outra moça que estava comigo. Uma das duas que ia lá e fazia. Agora eu não sei de quanto em quanto tempo eles fizeram, mas fizeram bastante.” M10

Constata-se na fala das mulheres que o exame de toque foi realizado várias vezes pelos profissionais. Dessa forma, evidencia-se uma tendência durante a assistência nas maternidades de examinar os órgãos genitais femininos. Tal procedimento, muitas vezes, é realizado sem o consentimento, necessidade ou o cuidado com a privacidade, o que é justificado por ser uma parturiente e por ser um procedimento comum para o profissional que realiza, sem preocupação com o desconforto físico e a dor. Essa conduta evidencia uma tendência de objetificação do corpo da mulher (PEREIRA, 2004).

M9 questionou a técnica dos profissionais durante a realização do toque, pois dependendo do profissional que realizava sentia muita dor. Assim, solicitava que o procedimento fosse feito por outra pessoa.

“Depois foi a enfermeira que ficou fazendo em mim e eu não senti, era uma diferença gritante, porque a gente sente a diferença na hora. Na hora de fazer o toque eu pedia, deixa a enfermeira fazer e eu não sentia.” M9

O descolamento das membranas para indução do trabalho de parto foi relatado pelas mulheres deste estudo, dado que contraria as recomendações do MS (BRASIL, 2001):

“Depois ela fez o toque e deu uma descolada na placenta, demorou um tempinho, mais a noite que começou a vir as dores. Eu achei que demorou. Eu perguntei para o enfermeiro o porquê que doeu? Ele disse: “é porque ela descolou a sua placenta”. Quando ela fez o toque doeu bastante mesmo!” M15

“Era o toque. Eles enfiavam o dedo lá e empurravam. Doía muito. Eles ajudavam, ela falou que com o toque eu poderia sentir dor ou sangramento, que isso é normal, mas não tive nada não. Não tive dor nem sangramento. Ia muito dolorido para casa, sentia muita dor assim na parte de baixo da barriga, mas nada de contração, era mais por causa do toque mesmo.” M3

A associação desta prática à dor e desconforto é clara na fala das mulheres. Pode ser descrita como o descolamento digital das membranas amnióticas do colo uterino e segmento inferior que estimula o trabalho de parto por promover a liberação de prostaglandina (BRASIL, 2001). Porém, o seu uso deve ser evitado por não condizer com os princípios da humanização que prezam por um parto fisiológico com o mínimo de intervenções.

Também foi utilizado pelos profissionais o método conhecido como redução do colo:

“Ela ajudava, fazia toque e abria para ajudar o meu filho a descer mais de pressa. Eu não tenho do que reclamar.” M13

“O tempo todo ele orientava a parte da força que eu tinha que fazer e fazia o toque para ver se estava dilatando. Conforme ele fazia o toque eu fazia a força, para poder dilatar mais...” M22

Na assistência ao parto normal, o toque realizado para verificação da dilatação do colo do útero deve ser usado criteriosamente devido ao desconforto que gera à parturiente. Porém, uma prática ainda mais prejudicial é a redução manual do colo do útero, procedimento ainda doloroso e prejudicial para a mulher, realizado

com a finalidade de acelerar o trabalho de parto (BRASIL, 2012a). Mesmo diante dos danos, M13 e M22 descrevem essa prática com naturalidade, como se fosse algo rotineiro. O que nos leva a questionar se é uma atividade rotineira no serviço?

Algumas mulheres abordaram que o principal desconforto do toque é a vergonha.

“Eu acho que é mais vergonhoso do que dolorido. (Toques)” M10

“Os outros (toques) foram normais, ficava sem graça, com vergonha, morria de vergonha.” M15

A vergonha relatada pelas mulheres é associada à exposição de seu corpo e órgãos genitais durante o procedimento, que muitas vezes é realizado na frente de outras mulheres, de profissionais, sem a preocupação com a privacidade da mulher.

O desrespeito à privacidade foi mencionado pelas mulheres durante a realização de procedimentos visualizados por outras mulheres e por muitos alunos.

“...eu acho que o tanto de estudante que mexe com a gente eu acho ruim, na parte de medicina. É se fosse só o médico e o residente, tudo bem, mas lá tem todo o dia de manhã passam os estudantes. É muita gente, entra no quarto dez, vinte estudantes e começam a examinar a gente. Eu acho que isso tira um pouco da nossa liberdade. É ruim tanta gente mexendo na gente.” M1

“As alunas do técnico ficavam lá em frente vendo o que estava acontecendo. Ficaram duas ou três enfermeiras, a médica e esses alunos ficaram lá vendo. Eu não sei quantos alunos foram. Então, é constrangedor.” M10

“Eu fiquei um pouco assustada, meio sem graça, porque tinha outras gestantes lá comigo e elas viram tudo (parto no leito do pré-parto), toda a situação. Na hora a gente não pensa muito! Porque está com dor, quer que nasça o mais rápido.” M2

Pereira (2004) apontou os problemas de um ensino baseado em procedimentos, no direito do aluno e não da mulher. A mulher tem seu corpo invadido e objetificado para as funções da educação.

Outras falas reforçam a questão do corpo visto como objeto de estudo.

“Não, nunca pediram. Isso também a gente, as pacientes, nós falávamos, eles não perguntam se a gente quer ser examinado ou não, chegam e examinam. Cada hora é um, cada hora é uma cara e você vê que é tudo jovem, a gente fica constrangido, porque esta mexendo com a parte íntima nossa e eles chegam em dez, vinte e chamam os outros: “vem aqui para você ver, tem uma coisa diferente” Você acaba sendo uma coisa, se

sentindo uma cobaia. Isso é complicado, eu acho que deveria perguntar se poderia: "Posso?" E não perguntavam, vão fazendo." M1

"Gostar eu não gostei, porque eu acho constrangedor. Você está em um momento que é muito íntimo! Mas também nenhuma das pessoas que estavam lá, chegavam perto, ficavam olhando, eles ficavam prestando a atenção no que estava acontecendo, acho que estavam estudando, não sei! Mas em nenhum momento eles fizeram alguma coisa, quando dava o horário eles saíam e não ficava ninguém, ficavam só as enfermeiras mesmo. Mas quando eles estavam lá eu cobria a minha perna, cobria tudo. Mas, eu acho que se eles não estivessem lá seria um pouco melhor. Mas, eu ia falar o que, eu não podia falar nada! Se a instituição permitiu eles estarem lá. Mas eles também não atrapalharam em nada não, não fizeram nada." M10

Na fala de M1 é perceptível a visão do corpo da mulher como objeto de estudo ao ser examinada por pessoas diferentes sem o consentimento prévio. Fato que é comum em hospitais escola nos quais, muitas vezes, a parturiente não é informada dos nomes das pessoas que vão examiná-la tampouco da qualificação deles, da necessidade e riscos dos procedimentos e, em seguida, não recebem informações sobre os resultados encontrados (BRASIL, 2012a).

A OMS recomenda que em instituições de ensino a parturiente só pode ser examinada pelo estudante com o seu supervisor e, somente, após a autorização da mulher (RODRIGUES, 2014), direito que nesse estudo não foi garantido.

"Submeter uma mulher a procedimentos desnecessários, dolorosos, com exposição a mais riscos e complicações, com a única e exclusiva finalidade de antecipar o exercício da prática desse procedimento em detrimento do aprendizado do respeito à integridade física das pacientes, bem como seu direito inviolável à intimidade é considerado, no contexto dos direitos reprodutivos, violência obstétrica de caráter institucional, físico e, não raro, sexual (BRASIL, 2012a, p. 93)".

A violência que ronda toda a assistência obstétrica está vinculada ao modelo tecnocrático em evidências científicas e na humanização que ainda é a base do ensino da obstetrícia em muitas escolas. As discussões sobre a necessidade de mudança dos cuidados destinados a gestação/nascimento são antigas, mas não têm sido suficientes para acabar com a alimentação deste modelo e ocorre ainda durante a formação dos profissionais, porém não é devidamente fiscalizada e acompanhada pelos órgãos competentes. Assim, é necessária a atualização dos planos de ensino e maior participação dos órgãos formadores (SILVA et al., 2014).

A amniotomia foi outro procedimento utilizado pelos profissionais durante a assistência às mulheres deste estudo. O MS recomenda que o seu uso não deveria

ser rotina nos serviços de saúde e precisa ser evitado, restringindo para os casos nos quais realmente pode trazer benefícios como em alguma distócia funcional detectada pelos registos no partograma (BRASIL, 2001). As falas abaixo exemplificam a percepção das mulheres:

“Quando foi as seis horas da tarde eles mandaram eu para sala de pré-parto e eu fiquei lá, começaram a vir fazer o toque para ver se estava tudo bem, deu sete e meia estouraram a bolsa, romperam a bolsa!” M11

“Horível! Dói muito! Eu não gostei não! Senti muita dor, deu ânsia de vômito, quase vomitei, nossa! Muita dor, pior que a contração!” M3

“Cheguei lá, estourou a bolsa, porque estava segurando ela.” M14

Neste trabalho, 45,4% das mulheres passaram por uma amniotomia, abaixo dos 74,1% encontrados em Belo Horizonte, dado superior aos valores encontrados no Ceará, 33,3%, porém próximo ao encontrado pela pesquisa “Nascer no Brasil” (40%) (LEAL et al., 2014; RODRIGUES, 2014; VOGT et al., 2011).

A frequência do procedimento encontrada neste trabalho destaca o uso rotineiro desse procedimento, visto que 36,3% das mulheres chegaram nas instituições com bolsa rota.

Mesmo diante das evidências científicas para somente realizar a amniotomia quando realmente fosse necessária, algumas mulheres avaliaram o procedimento como necessário e benéfico e M17 chegou a solicitar a sua realização.

“Estourar a minha bolsa foi bom, porque eu estava sem dilatação nenhuma e eles tinham que estourar a bolsa para ver se ajudava. Na hora que estourou a bolsa, que começou a dar a dilatação. Começou rapidinho, de cinco já passou para quase oito, de oito fui com dez dedos já lá para a sala. Eu achei que foi muito bom, porque eu acho que se não tivesse estourado acho que ia demorar mais pra ela nascer.” M11

“Porque a minha bolsa não rompe fácil, demora muito, muito, muito! Da minha primeira eles romperam, da segunda também e o terceiro eu pensei e falei: “os dois meus já romperam, rompe desse aqui também”. Eu falei, a médica foi rompeu e já nasceu. Porque demora, demora, demora, se não romper. E eu vou ficar sofrendo? Assim, rompeu e eu já ganhei de uma vez, rapidinho!” M17

Estes dados evidenciam a percepção da mulher de que o parto rápido é o melhor. Assim, o trabalho de parto idealizado é o rápido a fim de evitar ou abreviar o medo da dor ou de uma evolução mais demorada que exija mais intervenções e

cuidados dos profissionais e mais desgaste para a mulher (DESLANDES; DIAS, 2006).

Essa percepção das mulheres pode estar associada à concepções erradas sobre o uso da amniotomia e a ausência de informações para elas sobre a sua indicação e risco. O que também ocorre nos outros métodos descritos como necessários ou benéficos pelas mulheres. Cabe aos profissionais orientar e preparar as mulheres para a assistência durante o pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2012c).

O Kristeller é uma manobra reconhecida como prejudicial à mulher. Essa manobra é realizada com as duas mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve, ou mais agressivamente, posicionando-se sobre a mulher empurrando com a força do corpo sobre as mãos, braço, antebraço ou joelho o ventre materno o que pode gerar graves complicações (BRASIL, 2012a). No entanto, mesmo diante as evidências científicas claras, 22,7% das entrevistadas passaram por esta experiência.

