



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LARISSA CLEMENTINO DE MOURA

ANÁLISE DAS PRÁTICAS NO PROCESSO PARTURITIVO
CONTEXTUALIZADAS COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

CAJAZEIRAS-PB

2019

LARISSA CLEMENTINO DE MOURA

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS NO PROCESSO PARTURITIVO
CONTEXTUALIZADAS COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica em Enfermagem - UAENF, do Centro de Formação de Professores - CFP, da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Dr^a. Aissa Romina Silva do Nascimento
Co-orientadora: Ma. Nívea Mabel de Medeiros

**CAJAZEIRAS-PB
2019**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras – Paraíba

M929a Moura, Larissa Clementino de.

Análise das práticas no processo parturitivo contextualizadas como
violência obstétrica / Larissa Clementino de Moura. - Cajazeiras, 2019.
67f.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Aissa Romina Silva do Nascimento.

Co-orientadora: Profa. Ma. Nívea Mabel de Medeiros.

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2019.

1. Violência obstétrica. 2. Violência contra a mulher. 3. Saúde da
mulher. I. Nascimento, Aissa Romina Silva do. II. Medeiros, Nívea Mabel
de. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação
de Professores. V. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 618.4

LARISSA CLEMENTINO DE MOURA

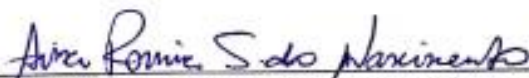
**ANÁLISE DAS PRÁTICAS NO PROCESSO PARTURITIVO
CONTEXTUALIZADAS COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica em Enfermagem - UAENF, do Centro de Formação de Professores - CFP, da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Dr^a. Aissa Romina Silva do Nascimento
Co-orientadora: Ma. Nívea Mabel de Medeiros

Aprovado em 11 de Julho de 2019.


BANCA EXAMINADORA



Profa Dr^a Aissa Romina Silva do Nascimento
Orientadora
UAENF/ CFP/ UFCG



Me. Nívea Mabel de Medeiros
Co-orientadora



Profa Dr^a Anúbes Pereira de Castro
Membro examinador
UAENF/ CFP/ UFCG

DEDICATÓRIA

Com amor, dedico essa grande conquista ao meu avô Antônio Miguel de Moura (in memoriam) que em vida foi um exemplo bondade, sabedoria e humildade, sei que mesmo em outro plano cuida de mim e onde quer que estejas, estará para sempre eternizado em meu coração.

AGRADECIMENTOS

Gratidão!

Primeiramente expresso minha eterna gratidão a Deus, aquele ao qual sempre encontrei conforto, força e motivo para continuar, sem este a guiar meu caminho essa jornada não teria sido exitosa.

Aos meus amados pais Luiz Morato e Josefa por serem meu porto seguro, minha fonte de inspiração, admiração e luta, aqueles que jamais duvidaram do meu potencial. Gratidão por todo o apoio, esforço, carinho e ternura de sempre. Esse sonho enfim concretizado é nosso! Amo vocês de maneira imensurável.

Agradeço aos meus irmãos Laís e Lucas pelo apoio e compreensão de sempre, obrigada por estarem presentes em minha vida mesmo que há quilômetros de distância. Obrigada por cada incentivo e palavra de encorajamento, não é fácil exercer o papel de irmão virtualmente, mas vocês o despenharam da melhor maneira. Amo vocês!

Agradeço a toda minha família que se fez/faz presente em minha vida, em especial meu amado tio Dorival, obrigada por toda demonstração de amor e carinho, por ti tenho os mais belos sentimentos.

Concluída esta importante etapa em minha vida, não poderia deixar de expressar minha gratidão a todos aqueles que contribuíram para que este sonho se tornasse uma realidade, assim agradeço a todos que compõe a UFCG, em especial ao CFP. Toda minha gratidão ao corpo docente da UAENF pelas contribuições, em especial a minha orientadora Dr. Aissa Romina por todo apoio e atenção dispensada nesses últimos meses.