*“...quando vê ela começou a descer e a médica pegou e falou vamos começar a ajudar você agora. Eu comecei a fazer força e a neném começou a querer nascer mesmo, só que aí chegou na hora eu fiz três forças, só que ela estava querendo voltar para cima e ela voltou e a enfermeira no susto pegou e apertou a minha barriga, na hora que apertou a barriga ela saiu.”
M11*

“Essa parte é ruim! É horrível! Eles praticamente sobem em cima da gente para empurrar! Nossa, ficou dolorida depois a minha barriga! Ficou uns três dias doendo!” M22

Apesar de ter sido realizada em cinco mulheres, a manobra de Kristeller deveria ter sido abandonada pelos profissionais pelas graves consequências advindas desse procedimento, como: trauma das vísceras abdominais, do útero, deslocamento da placenta e traumas fetais. No trabalho desenvolvido no Ceará este procedimento foi relatado por 24,1% das mulheres, semelhante aos 22,7% deste estudo (BRASIL, 2001; RODRIGUES, 2014; OMS, 1996).

“Nascer no Brasil” também identificou valores acima do nosso, a manobra de Kristeller foi realizada em 37% dos partos (LEAL et al., 2014).

Diante a experiência do parto a mulher, muitas vezes, passa a acreditar que os procedimentos e intervenções realizadas pelos profissionais são realmente necessários para o nascimento do seu filho. Assim, o Kristeller foi descrito como

ajuda por algumas mulheres, pois foi um procedimento indicado pelo obstetra, com o sentido de adiantar o parto.

“Foi um alívio porque eu não tive força mesmo, eu fazia, fazia força mais sozinha eu não dei conta, aí pedi me ajuda, me ajuda, pelo amor de Deus! Não consigo me ajuda! Aí o doutor falou: “eu vou te ajudar”. Ele só esperou sair a cabecinha dela e a médica tirou o cordão e ele empurro a barriga.” M4

“Ela só ajudou a empurrar porque ela ficou com medo do neném voltar e prejudicar, ficar parada no meio do caminho. Na hora que ela subiu para cima, fez aquele carço assim, aquela bola e ela empurrou para baixo.” M11

“Ele só me ajudou mesmo! Na hora que ele estava quase nascendo, porque eu estava perdendo as forças, para ele não subir e o médico apoiou para me ajudar. Mas nada que pudesse me machucar ou machucar o meu bebê.” M18

“Mas também foi super tranquilo! Me ajudou bastante! Por que eu estava sem força para ajudar, para empurrar e ele foi e empurrou junto comigo. Eu fiz força umas três vezes só! Na terceira, que ele ajudou, eu fiz força e ele (filho) veio. Foi rápido, bem tranquilo!” M22

A fala de M13 evidencia uma rotina do uso da manobra de Kristeller, pois a própria parturiente identificou o posicionamento dos profissionais para realizar o procedimento.

“Ficou uma lá em baixo e outra perto da minha barriga esperando para ver se precisava empurrar a minha barriga, mas não precisou.” M13

M2 relatou que a médica tentou duas vezes empurrar sua barriga, porém após a sua solicitação para não fazer, ela parou.

“A médica veio e tentou duas vezes, mas aí eu pedi para ela não fazer, porque eu queria que viesse natural, sem a força dela e porque quando ela fez, as duas vezes, doeram muito. Então eu pedi para ela não fazer mais e ela me respeitou, ela não fez mais. Ela fez duas vezes, na terceira eu pedi para ela parar e ela não fez. Mas eu acho que não tem necessidade de fazer eu prefiro sem.” M2

A fala de M2 ressalta a necessidade de empoderar as mulheres para a luta por seus direitos, pois diante da solicitação da paciente para não ser realizada a manobra de Kristeller a médica parou com o procedimento.

Duas mulheres ao serem questionadas se sofreram violência no trabalho de parto e parto, responderam que não, pois não foi realizada a manobra de Kristeller, evidenciando a percepção dessa prática como ato violento.

“Não, porque eles não empurraram a minha barriga...” M12

“Não empurraram a criança, não forçaram!” M15

A episiotomia ou pique é uma das intervenções cirúrgicas mais realizadas no mundo durante o período expulsivo do parto. É realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia, conhecimento e consentimento da mulher. Essa prática causa uma lesão local afetando o períneo, músculos, vasos sanguíneos e tendões (BRASIL, 2012a).

Seu uso é justificado pela diminuição das lacerações perineais de terceiro grau e suas complicações, porém seus efeitos adversos são muitos, como lesão de esfíncter anal e retal, pregas cutâneas, assimetria ou estreitamento do introito vaginal, entre outros (BRASIL, 2001; ANDRADE; LIMA, 2014).

No estudo nacional “Nascer no Brasil” a episiotomia foi observada em mais de 50% das mulheres e em quase 75% das primíparas. Esse procedimento passou a fazer parte da rotina das maternidades no século passado com o objetivo de reduzir os danos da laceração natural do períneo, como a incontinência urinária e fecal. Nesta época, não foram realizados trabalhos científicos para avaliar seus riscos e benefícios. Hoje, mesmo diante de evidências científicas dos prejuízos de seu uso indiscriminado continua sendo usada em alguns serviços (LEAL et al., 2014).

Ainda com frequência a episiotomia de rotina é uma realidade nas maternidades brasileiras, entretanto diante as evidências científicas e custos-efetivas é uma prática que deve ser banida. O seu uso deve ocorrer apenas em situações nas quais os benefícios são maiores que os riscos (ANDRADE; LIMA, 2014). Contrariando as recomendações da OMS e do MS este procedimento foi relatado pelas mulheres:

“Na hora, depois que ele nasceu, que eles tinham cortado um pouquinho e ele falou: “eu vou costurar, mas você não vai sentir nada não, porque está com anestesia”.”M6

“... precisou dar um piquezinho, porque a mão dela não passava e deram um cortezinho.” M9

“...a médica já tinha dado o pique para ajudar e eu estava com dilatação...” M11

A recomendação da ANVISA é que a taxa de episiotomia para partos vaginais não ultrapasse 10% (ANVISA, 2014). Neste trabalho, 50% das mulheres foram

submetidas à episiotomia, valor acima dos 25,6% encontrado nas instituições estudadas em BH (VOGT et al., 2011).

A episiotomia neste trabalho foi utilizada como rotina pelos serviços configurando uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos e da integridade do corpo da mulher (BRASIL, 2012a).

Algumas mulheres não foram comunicadas do procedimento.

“Na verdade na hora do corte ele não falou pra mim, que estava cortando. Depois que eu ganhei ele perguntou se eu tinha sentido o pique que ele deu e eu falei que não tinha sentido nada, que eu não sabia que ele tinha cortado. Mas ele não avisou nada, só depois!” M25

“Eles falaram que ia precisar fazer o pique. Eu não vi nada! Na verdade, quando ele falou para mim, já tinha feito. Ele falou: “eu fiz, mas depois eu falei, porque às vezes a pessoa fica nervosa”. Ele fez isso, fez e depois que falou.” M22

A não orientação das mulheres para a episiotomia contraria a medicina baseada em evidências científicas e os direitos da mulher que deve ser informada sobre a necessidade do procedimento, sua indicação, seus riscos e benefícios, possíveis efeitos adversos e demais alternativas (BRASIL, 2012a).

Dados de outro estudo sobre violência obstétrica apontam que um quarto da amostra sofreu episiotomia sem o consentimento prévio da mulher (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2012).

A dor durante a episiotomia não foi informada pelas mulheres que afirmaram dor durante a episiorrafia.

“Ai que dor! Na hora de cortar não dói. Mas, quando vai dar os pontos. Ai que dor! Eu até gritava! E eu estava com ela no colo e tinha que ficar segurando. Eu ficava assim: “ai, ai, ai!”. Parece que era a pinça que pegava. Mas eles estavam dando anestesia toda hora. Mas a gente sente mesmo dar os pontos, você sente uns beliscões.” M15

“O pique ele deu e eu não senti, mas para costurar eu senti um pouco, ele deu anestesia, mas eu senti.” M25

As falas corroboram com as constatações do dossiê “Violência obstétrica: parirás com dor”, que destaca que as mulheres brasileiras são submetidas ao corte e a sutura de suas vaginas sem anestesia adequada, causando traumas físicos e psicológicos, como é perceptível na fala de M15 “*Eu até gritava!*” (BRASIL, 2012a).

M25 relatou que achou melhor não ter sido comunicada do procedimento, pois ficaria assustada. Fala que evidencia a vulnerabilidade da mulher durante a prática da episiotomia.

“Sinceramente eu dei graças a Deus que ele não falou! Porque se ele tivesse falado eu teria ficado mais assustada. Achei que foi melhor assim!”
M25

Durante a entrevista as mulheres refletiram sobre a assistência que receberam. Neste momento, algumas chegaram a questionar a necessidade da episiotomia.

“Por eu ter feito o curso para gestantes eu sei que o certo não é o corte. É ruim, porque depois que costura incomoda um pouco. Eu levei quatro pontos, tem mulher que leva mais, mas foi o suficiente para eu ficar incomodada, para sentar na cama, para amamentar, porque no começo da amamentação o seio machuca e você não sabe se está com dor no seio ou se é o ponto que está incomodando. Eu não gostei de ter levado o corte por baixo não!” M25

“Eu acho que ajudou! Mas, eu não sei se precisaria, porque eu senti ela bem e eu não sei se precisaria do corte. Mas, facilitou bastante, eu acho.”
M8

“A gente fica pensando, será mesmo que tinha necessidade de dar o corte, porque depois dói, incomoda para sentar. A gente não sabe se na hora não dava para sair sem o corte, porque acaba ficando uma imperfeição no corpo da gente, querendo ou não.” M9

“Então ela falou: eu vou fazer anestesia aqui, porque se precisar cortar já esta pronto. Ela falou “eu vou cortar aqui” e eu disse “então corta”. Mas, eu não sei se era necessário, se precisava, porque ele era muito pequeno. Mas ela disse que era preciso. Se precisava mesmo eu não sei!” M21

“Eu preferia que não fizessem o corte, mas eu não estava aguentando mais empurrar e deixei eles darem o corte. Ela falou: “eu preciso dar um cortinho” e eu falei: “pode dar, vai!” M15

Durante a assistência as mulheres esperam receber informações, orientações e terem as suas dúvidas sanadas. Diante o descumprimento desse direito passam a ocorrer questionamentos de como os procedimentos são realizados pela equipe de saúde e da sua necessidade. Contudo, os profissionais de saúde tendem a centralizar os seus esforços em técnicas e não nas relações interpessoais (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

Diante os questionamentos das mulheres sobre a necessidade de realizar ou não procedimentos é importante destacar que essas dúvidas surgiram apenas

durante a entrevista e longe do ambiente da maternidade o que revela o sentimento de segurança e a ausência do risco de qualquer repressão (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011).

A falta de informações e conhecimento das mulheres pode levá-las a acreditar que procedimentos tidos como inadequados ou prejudiciais são necessários e importantes para que o parto ocorra (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

“Eu achei que foi melhor eles darem o pique, do que ela mesmo sair rasgando, entendeu? Eu achei melhor eles darem o pique e ajudar, foi muito bom.” M11

“Ela fez pequeno, acho que foi um ou dois pontos só que eu levei. Eu não senti nada não! Ela falou que não ia doer e foi bom para ajudar ele a nascer, porque se não cortasse eu ia precisar ficar fazendo mais força e ele ia demorar para sair. Mas, eu não senti dor na hora que cortou não, porque é pequenininho.” M12

As falas de M11 e M12 e o uso rotineiro da episiotomia evidenciam a relação de confiança da parturiente com o profissional que realiza o seu parto. As mulheres desprovidas de informações, conhecimento e a posição de vulnerabilidade em que se encontram tendem a acreditar na necessidade do procedimento, além de ser um momento no qual muitas vezes, não conseguem manifestar objeção ou defesa. Esses fatos caracterizam uma violência obstétrica de caráter físico, sexual e psicológico (BRASIL, 2012a).

Porém, algumas mulheres relatam que foram informadas sobre a episiotomia e sua necessidade:

“Ela falou: “vamos ver se ele consegue nascer sozinho ou vai precisar cortar”, só que ele não estava conseguindo passar e ela falou “eu vou dar um corte aqui, pequeno, só para ajudar ele a passar”, porque eu estava fazendo força e ele não nascia.” M12

A fala evidencia uma episiotomia informada à mulher, que conhecia o procedimento e participou da decisão de realizá-lo seguindo as evidências científicas que indicam o uso restritivo e consentido da episiotomia (BRASIL, 2012a). É importante destacar que este trabalho não buscou discutir a necessidade ou não dos procedimentos, mas sim, a percepção da mulher.

A posição do parto não foi investigada neste estudo uma vez que as maternidades estudadas não oferecem opção às mulheres, sendo a litotômica,

posição ginecológica a adotada como rotina. No momento da pesquisa, as unidades não possuíam leitos PPP. Apenas duas mulheres tiveram seus filhos no leito comum devido à progressão do parto que impedia o deslocamento para mesa de parto. A livre escolha da posição ainda não é uma realidade destes serviços conforme previsto no PHPN. Pesquisa nacional encontrou que 34% das mulheres pariram em posição litotômica, posição conhecida como a pior para parturiente e melhor para o profissional obstetra (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2012).

A Rede Cegonha visa a mudança na estrutura física das maternidades na qual as divisões de pré-parto, sala de parto e puerpério devem ser modificadas para quartos PPP's favorecendo a ambiência. Esse ambiente deve conter instalações que proporcionem à parturiente e seu acompanhante bem-estar, segurança e privacidade, além de conter todos os itens necessários para uma assistência de qualidade como o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor (BRASIL, 2011b).

A falta de estrutura física adequada, como a falta de espaço para acomodação do acompanhante; equipamentos ultrapassados tais como: mesas de parto, que só favorecem o parto na posição litotômica; ambiência inadequada, que não garante conforto e os direitos do binômio mãe-feto; falhas administrativas; ausência de protocolos para assistência humanizada e educação continuada são fatores que favorecem a violência institucional (SILVA et al., 2014).

Neste cenário de mudança da assistência, a Enfermagem Obstétrica tem ganhado destaque mundial e nacional. A OMS, o MS e Ministério da Educação e Ciência vêm desenvolvendo ações para a capacitação dos enfermeiros para que eles possam assumir a responsabilidade de prestar uma assistência baseada em evidências científicas e humanizada. Quanto ao preparo das instituições formadoras há incentivos financeiros para abertura de curso de especialização ou residências (SILVA et al. 2014).

Todas as intervenções a que as mulheres foram submetidas neste trabalho e em outros realizados pelo Brasil evidenciam que as parturientes são constantemente expostas a práticas desnecessárias e prejudiciais sem a preocupação com a humanização da assistência e o respeito às evidências científicas. Seu uso está associado ao início de uma vida reprodutiva cercada por traumas e danos sexuais que caracterizam a violência obstétrica no trabalho de parto e parto (BRASIL, 2001; BRASIL, 2012a; LEAL et al., 2014; OMS 1996).

5.2.1.4 Percepção das mulheres sobre a violência no trabalho de parto e parto

A subcategoria *Percepção das mulheres sobre a violência no trabalho de parto e parto* contém as respostas das mulheres à questão norteadora: **Você acha que foi vítima de violência obstétrica no seu trabalho de parto e parto?** E possui dados que revelam atos violentos claros durante a assistência.

Nas demais subcategorias e categorias foram discutidos os resultados que também evidenciam uma violência no trabalho de parto e parto, como o acolhimento, assistência e informações inadequadas, desrespeito aos direitos da mulher, privação do uso dos métodos farmacológicos de alívio da dor e a medicalização do corpo da parturiente. Os dados descritos salientam uma realidade nacional e internacional, conforme a fala abaixo:

“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. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos (OMS, 2014, p.1)”.

Na Venezuela as queixas mais comuns de violência obstétrica são: a falta ou negação de informações para as mulheres, práticas hospitalares humilantes, assistência que não atenda as suas necessidades, cesarianas desnecessárias, utilização de intervenções desnecessárias, entre outras. Resumindo, são o uso de ações de medicalização e patologização do processo de parir, que levam a uma assistência desumana (SÁNCHEZ, 2015), dados semelhantes aos descritos neste estudo e encontrados em outros países da América Latina (BELLI, 2013).

A recomendação da OMS (2014) é que “toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso (OMS, 2014, p.1)” e o seu descumprimento caracteriza violência contra a mulher, mais especificamente violência obstétrica, que neste trabalho é discutida durante o trabalho de parto e parto.

Estudos revelam que são muitos e contraditórios os sentimentos vivenciados pelas mulheres nas maternidades. Variam da felicidade pela chegada do bebê ao medo de morrer, da dor, do abandono, do sofrimento; do desejo de cuidar do filho, mas também, o de ser cuidada pela equipe. Existe também a confiança no hospital

como o lugar mais seguro e adequado para se ter um filho e a desconfiança de que se é maltratada impunemente nas maternidades (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006; AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011). A citação abaixo reforça essa ideia:

“É no campo das relações entre profissionais e pacientes que encontramos as situações de violência mais difíceis de serem percebidas como tal pelos sujeitos envolvidos, ainda que impliquem de forma bastante clara a anulação da autonomia e a discriminação por diferença de classe, raça ou gênero. Essas formas estão frequentemente presentes em falas grosseiras, desrespeitosas e discriminatórias para com as pacientes e em desatenção quanto às suas necessidades de analgesia e uso apropriado de tecnologia, podendo ser expressadas também por agressões físicas ou sexuais explícitas (AGUIAR; D' OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013, p. 2289).”

A dificuldade de identificar a violência no trabalho de parto e parto também foi identificada nesse estudo no qual a maioria das mulheres manifestaram que não foram vítimas de violência.

“Ah, porque eu acho que tudo que aconteceu lá deveria ter acontecido! Foi para me ajudar! Não sei, sentir dor a gente sente mesmo, não é fácil ter um filho não, eu acho que eles fizeram o que devia ter feito. Teve mudança e eles avisaram, que agora não faz cesárea em qualquer pessoa, só se for preciso mesmo, eles avisaram e assim não achei que teve nada de abuso não.” M3

“Não, de jeito nenhum! De forma nenhuma! Eu acho que eles foram muito profissionais, muito atenciosos, muito cuidadosos eu gostei muito do atendimento pra mim lá e o melhor lugar para se ter filho para ser atendida. Sinceramente eu não tenho que me queixa de nada não. Até hoje com a idade que estou, todos os filhos que eu tenho, sempre que eu preciso de atendimento eu corro lá e toda vida sempre fui muito bem atendida, não tenho que fala mal nenhum de lá, é muito bom todos profissionais de lá estão de parabéns são muito bons.” M4

“Não, em nenhum momento! Me trataram super bem, quando eu falava que não queria eles não passaram por cima. Quando ela falou que ia internar eu aceitei e eles não discordaram em nada. Me trataram super bem, todo mundo.” M10

“Não, não fui vítima de violência, porque tudo o que eles fizeram eles me informaram e trataram eu super bem.” M11

“Não. Porque eles não judiaram de mim. Porque igual quando ia fazer toque e eu via que não ia aguentar eu falava: “agora não” e eles respeitavam, e depois eu falava agora pode vir e eles iam.” M13

“Não, porque eu fui tratada bem! Não achei nada violento! Tiveram a maior paciência, eu estava nervosa. Eu não vi nada de violência, fizeram tudo certinho! Não empurraram a criança, não forçaram!” M15

“Não, graças a Deus, não! Por isso que é bom ter um acompanhante, porque pelo menos ajuda você. Porque no momento que você esta com dor,

tem hora que não lembra, e o acompanhante estando com você ele vai proteger. A minha irmã ficou comigo todo o tempo.” M18

As mulheres referem-se que não foram vítimas de violência porque foram informadas, respeitadas, não maltratadas e por acreditarem que as intervenções realizadas eram necessárias para o trabalho de parto e parto.

É importante destacar que todas as mulheres acima relataram o uso de intervenções tidas como desnecessárias ou prejudiciais no trabalho de parto e parto. Fato que contribui com as falas de que a violência é em muitos casos velada ou invisível aos olhos das mulheres que não conseguem identificar estes fatos (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006; WOLF; WALDOW, 2008; AGUIAR, 2011).

Entretanto, nas falas de algumas mulheres foram evidentes alguns atos violentos, que serão discutidos nesta categoria. As falas abaixo exemplificam a omissão e a negligência na assistência.

“E já nasceu no pré-parto mesmo, porque não deu tempo mais de me levar para sala de parto, porque quando eles colocaram a ocitocina, ela me deixou lá na sala do pré-parto e eu chamava ela e ela não vinha e ela falou quando você sentir vontade de evacuar você me chama, mas nisso eu já estava evacuando. Então, quando ela chegou ele já tinha descido e ela achou melhor fazer no pré-parto, não me levar para sala de parto.” M2

“...eu dei entrada era 1 hora, ele só foram me ver no quarto era 5:30, eu quem ia procurar as técnicas para eu saber se não iam me dar remédio, se eles não iam fazer a assepsia com PVPI, porque eu tinha que ir prontinha, não me informaram nada, só chegaram as 5:30 lá mesmo, não tinha mais nada de informação.” M5

“Só na hora que o meu filho estava quase nascendo que eu achei que foi irresponsabilidade da médica atender o telefone, porque ela quase deixou o meu filho cair, a sorte é que tinha aquela mesinha embaixo. Se não fosse aquela mesinha em baixo ele teria caído... Graças a Deus ele não caiu! E se tivesse caído? Depois ninguém veio falar o que realmente aconteceu. Minha irmã ficou com medo dele ter caído, porque fez barulho! Sorte que tinha uma mesinha. O médico, pediatra, até assustou!” M18

As falas mostram a omissão e a negligência na assistência. As duas primeiras mulheres relataram o abandono da equipe que não estava ao lado ou próximo à mulher para realizar os cuidados necessários, fato já relatado em outro estudo. A solidão do pré-parto pode gerar dor, sofrimento, insegurança e insatisfação com os trabalhadores da saúde, como ocorreu com M5 (DIAS; DESLANDES, 2006; SANTOS; PEREIRA, 2012).

Chama a atenção a fala de M18 que relata o uso do celular durante o parto, provocando a queda do RN, amparado pela mesa auxiliar, evitando a sua queda ao chão. Dessa maneira, observa-se a necessidade de implantação de normas rígidas nas unidades, que abordem toda a assistência oferecida à mulher, incluindo a restrição do uso de aparelhos celular ou outros dispositivos pessoais durante a assistência à mulher.

A mulher questiona o uso do celular que ocasionou a queda do seu filho e a falta de explicações ou solicitação de desculpa do profissional, evidenciando uma omissão diante o fato, deixando uma sensação de ser um ato rotineiro e sem importância para a equipe.

A violência psicológica é observada nas falas a seguir:

“Eu acho que poderia ser menos traumático no parto a gente passa por situações muito ruins.” M1

“Então, eu queria ter dilatado tudo sem ocitocina. Mas, como chegou outra gestante lá e ela estava sem os movimentos da criança, já não tinha mais e ela não estava dilatando, já estava de quarenta e uma semana e eles resolveram levar ela para cesárea. Só que não podia ir para cesárea, porque eu estava também para ter no normal. Foi onde eu fiquei pensando também. Eu fiquei lá do lado dela escutando tudo aquilo e eu podendo acelerar um pouco mais para poder ajudar ela e foi onde eu aceitei. Quando eu aceitei já levaram ela para o centro cirúrgico.” M2

M1 relata que o parto poderia ser menos traumático o que evidencia a sua percepção de uma experiência ruim que marcará negativamente a sua vida. Contribui para esta visão a fala do autor abaixo:

“O parto e o nascimento de um filho são eventos marcantes na vida de uma mulher. Infelizmente muitas vezes são lembrados como uma experiência traumática na qual a mulher se sentiu agredida, desrespeitada e violentada por aqueles que deveriam estar lhe prestando assistência. A dor do parto, no Brasil, muitas vezes é relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com práticas institucionais e dos profissionais de saúde que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo (BRASIL, 2012a, p.7)”.