À minha co-orientadora Ma. Nívea Mabel extendo profunda gratidão pela preciosa contribuição, por toda dedicação e encorajamento, és um exemplo de enfermeira e ser humano, que seu caminho seja de glória.

Estendo meus agradecimentos ao Programa de Bolsas de Extensão (PROBEX) pela oportunidade de vivenciar a extensão ao longo de quatro anos, gratidão aos meus coordenadores Dr. Antônio Humberto Pereira da Silva Júnior, Dr^a. Julliana da Costa Macêdo Paiva e Dr^a. Manuella Uilmann Silva da Costa Soares.

Agradeço ainda ao Dr. Sávio Benvindo por ter me apresentado o mundo da pesquisa e ao Dr. Eder Freire que além dos conhecimentos bioquímicos me ensinou que jamais devemos desistir diante as dificuldades, a vocês meu muito obrigada!

Sou extremamente grata a Deus por ter colocado pessoas maravilhosas em meu caminho, grata a cada um da turma XXI de enfermagem por ao longo desses quase 5 anos termos nos tornado uma verdadeira família. Foram sonhos compartilhados e muitos momentos de felicidade e superação, também de muita luta, noites sem dormir, nervosismo aflorando, uma saudade imensurável da família... Mas enfim chegou a recompensa, nosso sonho em comum agora é realidade.

Não poderia deixar de citar Damarys, Daniele, Mateus e Yandra, poder contar com vocês foi de extrema valia nesses anos, vocês foram mais do que amigos, foram inspirações pra mim. Obrigada por terem marcado minha vida da melhor maneira.

Jamais esquecerei e deixarei de ser grata aquelas que me acolheram em Cajazeira com todo o amor do mundo, Juma, Katiana e Cissa, obrigada por serem mais do que eu precisava, afinal era apenas uma menina cheia de sonhos prestes a conhecer a realidade do mundo fora de casa. Aquela frase clichê “da universidade pra vida” jamais fez tanto sentido, gratidão por me permitirem fazer parte da vida de vocês.

Agradeço ainda as demais meninas do quarto 06, Alanny, Rosa, Gabriela, Macilândia e Karine, o destino foi tão generoso ao colocá-las em minha vida, obrigada por terem tornado essa jornada mais leve e gratificante, sentirei saudade de conviver com vocês. Carol, Valéria, Rosa Mística, Risoneide e Maisa foi um presente conhece-las, obrigada! Agradeço ainda a minha amiga de infância Joedna Rodrigues, por ter-me apresentado Cajazeiras, bem como pela amizade de sempre.

Não poderia deixar de externar minha gratidão aos usuários dos serviços de saúde que passei ao longo das aulas práticas e estágios, aqueles que tiveram significativa contribuição no meu processo formativo fazendo realmente acontecer a enfermagem. Muito obrigada por me permitirem aplicar e construir conhecimentos, não lembrarei o nome ou fisionomia de todos, mas espero que meu cuidado prestado tenha de alguma forma os tocado, contribuindo positivamente em suas vidas.

Agradeço ao Hospital Regional de Cajazeiras que nos últimos meses foi praticamente minha casa, em nome da enfermeira Solange Gomes externo minha gratidão a toda equipe de

saúde que compõe a instituição, vocês foram de significativa importância em meu processo formativo. Expando os agradecimentos a Maternidade Dr. Peregrino Filho por ter cedido espaço para realização do presente estudo.

São inúmeras as pessoas que passaram por minha vida e deixaram belas recordações, mesmo não citando todas individualmente, saibam que vocês foram essenciais na minha construção acadêmica e como ser humano. Espero que a vida volte a nos reencontrar!

“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer.”