M2, em sua fala, relata que foi coagida pela médica a aceitar o uso de ocitocina, pois ficou com medo de prejudicar outra paciente, que segundo a médica não poderia ir para cesárea, porque ela ainda não tinha ganhado o seu bebê.

Os dados do caderno de campo apontam que M2 sentiu-se responsável por possíveis complicações que poderiam acontecer e na unidade estavam presentes enfermeiras que poderiam conduzir o seu trabalho de parto considerado de baixo

risco. Todos esses fatos descritos configuram Violência Obstétrica contra a mulher no trabalho de parto e parto (SÃO PAULO, 2013).

Na fala de M8 fica evidente a violência verbal.

“Eu não estava fazendo a força certa, estava fazendo força pela garganta e até a médica me xingou, falou assim: “se você estivesse fazendo a força certa, seu bebê já tinha saído, faz a força direito, que seu neném sai”, porque eu não estava aguentando eu estava pedindo cesárea, com oito dedos dilatados.” M8

Apenas M8 abordou que foi xingada pela médica o que representa 4% da amostra. Um Estudo da Fundação Perseu Abramo (2012) encontrou dado parecido, 7% das mulheres entrevistadas relataram xingamentos ou humilhações durante a assistência.

Estudos demonstram que da mulher em trabalho de parto é esperada uma postura de aceitação da dor como algo natural, necessário de ser vivido para o nascimento do filho. Quando a mulher não adota esta postura, os profissionais tendem a usar condutas autoritárias, ameaças, tom de voz aumentado como forma de levar a paciente a colaborar, atos estes considerados pelos profissionais como parte do exercício da autoridade do profissional (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011; AGUIAR; D’ OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

A fala de M8 evidencia despreparo da mulher para o trabalho de parto e parto visto que elas tendem a chegar nas maternidades desconhecendo técnicas de respiração e os períodos do trabalho de parto. Fato este justificado por M8 não ter participado de atividades educativas como grupo de gestantes. Outro fator é que mesmo tendo frequentado oito consultas de pré-natal, tal ação não aponta que elas estavam preparadas e tampouco orientadas sendo que estas atividades apresentam-se como parte das responsabilidades do profissional que conduz a consulta (BRASIL, 2012c).

Tanto os médicos quanto a equipe de enfermagem tendem a adotar uma postura rude com as parturientes, independente do sexo do profissional. Mesmo as profissionais do sexo feminino adotam uma postura de poder e autoridade frente à vulnerabilidade da mulher que está parindo (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

“Mas, teve uma enfermeira lá que enfiou um pano na minha boca! Deu ânsia! Vinha a dor e um gosto muito ruim do pano e eu não gostei. Eu falei para uma outra enfermeira que estava lá. Ela falava: “morde o pano que

ajuda”, mas no meu caso não ajudou não, começou a dar ânsia e a mulher enfiando o pano na minha boca. Eu falei para o meu marido: “tira esse pano que eu não quero pano” e ela insistia que eu ficasse como pano na boca. Meu marido foi e tirou o pano e segurou o pano, não deu mais para ela, porque ela ia ficar enfiando o pano toda hora na minha boca.” M8

“O toque, quando eu cheguei lá, eu fiz e estava com um e foi normal. Depois entrou uma médica super bruta e ela foi fazer o toque eu estava com três de dilatação, ela fez e eu até urrei e ela falou “não, não é assim não, não dói assim não”. Mas eu senti até a unha dela lá no meu útero, deu para sentir. Doeu muito, muito, quando eu estava com três.” M9

As falas de M8 e M9 caracterizam a ocorrência da violência física, que no caso de M9, pode ainda ser caracterizada como sexual e dependendo dos danos ocasionados por estes atos pode configurar-se violência psicológica (BRASIL, 2012a).

M8 destaca a postura de um profissional da enfermagem que colocou um pano em sua boca, conduta que tem por objetivo evitar o grito da mulher, que teoricamente, atrapalha que ela faça força e empurre o bebê. Contudo, as evidências científicas demonstram que a livre expressão da mulher, orientações adequadas e o preparo para o parto durante o pré-natal contribuem para um parto natural (BRASIL, 2012c).

A violência não se caracteriza apenas pela presença do pano, mas pela conduta ser tomada sem o consentimento da mulher e continuar mesmo após a sua solicitação para retirar o objeto.

A outra mulher, M9, destaca a dor insuportável que sentiu durante o exame de toque de uma das profissionais a quem atribuiu uma postura “bruta” e por quem foi reprimida pela reação que apresentou.

Algumas mulheres justificaram os atos violentos recebidos pelo dimensionamento inadequado dos profissionais, principalmente, da equipe de enfermagem:

“Doía muito! A gente chamava e a enfermagem não vinha, porque era uma enfermeira e duas técnicas para toda a maternidade. Então, estava complicado, muito parto no diae só as três para estar cuidando de todo mundo. Esse dia foi sofrido mesmo, mas fora isso, todas essas ocorrências, até que foi tranquilo...Eu acho que para uma maternidade ser uma enfermeira e duas técnicas eu acho que é muito pouco. Eu não entendo bem, mas eu acho que é muito pouco para cuidar de todos os quartos, todas as pacientes. Acaba ficando um pouco a desejar, mas elas não abandonam a gente em nenhum minuto. Sempre estão bem atenciosas.” M1

“...as técnicas que elas iam um pouco lá, mas só tinham 2 para a maternidade, teve muito parto normal então a atenção deles era quase nada para a gente que foi cesariana.” M5

O dimensionamento de pessoal inadequado referido pelas mulheres pode ser entendido como violência institucional, por expor as mulheres às demais violências como a negligência, assistência inadequada, entre outras, ou seja, nos cuidados cujos princípios da humanização não são colocados em prática, não é possível criar vínculo e garantir uma assistência de qualidade (SANTOS, et al. 2011).

A violência foi atribuída em outra pesquisa a um ritmo de trabalho elevado, que aliado à falta de recurso, à falta de comprometimento ético na formação e à impunidade geram um esgotamento físico e emocional do profissional, que passa a ter dificuldade de refletir e analisar a sua prática (AGUIAR; D’ OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Dessa forma, é importante destacar que nenhuma mulher respondeu com convicção ser vítima de violência durante o trabalho de parto e parto, porém, cinco ficaram em dúvida se os atos que ocorreram durante a assistência poderiam ser denominados de violência.

“Violência, tanto eu quanto as outras se for ver, não chega a ser uma violência, mas eles entram na nossa privacidade. Acho que essa parte, muita gente mexendo, da parte da medicina. Eu sei que eles estão estudando, mas tem que ser um controle, pedir autorização ver se a pessoa quer ou não, eles invadem um pouco a nossa intimidade. E na parte de falta de informação. Eu queria saber o que eu estava passando. Eu tinha esse direito de saber, para saber: eu vou ter alta quando? É grave? Eu preciso ficar aqui? Tudo bem, eu vou ficar para ser cuidada. Mas, não me informavam. Eu só tinha a informação pela internet, que eu entrava, eles falavam um nome eu já procurava para ver o que era. Mas, eu fazia isso, mas tem muita gente que não faz, fica ali a pessoa faz o que quer. E no caso, por exemplo, dessa moça que ficou comigo, perfuraram a bexiga dela e porque não deram uma explicação, não é uma coisa normal. Eu fiquei morrendo de medo, fiquei com medo de ter o parto, de acontecer a mesma coisa comigo, porque estava no mesmo quarto e isso acaba sendo ruim. Eu não sei se chega a ser uma violência, mas são coisas desagradáveis. Eu queria mais informações, saber o que estava acontecendo.” M1

“Não, deixa eu pensar! Eu não sei que violência entraria essa questão da falta de atenção e da falta de orientação, não sei se isso considera alguma violência, porque eu estava frágil né, não entendia nada, por mais que eu seja enfermeira, quando a gente está orientando é uma coisa, quando a gente está passando pela maternidade, pelo parto é outra situação. Você quer ser acolhido, quer receber orientação, por mais que eu saiba de tudo, por mais que eu saiba de todos os cuidados, de tudo que iria acontecer comigo, eu precisava de alguém estivesse me acolhendo que estivesse me orientando, acho que isso que faltou, não sei se entra em alguma violência.” M5

“Não, em nenhum momento! Só na hora do pano mesmo que a mulher queria enfiar na minha boca! Mas, caso contrário não teve nada não. Eu acho que não, teve não.” M8

“Não, não fui vítima! Porque eles me atenderam bem, trataram bem. Foram muito atenciosos. Quanto ao corte que eu realmente não sei falar para você se era preciso. Mas acho que isso (a episiotomia) não foi nada de sério, de errado. Só não sei se precisava, porque ele (RN) era muito pequeno.” M21

“Não, eu acredito que não. Fora o fato dele ter dado o pique e não ter falado nada, eu não achei. Porque ele foi bem atencioso, ele respeitava bastante, ele falava faz força, sobe na maca e se eu falava para ele aguardar um pouco ele aguardava, sempre respeitava. Eu acredito que não.” M25

A princípio, as mulheres verbalizaram que não foram vítimas de violência no entanto, diante a reflexão e verbalização da assistência recebida provocada pela entrevista passaram a questionar e duvidar sobre a presença ou não da violência.

As mulheres apresentaram dúvidas se os seguintes atos são violência: a falta de informação, de atenção e acolhimento, a exposição da privacidade, exames sem consentimento, o “pano” posicionado na boca, a realização da episiotomia e o não consentimento.

A reflexão das mulheres frente às vivências no trabalho de parto e parto, pode ser influenciada por este assunto ser destaque na mídia. Outros fatores que podem estar associados são o fato de M1 e M5 possuírem ensino superior completo, M21, M25 possuírem ensino médio completo e M5, M21 e M25 terem frequentado o curso para gestantes.

A mídia, a escolaridade e participação de grupos de gestantes das mulheres podem justificar o maior conhecimento delas sobre o assunto e os seus questionamentos sobre a presença de violência no trabalho de parto e parto.

O presente estudo buscou avaliar se ocorreu violência no último trabalho de parto e parto, entretanto as mulheres que passaram por outras gestações sempre abordavam ou comparavam as experiências e algumas manifestaram ter vivenciado esse problema no passado.

“No primeiro foi feito (episiotomia), o médico não perguntou, ele pegou e fez. Mas como ela já estava muito próxima de sair, ele deu anestesia, mas não deu tempo de pegar e ele foi e cortou sem anestesia e eu já senti a dor a mais. Eu senti que ele estava cortando e eu falei para ele e ele falou assim: “mas eu não posso fazer nada, ela já está aqui para nascer e não posso esperar”. E nesse foi diferente e depois do parto a gente sente a diferença.” M2

“Acho que ela (médica) estava ensinando o aluno e foi onde costurou. E eu estava sentindo costurar, ai, tinha acabado a anestesia, estava sentindo até

fazer assim com a agulha (levantou a mão como se estivesse passando a agulha) e eu penei com os meus pontos. Desse aqui não inflamou nenhum e do meu menino, por mais cuidado que eu tive, abriu um ponto e eu tive que voltar lá de novo e eles deram pomada para eu passar.” M6

“...quando eu fui na outra maternidade, por conta do que eu tinha perdido, eu senti muita dor e eles fizeram muito exame de toque e eu comecei a sangrar. Foi muito exame de toque que fizeram.” M8

“Justamente, pelo tratamento, porque no dela as enfermeiras não estavam dando muita atenção, eu fiquei sozinha lá esperando o médico do plantão entrar, porque não tinha médico de plantão, tinha uma enfermeira só e eu fiquei nas mãos de estudantes. A estudante me machucou, machucou eu e ela (filha) na hora do toque. Ela nasceu com os dois dedos da estudante na testa dela, ficou um tempo o sinal, porque ela ficava tentando abaixar ela, mas ia muito bruta e machucou eu e ela. Do dele já foi tranquilo, não tive nenhum problema!” M22

Nas falas, as mulheres atribuem a violência à episiotomia e episiorrafia realizadas sem anestesia, a exames de toque excessivos, a solidão, a ausência de assistência e toques vaginais dolorosos. Problemas que ocorreram no passado de algumas mulheres e foram relatados por outras durante a última assistência, evidenciando que esforços ainda são necessários para a mudança dessa realidade.

A vivência de atos violentos em partos anteriores pode ter como consequência a não opção por esta via de parto e a propagação de que nas maternidades as mulheres são violentadas e não cuidadas (DIAS, DESLANDES, 2006).

Profissionais entrevistados por Aguiar; d’Oliveira; Schraiber (2013) revelam que as mulheres chegam às maternidades com medo de sofrerem maus-tratos, porque já foram anteriormente maltratadas ou conhecem outras mulheres que passaram por esta experiência sejam parentes, familiares ou em redes sociais.

Nesse sentido, as mulheres devem vivenciar suas gestações e partos em plenitude e problemas ocorridos anteriormente precisam ser trabalhados durante o pré-natal a fim de minimizar os traumas do processo de parto e nascimento (RODRIGUES, 2014).

Algumas mulheres também observaram a violência sofrida por outras mulheres.

“Porque uma menina que estava do meu lado eu achei que foi, até fiquei com medo. Tinha duas em trabalho de parto, uma foi, depois a outra foi. E eu vi que uma foi vítima ao estourar a bolsa. Eu achei uma cena feia, que judiou da moça mesmo. Eu acho que é por isso que eu pedi a cesárea. Eu olhei para o meu marido e falei: “eu estou com medo”, porque foi ali na frente da gente. Eu achei de uma brutalidade. Mas eu não, não fui vítima de

violência...Eu achei que essa mesma médica, que fez o toque em mim e doeu, ela foi muito bruta ao estourar a bolsa da menina, ela estourou e já foi apertando a barriga dela para induzir o parto mais rápido, eu achei horrível! Eu nunca tinha visto e fiquei com medo. Mas eu não passei por isso.” M9

Outras pesquisas realizadas também revelam a presença de maus-tratos nas maternidades públicas com as próprias entrevistadas ou outras mulheres, gerando um entendimento de que estas práticas são comuns bem como contribuem para a desconfiança nos serviços oferecidos (AGUIAR, D’OLIVEIRA, 2011; DIAS; DESLANDES, 2006).

A fala de M1 aponta a observância de que muitas mulheres são vítimas de violência e deixam a maternidade sem informações sobre o seu estado de saúde.

Na fala de M9, é possível fazer duas observações. A primeira é o fato de a amniotomia ser vista como ato violento, realizado com brutalidade. A segunda foi a realização do procedimento na presença de outras parturientes sem nenhuma preocupação com a preservação da privacidade e que o ato poderia oferecer sentimentos negativos às outras pacientes.

Ao observar o procedimento, M9 não apenas achou violento, “bruto”, mas também, ficou com medo, o que pode ser justificado pela ausência de explicação sobre a sua finalidade, deixando a paciente assustada e contribuindo negativamente para a sua experiência.

Pereira (2004) em sua pesquisa discute o fato da amniotomia ser realizada na presença de outras mulheres, por ser um ambiente feminino onde não se deveria ter este cuidado e não há a preocupação com os sentimentos da mulher por ser conduta rotineira.

Outra entrevistada, M13, também relatou ter observado violência durante a assistência de outra paciente que deu entrada no serviço após aborto.

“Tinha uma menina lá que judiaram bastante dela. O neném dela já estava morto e foram fazer o trabalho para retirar. Só que judiaram demais dela! A menina morrendo de dor e eles queriam fazer toque nela. Ela falava “espera um pouquinho” e eles não esperavam, ficavam xingando ela, falavam assim: “desse jeito não vai ter como ajudar você, ajuda nós!” (voz alterada). Mas ela estava agonizando de dor mesmo e eles queriam fazer toque nela de qualquer jeito... Só que eles judiavam muito dela. Ela falava que estava quase ganhando e eles não ligavam, e acabou que fizeram lá na cama mesmo. A médica virou as costas e ela só deu um grito que estava nascendo e eles voltaram tudo correndo. Pediram para eu ficar fora do quarto e fizeram ali mesmo. E ela estava avisando, avisando que estava saindo e eles não ligavam para ela... Eu chorava junto com ela de dó!

Porque ela estava sofrendo e não iria levar o filho para casa. Ela sofreu muito, judiaram dela!” M13

A violência obstétrica é termo que se amplia nas questões do aborto e as mulheres que passam pela situação de aborto estão mais expostas a todos os tipos de violência (SÃO PAULO, 2013).

A fala de M13 é possível observar sinais de atos violentos físicos, psicológicos, sexuais e institucionais, vivenciados pela mulher e observados pela sua companheira de pré-parto (BRASIL, 2012a).

M13 demonstrou ter se sensibilizado como é possível observar na seguinte frase: *“Eu chorava junto com ela de dó! Porque ela estava sofrendo e não iria levar o filho para casa. Ela sofreu muito, judiaram dela!”*.

Com relação a este fato podemos ainda questionar a conduta dos profissionais de manter juntas mulheres que sofreram aborto e parturientes, contribuindo para um sofrimento psicológico de ambas e evidenciando mais uma forma de violência institucional, psicológica e, principalmente, desumanização da assistência.

Uma mulher, M15, abordou sobre a questão do medo de violências divulgadas nas mídias, como a troca de bebês.

“Ele estavam falando muito de troca de bebê na maternidade na televisão e a primeira coisa que eu perguntei foi: “pois a pulseirinha com o meu nome no braço dela?” A mulher pegou e mostrou. Eu gostei!” M15

É interessante destacar que diante o medo da troca de bebês, M15 questionou sobre as pulseiras fato que pode estar associado a sua participação em grupos de gestantes cuja finalidade é esclarecer as mulheres sobre os seus direitos (BRASIL, 2012c).

Diante todas as falas e das discussões realizadas nesta subcategoria e nas demais é evidente que as mulheres foram expostas a diversos atos violentos, como destacado pelos autores abaixo:

“Desta maneira, torna-se fundamental o enfrentamento da discriminação e do preconceito de gênero na assistência em maternidades públicas, no sentido do respeito aos direitos humanos, e, no âmbito destes, aos direitos sexuais e reprodutivos das pacientes. Para tanto, faz-se importante a desconstrução de uma cultura institucional que banaliza e invisibiliza a violência institucional. Ressaltamos, ainda, a importância da qualidade ética das interações em uma perspectiva ampla de cuidado, em que tanto as

intervenções técnicas como as ações de suporte sejam orientadas para o acolhimento, valorizando a mulher como sujeito na relação profissional/paciente (AGUIAR; D'OLIVEIRA 2011, p.88)".

Para evitar e eliminar o desrespeito e os abusos contra as mulheres durante a assistência institucional ao parto no mundo inteiro, as seguintes medidas devem ser tomadas:

1. "Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos.
2. Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência.
3. Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto.
4. Produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais.
5. Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas (OMS, 2014, p.2)".

Conclui-se que as mulheres foram vítimas de violência durante toda a assistência, reforçando a necessidade de fiscalização dos serviços para garantia de uma assistência mais humana, que atenda as recomendações científicas e das políticas públicas de saúde.

5.2.2 Ações não farmacológicas na humanização da assistência no trabalho de parto e parto

Toda a assistência à mulher deve basear-se em evidências científicas e estas apontam que a parturiente deve ser orientada e estimulada para o uso de técnicas não farmacológicas de alívio da dor e oferecido métodos farmacológicos quando necessário ou solicitado mediante esclarecimento sobre os seus riscos e benefícios (ANDRADE, LIMA, 2014; BRASIL, 2001).

São exemplos de práticas benéficas banhos de imersão ou aspensão, massagens corporais, deambulação, técnicas de respiração, relaxamento, utilização da bola de Bobath, entre outras (ANDRADE, LIMA, 2014; BRASIL, 2001).

Nesta pesquisa, 21 mulheres informaram parto normal, quatro cesárea por indicação. Das que relataram cesárea por indicação, apenas uma entrou em trabalho de parto e foi encaminhada à sala de cirurgia por distócia de dilatação. Assim, 22 mulheres entraram em trabalho de parto e parto e 15 fizeram uso de ações não farmacológicas, comumente denominadas de métodos não farmacológicos de alívio da dor (MNFAD) (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014a).

No Quadro 1, estão ilustradas as práticas utilizadas pelas 15 parturientes.

Quadro 1 – Métodos não farmacológicos de alívio da dor. Itajubá – MG, 2015. n= 15.

MNFAD	Nº absoluto	Frequência (%)	Atrizes sociais
Bola de Bobath	3	20%	M15, M19, M23
Banho de aspersão	13	86,6%	M2, M3, M8, M9, M10, M12, M15, M16, M18, M19, M20, M23, M25
Deambulação	10	66,6%	M2, M3, M8, M9, M10, M12, M15, M16, M20, M23
Massagem lombossacra	1	6,6%	M19
Orientação de respiração	11	73,3%	M3, M8, M10, M16, M17, M18, M19, M20, M21, M23, M25

Fonte: Da autora

O Quadro 1 ilustra as práticas mais utilizadas e verifica-se que as mulheres fizeram uso de mais de um método, com preferência pelo banho e respiração.

Em relação ao uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto em Maringá, registrou-se que 383 (67,3%) mulheres utilizaram alguma técnica, dado semelhante ao desse estudo. Os mais utilizados foram o banho de chuveiro e os exercícios respiratórios (48,2%) (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011), o mesmo método mais utilizado neste trabalho.

Quando questionadas sobre o uso de MNFAD, as mulheres relataram que:

“Ah, eu acho melhor! Porque melhor que o soro, porque ali você fica inquieta na cama e não te ajuda em nada, com o banho e caminhada ajuda. O momento que você está no chuveiro e caminhando o tempo passa e você não vê. Eu acho bom! Melhor que medicamentos!” M3

“Uns quarenta minutos, uma hora, depois que eu tomei banho ele nasceu, porque o banho ajudou a retirar um pouco da dor e eu não sei se também foi porque eu andei, ajudou.” M12

A fala das mulheres demonstra que elas reconhecem os benefícios dos MNFAD, como a distração e progressão do parto. Dados semelhantes aos encontrados no estudo de São Paulo que encontrou associação entre a livre movimentação e o banho, ao alívio da dor, ao parto mais rápido, à distração e relaxamento. O uso destes métodos demonstra uma mudança positiva na assistência prestada às mulheres (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Apesar dos benefícios dos MNFAD, algumas mulheres recusaram fazer os exercícios, como é ilustrado nas falas abaixo:

“A dor, quando vinha muito forte, as enfermeiras vinham, orientavam para tomar um banho quente, sentar na cadeira, deixa a água cair, que iria melhorar. Só que eu não ia porque eu não aguentava e de quinze em quinze minutos vinha a dor.” M9

“Tudo que eles me falavam eu prestava atenção. Só quando ela falou, bem no final, para eu andar, ficar na bola que e eu não quis não. Falei que eu não iria, que ficaria deitada mesmo e ela falava que se eu ficasse deitada ia ser pior, mas eu não queria levantar dali, porque quando eu tentava levantar e sentar parecia que eu sentia mais dor.” M10

“Antes eles queriam dar banho em mim, mas eu não quis porque eu não estava aguentando de dor.” M13

Os dados deste estudo vão ao encontro aos de outras pesquisas, que encontrou recusa de algumas mulheres em relação ao uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor e a preferência de algumas pela posição deitada. Resultado que alerta que não existe padrão entre as mulheres para as experiências do parto, a necessidade da assistência sistematizada que atenda individualmente a parturiente e a importância do respeito à autonomia da parturiente (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013; WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Além de recusar o método a mulher também pode fazer avaliações diferentes deles de acordo com os seus efeitos e a sua preferência, que pode associar ao ambiente, condições para executar, segurança e efeitos.