Michel Odent

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 Caracterização do perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa (amostra = 16).....	30
Tabela 2 Dados relevantes à pesquisa quanto o sentimento vivido durante o trabalho de parto (amostra = 16 entrevistadas).....	32
Gráfico 1 Dados relevantes à pesquisa quanto à permanência por longo período em uma posição desconfortável (amostra = 16 entrevistadas).....	35
Gráfico 2 Dados relevantes à pesquisa quanto a realização de procedimentos sem o consentimento da parturiente ou explicação de sua necessidade (amostra = 16 entrevistadas).	36
Gráfico 3 Dados relevantes à pesquisa quanto a realização de exercício durante trabalho de parto (amostra = 16 entrevistadas).	41
Gráfico 4 Dados relevantes à pesquisa quanto à posição durante o trabalho de parto e/ou parto (amostra = 16 entrevistadas).....	43

MOURA, Larissa Clementino de. **Análise das práticas no processo parturitivo contextualizadas como violência obstétrica.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2019.

RESUMO

A sociedade passa por um caótico processo na perpetração da violência que atinge as várias camadas sociais e acarreta consequências físicas e psicológicas às suas vítimas. Dentre suas várias formas, destaca-se a violência presente na atenção obstétrica, tema de grande relevância na literatura e revela uma complexa problemática de saúde presente no interior das maternidades. Desta forma, objetivou-se a partir dos relatos das puérperas entrevistadas, identificar as práticas no processo parturitivo contextualizadas como violência obstétrica. O presente estudo se classifica como uma pesquisa de campo de caráter exploratório com abordagem qualiquantitativa desenvolvida em uma maternidade referência em alto risco localizada no sertão paraibano. A amostra é composta por um total de 16 puérperas de parto vaginal que se adequaram aos critérios de inclusão e se disponibilizaram a participar da pesquisa. É necessário que a assistência prestada à mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto seja pautada na humanização, acolhendo, tranquilizando e instruindo a parturiente a participar ativamente desse processo. Constatou-se que 81% das puérperas relataram ter permanecido em posição confortável durante o parto, apenas 2 (13%) referiram recebido indicação para permanecer deitada, práticas como rotura artificial da bolsa e a administração de ocitocina artificial para acelerar o trabalho de parto foram constatadas em 25% das puérperas, já a realização de episiotomia sem o consentimento das parturientes apresenta taxa de ocorrência de 31%. Identificou-se que a realização de procedimentos sem o consentimento da parturiente ou explicação da sua necessidade teve maior incidência (67%) nas que se autodeclararam negras. Assim, o estudo revelou que ainda há grande fragilidade no conhecimento das puérperas acerca da assistência ao parto humanizado, distante de intervenções e que resgate a fisiologia do parto, primando sempre pela autonomia. Assim, conclui-se que a assistência prestada a parturiente ainda que implemente algumas práticas humanizadas na assistência ao parto, esta ainda apresenta algumas falhas que são despercebidas pela mulher devido falta de conhecimento acerca de seus direitos, bem como das práticas caracterizadas como violência obstétrica. Para mudar essa realidade é necessário romper com o modelo biomédico que ainda perdura, fator esse a ser trabalhado desde o processo formativo dos profissionais, valorizando a humanização da assistência, trabalhando o desenvolvimento da empatia, do cuidado holístico e do respeito para com a vida.

Palavras chave: Violência; Violência contra a Mulher; Obstetrícia; Saúde da Mulher.

MOURA, Larissa Clementino de. **Analysis of practices in the parturitive process contextualized as obstetric violence.** 2019. Work Completion of course (Graduation in Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2018.