“Ficar andando eu achei chato, nossa. Ficar andando para lá e para cá, no mesmo, lugar é chato. Eu achei interessante a bola! O banho eu achei chato, ficar quarenta minutos, mas é interessante.” M15

“Eu não conseguia andar, na sexta-feira mesmo, no dia eu andei a manhã inteira na rua Nova, mas na hora eu não conseguia andar. O banho eu gostei, achei que acelerou! Mas, o que me aliviava era a bola.” M19

Em outra pesquisa foram encontradas duas percepções entre as mulheres em relação à movimentação durante o trabalho de parto, mais da metade das entrevistadas atribuiu benefícios à movimentação e à deambulação durante o trabalho de parto, enquanto outras relataram que preferiam ficar deitadas (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011), apontando para necessidade de adequação do método à mulher, sua individualidade e estrutura da maternidade.

A Rede Cegonha financia a construção ou a reforma dos ambientes para proporcionar às parturientes bem-estar durante os procedimentos e atividades. Um exemplo é a garantia de uma área destinada à deambulação e lazer das parturientes para que elas possam deambular e se distrair (BRASIL, 2011b). A mudança do ambiente evita comentários como o de M 15, que não se sentiu confortável para deambular devido à ausência de espaço físico. Até o momento da pesquisa, as maternidades ainda não estavam totalmente adequadas às recomendações da ANVISA (ANVISA, 2014).

As mulheres devem ser orientadas sobre os MNFAD e seus benefícios durante toda a gestação para que possam chegar mais preparadas à maternidade, diminuindo o medo e a insegurança e aumentando a adesão destas práticas.

Apesar dos benefícios dos MNFAD algumas mulheres referiram que não foram orientadas adequadamente sobre o seu uso.

“Não teve muita, não falavam assim, só na hora do soro que falaram que eu iria sentir muita dor. Mas assim, na hora de andar eu que quis andar, eu que pedi para ir para o banho. Não orientaram a andar, eu que falava: “vou andar porque ajuda mais, diminuí a dor”. Mas orientação não teve não. Da dor, do toque, não falavam nada, ficavam vindo escutar o coraçãozinho toda hora, de uma em uma hora, ficavam medindo pressão. Mas não orientavam nada. Eu acho que tinha que ter mais informação, porque eu não sabia se podia andar, mas eu pensava eu vou andar porque a dor não vem tanto como quando eu ficava deitada. Mas eu acho que eles deveriam ter falado, ter orientado mais, ter colocado eu no chuveiro quando estava doendo muito. Fui eu que falei: “eu posso entrar debaixo do chuveiro? Porque está doendo muito, eu não estou aguentando?”, eu que falei! Eles deveriam ter falado para mim antes, porque já estava muito forte, estava perto de ganhar, mas eu que fui andar, que fui para o chuveiro. Eu e meu marido, porque ele me ajudou bastante também!” M8

“Orientação na verdade não teve muita, era só falar para caminhar, tomar o banho. Mas eu acho que poderia ter me conduzido melhor, por exemplo, vamos respirar melhor. Porque na hora que foi a minha vez, só estava eu na sala, as outras já tinham ganhado. Poderiam ter orientado quanto a uma posição melhor, mais confortável e caminhar. Eu não sei se a gente fica vendo essas doulas na televisão e fica iludida com isso, espera isso do atendimento e não tem. Acho que aprender a respirar, a caminhar, fazer

alguma coisa que vai aliviando essa dor, se é que tem alguma coisa que alivie, eu não sei!” M9

Outro fator negativo foi relatado por M24 que não fez uso dos MNFAD e ainda recebeu orientação inadequada, sendo informada que devido à progressão eficaz do parto não seria necessário o uso dos métodos.

“Porque não foi preciso, todas as vezes que a médica foi fazer o toque ela disse que ele já estava a caminho e eu não estava sentindo muita dor. Então não foi preciso usar, ela disse que era preciso só se estivesse muito alto ou com dificuldades para nascer e não tinha nada disso, não teve dificuldade nenhuma, tinha os dedos todos para ele nascer e não foi preciso.” M24

Durante as entrevistas, duas mulheres disseram que haviam solicitado ao médico a cesárea, pois não estavam aguentando as dores do trabalho de parto, o que está diretamente associado à ausência do uso de métodos farmacológicos de alívio da dor nas instituições pesquisadas. É importante destacar que nenhuma parturiente fez uso destas intervenções, apenas uma, que possuía atendimento particular abordou que estes recursos foram oferecidos.

Então, eu falo que não participei, porque eu queria cesárea e não o que foi definido por eles foi normal, porque até então, no ponto de vista deles era o melhor para mim, que já estava evoluindo as contrações e dilatações. Eu queria a cesárea para evitar a dor e acabar logo com aquele martírio das contrações. Se eu tivesse participado e dito eu quero a cesárea e eles tivessem feito, ai sim eu teria participado. Mas, como eu solicitei e não fui atendida, a decisão foi deles e não minha. O que também foi o melhor. Hoje eu vejo que foi o melhor mesmo. M9

Eu tinha pedido, porque eu estava com muita dor, não aguentava mais ter dor, pedia para ela tirar essa dor. E ela falando para mim, que não era para eu pensar assim, porque eu ia sentir as duas dores, a da cesárea e da recuperação que é mais difícil, ainda mais que eu já estava com dor da normal. Só que eu não pensava em nada disso. Eu falei para ela tirar essa dor àquela hora que depois eu via o que eu fazia, ficava deitada. Eu não queria pensar, queria que ela tirasse e ela falando que não, que eu tinha que pensar. M10

Dados do “Teste de Violência Obstétrica” corroboram com este estudo ao constatar que o alívio da dor foi negado para 10% das mulheres (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2012). No DF, inadequado alívio da dor foi apontado por 6% da amostra (SOUZA, 2014).

A solicitação da cesárea para alívio da dor foi encontrada em outro trabalho realizado em São Paulo. A dor foi apontada com experiência negativa, capaz de gerar sentimentos como o medo (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013).

A ausência do uso de métodos farmacológicos de alívio da dor contraria os direitos da mulher já previstos pelo PHPN desde 2001. São as práticas mais comuns à analgesia peridural ou raquidiana e peridural combinada, que podem ser usadas após a parturiente receber explicações sobre os seus riscos e benefícios e implicações para o parto (ANDRADE; LIMA, 2014; BRASIL, 2001).

As maternidades estudadas não oferecem às mulheres a possibilidade de usar os métodos farmacológicos de alívio da dor, o que leva ao seguinte questionamento: Por que as mulheres não têm esse direito garantido? Não existem profissionais capacitados para o procedimento? As mulheres e/ou profissionais desconhecem este direito? As instituições não possuem anestesistas para realizar o procedimento?

Outro estudo associou a banalização da violência institucional nas maternidades à falta de assistência à mulher quanto à dor e ao sofrimento, à ausência de profissionais anestesistas e do uso de métodos farmacológicos de alívio da dor (AGUIAR, D'OLIVEIRA 2011; AGUIAR; D' OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Portanto, esta categoria demonstra que os métodos não farmacológicos foram utilizados por mais da metade das mulheres, mas ainda não são rotina nos serviços. Dado que merece reflexão por parte dos profissionais, visto que as evidências científicas apontam vários benefícios dos mesmos, que foram reconhecidos pelas atrizes sociais deste estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho colabora com os estudos sobre a violência obstétrica ao descrever este problema no trabalho de parto e parto em uma cidade do Sul de Minas Gerais. Os dados demonstram que este não é um problema apenas de grandes cidades, mas que ocorre nas cidades menores do país, justificando os esforços das políticas públicas de saúde para reversão deste quadro.

Nas falas das mulheres foi possível identificar elementos que caracterizam a violência no trabalho de parto em física, psicológica, sexual, institucional e material. A violência é relatada como acolhimento e assistências inadequadas, o descumprimento de direitos básicos das mulheres, dos familiares e dos filhos, o uso de práticas consideradas inadequadas e prejudiciais para o trabalho de parto e parto e a ausência de métodos farmacológicos para alívio da dor.

Porém, também foram identificados elementos da humanização da assistência como acolhimento e assistência adequada, cumprimento dos direitos das mulheres e uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor.

A presença de elementos que caracterizam a desumanização e humanização da assistência pode significar uma tendência de mudança na assistência no trabalho de parto e parto causados pelas exigências e recomendações da PNH, PHPN e da Rede Cegonha.

Apesar de encontrarmos vários itens que confirmam a presença da violência na assistência às mulheres entrevistadas, ao questionarmos se elas reconheciam a violência no trabalho de parto, obtivemos como resposta da maioria que elas não foram vítimas de violência, contribuindo com os estudos que a discutem como invisível ou velada. No entanto, elas relataram que a assistência ao parto foi adequada.

Dessa maneira, foi perceptível que a pesquisa gerou reflexão levando algumas mulheres a ficar em dúvida se a violência ocorreu ou não, demonstrando que é necessário continuar com as pesquisas e trabalhos de conscientização delas.

É importante salientar que as mulheres que questionaram a presença da violência na assistência possuíam escolaridade maior ou frequentaram cursos para gestantes. Dados demonstram que a escolaridade, as orientações e o conhecimento

contribuem para o questionamento das ações dos profissionais de saúde e podem contribuir para a prevenção da violência.

A caracterização das mulheres evidenciou que a faixa etária, a escolaridade, estado civil, renda familiar e pessoas que vivem dessa renda são compatíveis com os dados da região do sul de Minas Gerais.

Quanto ao perfil obstétrico eram 48% primíparas, 16% possuíam uma cesariana e 88% nunca abortaram. A última gestação foi considerada de baixo risco para 64% das mulheres. As gestações foram acompanhadas por médicos, no entanto, mesmo as mulheres que residiam em área de ESF poucas referiram sobre a atuação do enfermeiro seja no pré-natal ou na consulta de puerpério. Das 17 mulheres que residem em área de adscrição de unidades de ESF, 64,7% informaram que não receberam visitas após o parto.

A caracterização das mulheres chama a atenção para a baixa participação dos enfermeiros nas atividades de pré-natal: consultas de enfermagem, cursos para gestantes, visitas domiciliares e consultas puerperais.

A baixa adesão da enfermagem nas atividades acima citadas contribui para exposição das mulheres à violência obstétrica e à violência no trabalho de parto e parto, uma vez que, durante as suas ações, estes profissionais deveriam orientar e preparar as mulheres para que elas cheguem às maternidades mais preparadas para vivenciar todas as experiências próprias deste momento e seguras de seus direitos para lutar por um trabalho de parto mais digno e humano.

A violência relatada pelas mulheres foi institucional e praticada por atendentes, por médicos e profissionais de enfermagem, pela infraestrutura e está ligada às relações de poder que colocam a mulher em situação de desigualdade e vulnerabilidade diante daqueles que deveriam ser cuidadores.

Portanto, estratégias de educação continuada devem envolver toda a equipe de cuidadores e a gerência para que juntos possam traçar metas, objetivos e trabalhar com protocolos que atendam aos princípios do SUS e PNH. No entanto, deve-se lembrar que quando se trabalha com mulheres em trabalho de parto e parto, as normas não devem ser rígidas e engessadas, pois cada mulher vivencia este momento de forma diferente.

Outro fator que pode contribuir para mudança desta realidade é o empenho de profissionais em discutir a violência que pode ocorrer no momento do trabalho de parto e parto e estimular as mulheres a participar de grupos de gestantes durante o

pré-natal e a ser mais ativas durante o trabalho de parto e parto. Aos profissionais de saúde, deve haver a conscientização de que o momento do parto não é uma atividade de rotina, pois a mulher é a protagonista e deve receber um atendimento especial por ser essa uma ocasião única.

É importante destacar que este trabalho teve como limitação a ausência de dados que possibilitassem quantificar as práticas violentas e generalizar para o local do estudo. Portanto, sugere-se a realização de outros estudos quantitativos nos mesmos locais, para compreensão maior das questões de violência bem como trabalhos para verificar a opinião de acompanhantes e dados que associem a ocorrência da violência à infraestrutura das maternidades estudadas.

Portanto, as estratégias de capacitação dos profissionais de enfermagem proposta pela OMS e aderida pelo MS ainda não proporcionou, nestes locais, uma mudança significativa das experiências no parto, prevalecendo uma obstetrícia clássica e intervencionista.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. 215 f. Tese (Doutorado em ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v.15, n. 36, p. 79-91, jan./ mar., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>> Acesso em: 05 nov. 2014.

AGUIAR, J. M.; D' OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov., 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00074912>> Acesso em: 05 nov. 2014.

ANDRADE, M. A. C.; FERREIRA, P. B. Apoio Institucional: Tecnologia Inovadora para Fortalecer a Rede Perinatal a partir do Dispositivo Acolhimento e Classificação de Risco. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** - Cadernos HumanizaSUS; 4. Brasília, 2014.

ANDRADE, M. A. C.; LIMA, J. B. M. C. O Modelo Obstétrico e Neonatal que Defendemos e com o qual Trabalhamos. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** - Cadernos HumanizaSUS; 4. Brasília, 2014.

ANVISA. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília: ANVISA, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2013.

BELLI, L. F. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. **Revista Redbioética/UNESCO**, ano 4, v. 1, n. 7, p. 25-34, 2013.

BRASIL, **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana**. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. v.4, Brasília, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

_____. 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. Portaria consolidada da Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 27 jun. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/ Rede Cegonha**. 2012b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RELATORIOFINALPQMfinal.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante**. 2. ed. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. **Programa humanização do parto: humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2013.

_____. **Violência Obstétrica**: “Parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, 2012a.

CAMACHO, K. G.; PROGIANTI, J. M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v. 15, n. 3, p. 648-55, jul./ set., 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588>>. Acesso em: 02 jul. 2015.

COSTA, L. H. R. Corpo, poder e o ato de partear: reflexões à luz das relações de gênero. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. 1, p. 39-46, jan./ mar., 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n1/v53n1a06.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

D`OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ S.G., SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**. v. 359, n. 11, p. 1681-5, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12020546>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

DATASUS. **Nascidos Vivos** – Minas Gerais – Itajubá, 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvMG.def>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

DIAS, M.A.B; DESLANDES, S. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-55, dez., 2006.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S140-S153, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013Cad>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

DINIZ, C. S. G. et al.; Equity and women’s health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reproductive Health Matters**. Amsterdam, v. 20, n. 40, p. 94-101, 2012. Disponível em: <<https://www.mysciencework.com/publication/read/2278234/equity-and-women-s-health-services-for-contraception-abortion-and-childbirth-in-brazil>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S101-S116, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105113>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

FALEIROS, E. Violência de gênero. In: TAQUETTE, S. R. **Violência contra a mulher adolescente/jovem**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007.

FERRAZ, M. I. R. **Perfil da violência contra a mulher em Guarapuava-PR**. 2008. 86 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) Setor ciências da saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

FIGUEIRÊDO, N. M. A. et al. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto - uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.12, n.6, p.905-912, nov-dez, 2004. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1561/pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

FILARDI, M. B. S. **Violência no estado de Minas Gerais: análise do sistema de informação de agravos de notificação compulsória**. 2014. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2014.

FRASER, D. Problemas de saúde do recém-nascido. In:HOCKENBERRY, M; WILSON, D. **Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>> Acesso em: 18 de novembro de 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRAMACHO, R. C. C. V.; SILVA, R. C. V. **Enfermagem na Cena do Parto**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento - Cadernos HumanizaSUS; 4. Brasília, 2014.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 47, n. 2, p. 304-11, 2013.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**. v. 13, n. 3, p. 625 – 31, jul./ set., 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. Itajubá. Infográficos: **dados gerais do município**. Itajubá, 2015. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/236VP>>. Acesso em: 01 fev. 2015.

JAMAS, M. T.; HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2436-46, dez., 2013.

KRUG, E. G. et al.. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LANSKY, S.; FIGUEIREDO, V. O. N. Acolhimento e Vinculação: Diretrizes para Acesso e qualidade do Cuidado Perinatal. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** - Cadernos HumanizaSUS; 4. Brasília, 2014.

LEAL, M.C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S17-S47, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/010211X00151513>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

LONGO, C. S. M.; ANDRAUS, L. M. S.; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]*. v. 12, n. 2, p. 386-91, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a25.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

LYRA, J.; CASTRO, R. **O Homem na Cena do Parto: Vivências, Direitos e Humanização em Saúde**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** - Cadernos HumanizaSUS; 4. Brasília, 2014.

MARCANCINE, K. O. et al. Prevalência de violência por parceiro íntimo relatada por puérperas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 4, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-2100201300040001>>. Acesso em: 01 jan. 2014.

MESSIAS, A. E. A. **A violência contra a mulher e os profissionais de saúde pública: o caso de Marília –SP**. 2008. 145 f. Dissertação (Mestrado em ciências sociais) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp)**. Belo Horizonte, 2007.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da violência sobre a saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

MORAES, S. D. T. A. et al. Violência doméstica e sexual em mulheres e suas repercussões na fase do climatério. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 2, p. 253-258, 2012. Disponível em: <pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n3/pt_19.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2014.

MOREIRA, M. E. L. et al. **Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S128-S139, 2014.

NAGAHAMA, E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 11, n. 4, out./ dez, p. 415-25, 2011.

OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D.P.; GUEDES, M.V.C. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 2, abr./ jun.; p. 249-54, 2011.

OMS. **Maternidade segura. assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.

OMS. **Maternidade segura**. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014.

OPAS. **Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia: desafios e contribuições para a formação em obstetrícia no Brasil**. 3d. Montevideu: CLAP/ SMR; 2013.

PEREIRA, A. L. F. et al. Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v. 14, n. 4, oct./ dez., p. 831-40, 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a11.htm>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

PEREIRA, W. R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 13, n. 3, jul./ set., p. 391-400, 2004.

PNUD. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. – Brasília: PNUD, IPEA, FJP, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJUBÁ. **Cidade**. Itajubá, 2015. Disponível em: <<http://www.itajuba.mg.gov.br/cidade>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

RODRIGUES, F. A. C. **Análise da violência institucional contra mulheres em processo de parturição em maternidades da rede cegonha de fortaleza**. 2014. 67 f. Dissertação (Mestrado em cuidados clínicos em saúde) - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará – Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Ceará, 2015.

SALGADO, H.O.; NIY, D.Y.; DINIZ, C. S. G. Groggy and with tied hands: the first contact with the newborn according to women that had an unwanted C-section. **Journal of Human Growth and Development**. v. 23, n. 2, p. 190-197, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/61298/64236>> Acesso em: 05 nov. 2014.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M. del P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5.ed.. Porto Alegre: Penso, 2013.

SÁNCHEZ, S. B. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. **Dilemata**. a. 7. n 18, p. 93-11, 2015

SANFELICE, C. F. O. et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**. v. 15, n. 2, p. 362-70, mar./ abr., 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1561/pdf>> Acesso em: 05 nov. 2014.

SANFELICE, C.F.O.; SHIMO, A.K.K. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? **Revista Gaúcha Enfermagem**. Rio Grande do Sul, v. 35, n.1, p. 157-160, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=19831447&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 10 nov. 2014.

SANTOS, A. M. R. et al. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de enfermagem**. v. 64, n.1, p. 84-90, jan./ fev., 2011.

SANTOS, L. M.; PEREIRA, S. S. C. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 77-97, 2012.

SÃO PAULO. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Violência Obstétrica: você sabe o que é?** São Paulo, nov. 2013.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.

SILVA, M. G. et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista Rene**. v. 15, n. 4, p. 720-8, jul-ago, 2014.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S11-S13, 2014.

SOUZA, K. J. **Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto**. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 59, n. 6, nov./ dez., p. 740-744, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

TESSER, C.D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em:

<[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)>. Acesso em: 01 dez. 2015.

VENEZUELA, **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**. Gaceta Oficial 38.647. Disponível em:

<http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley_mujer.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

VIELLAS, E.F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup: S85-S100, 2014. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>> Acesso em: 02 jun. 2015.

VOGT, S.E. et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 2011 set.; 27(9):1789-1800.

WEI, C.Y.; GUALDA, D.M.R.; SANTOS JUNIOR, H.P.O. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 4, out./ dez., p. 717-25, 2011.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V.R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/7604/9128>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

APÉNDICES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063



APÊNDICE A - Carta de autorização para a coleta de dados

Itajubá, 17 de março de 2015.

Prezado Sr.

Eu Giseli Mendes Rennó, discente do curso de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas sob a orientação da docente Prof^a Dr^a. Clícia Valim Côrtes Gradim, orientadora deste estudo, venho solicitar a V. Senhoria a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada “Violência obstétrica: relato de mulheres” em as mães atendidas nas UBS e ESF da cidade de Itajubá – MG, para realização da dissertação de mestrado.

Durante os anos de graduação e atuação profissional como enfermeira obstetra e docente uma temática tem me despertado grande interesse, a violência institucional nas maternidades, também conhecida como violência no parto ou obstétrica.

A violência obstétrica é marcada por desrespeito dos profissionais aos direitos das mulheres, assistência desumanizada, negligência na assistência, discriminação, violência verbal, física, sexual, psicológica e de gênero. São exemplos: a banalização da dor, o abandono, o uso de linguagem agressiva e pejorativa, o tratamento grosseiro, a imposição, ameaças, manipulação excessiva do corpo feminino, uso de medicações em excesso, entre outros.

Diante da necessidade de aumentar o conhecimento sobre a temática e conhecer a realidade local, proponho a realização do projeto de pesquisa intitulado: “Violência obstétrica: relato das mulheres”, que tem como objetivo geral: Reconhecer a existência de violência durante o parto e como específicos: conhecer o perfil socioeconômico dessas mulheres, conhecer os tipos de violência relatados pelas mesmas, verificar se a mulher reconhece ter sofrido violência no parto.

Nesse sentido, solicitamos sua autorização, para coletar dados entre as usuárias da área de Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde do município.

O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG e a coleta de dados somente será efetivada após a aprovação.



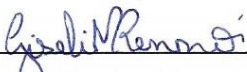
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063



Posteriormente será esclarecido o objetivo do estudo as participantes e solicitado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Salientamos que a pesquisa apresenta um baixo risco as mulheres, mas durante a entrevista se for observado a necessidade de auxílio psicológico por desconforto decorrente da coleta de dados a mulher será encaminhada ao Centro de Atendimento de Enfermagem da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz pela pesquisadora. Será assegurado o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de interromper a participação a qualquer momento.

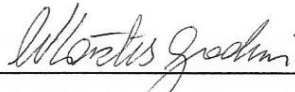
Agradecemos a atenção e nos colocamos a disposição para esclarecimentos, caso for necessário.

Atenciosamente,



Giseli Mendes Rennó

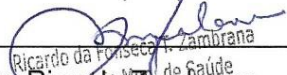
Pesquisadora



Profª Drª Clícia Valim Côrtes Gradim

Prof.ª Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim
 Ent.ª Obstetra e Sanitária
 COREN-MG 17.261

Estou ciente da pesquisa e autorizo:



 Ricardo da Fonseca Zambrana

Dr. Ricardo Zambrana

Secretário de Saúde do Município de Itajubá

Exmo. Sr. Dr. Ricardo Zambrana

Secretário de Saúde do Município de Itajubá

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Giseli Mendes Rennó, discente do Programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, estou convidando você para participar, como voluntária da pesquisa “Violência obstétrica: relato das mulheres”.

Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: Violência obstétrica: relato das mulheres

OBJETIVOS DA PESQUISA:

- Reconhecer a existência de violência durante o parto.
- Conhecer o perfil socioeconômico dessas mulheres
- Conhecer os tipos de violência relatados pelas mulheres.
- Verificar se a mulher reconhece ter sofrido violência no parto

JUSTIFICATIVA: Durante a minha prática profissional como enfermeira pude observar que algumas mulheres sofrem violência no momento do parto, observando a necessidade de fazer uma pesquisa sobre essa realidade.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Os dados serão coletados em dois momentos, o primeiro contém questões abertas e fechadas, sobre dados pessoais, sociais, econômicos e obstétricos, o segundo trata-se de uma entrevista gravada, que terá como questão inicial a pergunta: Conte para mim, como foi a sua internação na maternidade para o parto?

RISCOS E DESCOFORTOS: Os riscos da pesquisa estão associados ao desconforto da pesquisa e a lembrança de alguma situação negativa do parto. As clientes que tiverem necessidade serão encaminhadas ao psicólogo do CAEnf (Centro de Atendimento de Enfermagem) da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz.

BENEFÍCIOS: Promover ações para conscientização dos profissionais, promoção da assistência obstétrica e prevenção atos de violência no momento do parto. Contribuir com a literatura sobre a temática

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação e não há nenhum pagamento pela sua participação. A participação é voluntária e é permitido se retirar da pesquisa a qualquer momento.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Será garantido o sigilo de sua pessoa, mas os dados serão divulgados sem identificação.

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informada pela pesquisadora Giseli Mendes Rennó dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade.

Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEPUNIFALMG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP - 37130-000. Fone: (35) 3299-1318, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Alfenas, ____ de _____ de 20____

Assinatura da participante

Contato: Pesquisadora: Giseli Mendes Rennó, email: giselirenno@hotmail.com

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Clícia Valim Côrtes Gradim, email: cliciagradim@gmail.com,

Departamento de Enfermagem: 35-3299-1380 / 35-3299-1376

APÊNDICE C - Termo de Assentimento

Eu, Giseli Mendes Rennó, discente do Programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, estou convidando você para participar, como voluntária da pesquisa “Violência obstétrica: relato das mulheres”.

Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: Violência obstétrica: relato das mulheres

OBJETIVOS DA PESQUISA:

- Reconhecer a existência de violência durante o parto.
- Conhecer o perfil socioeconômico dessas mulheres
- Verificar se a mulher reconhece ter sofrido violência no parto
- Conhecer os tipos de violência relatados pelas mulheres.

JUSTIFICATIVA: Durante a minha prática profissional como enfermeira pude observar que algumas mulheres sofrem violência no momento do parto, observando a necessidade de fazer uma pesquisa sobre essa realidade.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Os dados serão coletados em dois momentos, o primeiro contém questões abertas e fechadas, sobre dados pessoais, sociais, econômicos e obstétricos, o segundo trata-se de uma entrevista gravada, que terá como questão inicial a pergunta: Conte para mim, como foi a sua internação na maternidade para o parto?

RISCOS E DESCOFORTOS: Os riscos da pesquisa estão associados ao desconforto da pesquisa e a lembrança de alguma situação negativa do parto. As clientes que tiverem necessidade serão encaminhadas ao psicólogo do CAEnf (Centro de Atendimento de Enfermagem) da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz.

BENEFÍCIOS: Promover ações para conscientização dos profissionais, promoção da assistência obstétrica e prevenção atos de violência no momento do parto. Contribuir com a literatura sobre a temática

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação e não há nenhum pagamento pela sua participação. A participação é voluntária e é permitido se retirar da pesquisa a qualquer momento.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Será garantido o sigilo de sua pessoa, mas os dados serão divulgados sem identificação.

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informada pela pesquisadora Giseli Mendes Rennó dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade.

Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEPUNIFALMG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP - 37130-000. Fone: (35) 3299-1318, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Alfenas, ____ de _____ de 20____

Assinatura da participante

Contato: Pesquisadora: Giseli Mendes Rennó, email: giselirenno@hotmail.com

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Clícia Valim Côrtes Gradim, email: cliciagradim@gmail.com,

Departamento de Enfermagem: 35-3299-1380 / 35-3299-1376

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Responsável pela Adolescente

Eu, Giseli Mendes Rennó, discente do Programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, estou convidando a sua filha para participar, como voluntária da pesquisa “Violência obstétrica: relato das mulheres”.

A participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, ela poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na relação com a pesquisadora ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: Violência obstétrica: relato das mulheres

OBJETIVOS DA PESQUISA:

- Reconhecer a existência de violência durante o parto.
- Conhecer o perfil socioeconômico dessas mulheres
- Verificar se a mulher reconhece ter sofrido violência no parto
- Conhecer os tipos de violência relatados pelas mulheres.

JUSTIFICATIVA: Durante a minha prática profissional como enfermeira pude observar que algumas mulheres sofrem violência no momento do parto, observando a necessidade de fazer uma pesquisa sobre essa realidade.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Os dados serão coletados em dois momentos, o primeiro contém questões abertas e fechadas, sobre dados pessoais, sociais, econômicos e obstétricos, o segundo trata-se de uma entrevista gravada, que terá como questão inicial a pergunta: Conte para mim, como foi a sua internação na maternidade para o parto?

RISCOS E DESCOFORTOS: Os riscos da pesquisa estão associados ao desconforto da pesquisa e a lembrança de alguma situação negativa do parto. As clientes que tiverem necessidade serão encaminhadas ao psicólogo do CAEnf (Centro de Atendimento de Enfermagem) da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz.

BENEFÍCIOS: Promover ações para conscientização dos profissionais, promoção da assistência obstétrica e prevenção atos de violência no momento do parto. Contribuir com a literatura sobre a temática

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação e não há nenhum pagamento pela sua participação. A participação é voluntária e é permitido se retirar da pesquisa a qualquer momento.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Será garantido o sigilo de sua pessoa, mas os dados serão divulgados sem identificação.

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informada pela pesquisadora Giseli Mendes Rennó dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando em deixar minha filha participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade.

Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEPUNIFALMG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP - 37130-000. Fone: (35) 3299-1318, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e a participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que seus dados pessoais não sejam mencionados.

Alfenas, ____ de _____ de 20____

Assinatura do responsável pela participante

Contato: Pesquisadora: Giseli Mendes Rennó, email: giselirenno@hotmail.com

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Clícia Valim Côrtes Gradim, email: cliciagradim@gmail.com,

Departamento de Enfermagem: 35-3299-1380 / 35-3299-1376

- () Enfermeiro () médico
14. Quantas consultas frequentou? _____
15. Participou de grupo para gestantes? () Sim () Não
16. Realizou consulta de puerpério? () Sim () Não
- 16.1 Quem realizou a consulta? () Médico () Enfermeiro
- 16.2 Se residente em área de ESF, recebeu visita no puerpério?
() Sim () Não
17. Tipo de parto: () Natural/ Normal
() Fórceps
() Cesariana: () Eletiva
() Indicação. Qual? _____
18. Você participou das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto?
() Sim () Não
19. Este tipo de parto foi escolhido por você?
() Sim () Não
- 19.1 Se não, quem decidiu o tipo de parto? _____
20. Fez uso de medicação para acelerar o trabalho de parto?
() Sim () Não
21. Romperam a sua bolsa? () Sim () Não
22. Foi feita episiorrafia/episiotomia durante o parto? () Sim () Não
23. Foi realizada alguma manobra para empurrar o bebê durante o parto?
() Sim () Não
24. Foi utilizado algum método não farmacológico de alívio da dor?
() Sim () Não
- 24.1 Se sim, qual?
() Bola de Bobath
() Banho de aspersão
() Deambulação
() Massagem lombossacra
() Orientação de respiração
25. Você foi informada sobre todos os procedimentos? () Sim () Não
- 25.1 Se sim, por quem? _____

APÊNDICE F - Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Identificação: M____

Sobre a sua experiência de internação para ter o último filho, me fale:

Como foi a sua internação na maternidade durante o período de trabalho de parto e parto?

Você acha que foi vítima de violência no trabalho de parto e parto?



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063



APÊNDICE G- Carta de autorização para encaminhamento para psicóloga

Itajubá, 17 de março de 2015.

Prezada Sr^a.

Durante os anos de graduação e atuação profissional como enfermeira obstetra e docente uma temática tem me despertado grande interesse, a violência institucional nas maternidades, também conhecida como violência no parto ou obstétrica.

A violência obstétrica é marcada por desrespeito dos profissionais aos direitos das mulheres, assistência desumanizada, negligência na assistência, discriminação, violência verbal, física, sexual, psicológica e de gênero. São exemplos a banalização da dor, o abandono, o uso de linguagem agressiva e pejorativa, o tratamento grosseiro, a imposição, ameaças, manipulação excessiva do corpo feminino, uso de medicações em excesso, entre outros.

Diante da necessidade de aumentar o conhecimento sobre a temática e conhecer a realidade local, eu Giseli Mendes Rennó, discente do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas sob a orientação da docente Dr^a. Clícia Valim Côrtes Gradim, proponho a realização do projeto de pesquisa intitulado: "Violência obstétrica: relato das mulheres", que tem como objetivo geral Reconhecer a existência de violência durante o parto e específicos: conhecer o perfil socioeconômico dessas mulheres, conhecer os tipos de violência relatados pelas mesmas e Verificar se a mulher reconhece ter sofrido violência no parto.

Para a realização deste projeto solicitamos sua autorização, para encaminhar as mulheres que apresentarem algum desconforto durante a entrevista para avaliação psicológica no Centro de Atendimento de Enfermagem Irmã Zenaide Nogueira Leite.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063



O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG e a coleta de dados somente será efetivada após a aprovação. Posteriormente será esclarecido o objetivo do estudo as participantes e solicitado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Salientamos que a pesquisa apresenta um baixo risco as mulheres, mas durante a entrevista se for observado a necessidade de auxílio psicológico por desconforto decorrente da coleta de dados a mulher será encaminhada ao psicólogo. Será assegurado o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de interromper a participação a qualquer momento.

Agradecemos a atenção e nos colocamos a disposição para esclarecimentos, caso for necessário.

Atenciosamente,

Giseli Mendes Rennó
 Pesquisadora

Profª Drª Clécia Valim Côrtes Gradim
 Orientadora

Clécia Valim C. Gradim
 Obstetra e Sanitona
 COREN-MG 17.261

Estou ciente da pesquisa e autorizo:

Irmã Lucyla Junqueira Carneiro
 Diretora da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz

AEESC-Escola de Enfermagem Wenceslau Braz
 Profª. Ir. Lucyla Junqueira Carneiro
 DIRETORA

Exma. Srª. Irmã Lucyla Junqueira Carneiro
 D.D. Diretora da Escola de Enfermagem
 Wenceslau Braz
 Itajubá - MG

ANEXO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência obstétrica: relato das mulheres

Pesquisador: Clícia Valim Côrtes Gradim **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 43334815.5.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.092.419

Data da Relatoria: 27/05/2015

Apresentação do Projeto:

Estudo de abordagem qualitativa, exploratório e transversal, a ser realizado no município de Itajubá, MG. As participantes do estudo serão representadas por mulheres que deram a luz em algum serviço hospitalar nos últimos seis meses, que residam em áreas de adscrição de alguma unidade de atenção básica e tenham capacidade de responder aos questionamentos.

Objetivo da Pesquisa:

Estudo que tem como objetivo conhecer a existência de violência institucional durante o período do parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para as participantes serão mínimos advindos do desconforto provocado pela entrevista e se necessário será encaminhado ao Centro de Atendimento de Enfermagem Irmã Zenaide Nogueira Leite, da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz. Os resultados advindos da pesquisa terão como benefício subsidiar a promoção de ações para conscientização dos profissionais, promoção da assistência obstétrica e prevenção atos de violência no momento do parto. Contribuir com a literatura sobre a temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 1.092.419

Pesquisa de temática atual e de grande relevância para a produção de evidências científicas que balizem a gestão, a qualificação e a humanização dos serviços de saúde no atendimento à mulher no momento do pré parto, do parto e do puerpério.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios de acordo com as premícias de pesquisa envolvendo seres humanos previstas na Resolução 466/2012.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP acata o parecer do relator.

ALFENAS, 03 de Junho de 2015

Assinado por:

Cristiane da Silva Marciano Grasselli

(Coordenador)Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro CEP: 37.130-000

UF: MG Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br