ABSTRACT

Society goes through a chaotic process in the perpetration of violence that affects the various social strata and brings physical and psychological consequences to its victims. Among its various forms, violence in obstetric care is highlighted, a subject of great relevance in the literature and reveals a complex health problem within the maternity hospitals. In this way, it was objectified from the reports of the puerperas interviewed, to identify the practices in the parturitive process contextualized as obstetric violence. The present study is classified as an exploratory field research with a qualitative approach developed in a reference maternity in high risk located in the backlands of Paraíba. The sample consisted of a total of 16 puerperal vaginal deliveries that met the inclusion criteria and were available to participate in the study. It is necessary that the assistance provided to women in labor, delivery and postpartum should be based on humanization, welcoming, reassuring and instructing the parturient to participate actively in this process. It was found that 81% of the puerperae reported having remained in a comfortable position during delivery, only 2 (13%) reported receiving an indication to remain lying down, practices such as artificial rupture of the pouch and administration of artificial oxytocin to accelerate labor were found in 25% of postpartum women, and episiotomy without parturient consent has a 31% occurrence rate. It was identified that the performance of procedures without the consent of the parturient or explanation of their need had a higher incidence (67%) in those who declared themselves black. Thus, the study revealed that there is still great fragility in the knowledge of puerperae about the assistance to humanized childbirth, distant from interventions and that rescue the physiology of childbirth, always emphasizing autonomy. Thus, it is concluded that parturient assistance, even though it implements some humanized practices in childbirth care, still presents some flaws that are unnoticed by women due to lack of knowledge about their rights, as well as practices characterized as obstetric violence. In order to change this reality, it is necessary to break with the biomedical model that still exists, a factor that has to be worked out from the professional training process, valuing the humanization of care, working on the development of empathy, holistic care and respect for life.

Keywords: Violence; Violence against Women; Obstetrics; Women's Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1.	Geral	15
2.2.	Específicos	15
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1.	Um olhar histórico acerca do parto propriamente dito	16
3.2.	Violência Obstétrica: Uma abordagem transversal	19
3.3.	A Humanização e a Assistência ao Parto Propriamente Dito	23
4	METODOLOGIA	27
4.1.	Tipo de pesquisa	27
4.2.	Local da pesquisa	27
4.3.	População e amostra	27
4.4.	Critérios de inclusão e exclusão	28
4.5.	Instrumentos de coleta	28
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	30
5.1.	Dados Sociodemográficos	30
5.2.	Dados relevantes à pesquisa	32
6	CONCLUSÃO	48

1 INTRODUÇÃO

A violência perpetrada contra o sexo feminino é tida atualmente como uma problemática que atinge amplamente a sociedade, causando graves consequências físicas e psicológicas às suas vítimas, além de ser responsável por elevados índices de mortalidade que chega a superar os óbitos por câncer e acidentes de trânsito no referido público (OLIVEIRA et al., 2019).

Estudos revelam que a cada quatro mulheres assistidas durante o parto uma sofre violência seja por meio de gritos, anulação de sua autonomia, entre tantas outras negligências (OLIVEIRA; PENNA, 2017). Segundo o mesmo a violência obstétrica é uma complexa problemática que evidencia um antagonismo existente entre as práticas profissionais e o desejo das parturientes.

Assim, a assistência à saúde recebida pelas mulheres é de um modo geral fortemente permeada de violência, na qual os profissionais firmados em práticas desrespeitosas desconsideram os direitos humanos, sendo tal prática mais recorrente e amplamente presente na assistência ao parto (JARDIM; MODERNA, 2018).

Segundo Sena e Tesser (2017) as condições humilhantes as quais muitas mulheres são submetidas durante a assistência ao parto no interior das maternidades brasileiras caracterizam-se como forte violência perpetrada sobre o sexo feminino. Práticas invasivas e desnecessárias realizadas sem o consentimento da mulher, o desrespeito com seu corpo e a anulação de seus direitos, são práticas que ainda estão fortemente presente no ambiente institucional das maternidades (RODRIGUES et al., 2018).

De acordo com Aguiar (2010) tal violência pode ser compreendida como uma relação de desigualdade na qual há uma dominação hierárquica, sendo a mulher tida como objeto a ser explorado, sem nenhuma autonomia, desconsiderando sua subjetividade e impossibilitando qualquer ação indesejada.

A partir do século XX passa a ser amplamente aplicado o uso de tecnologias durante a assistência prestada ao parto, distanciando-o cada vez mais de um processo natural, tornando o nascimento um evento mecanizado e fragmentado no qual a mulher perde sua autonomia, as intervenções tornam-se excessivas, desnecessárias e por vezes violentas (LEAL et al., 2018).

Ao passo que o arcabouço tecnológico foi sendo amplamente aplicado na assistência ao parto ocorreu uma medicalização desse processo, assim algo que deveria corroborar com

avanços na qualidade da assistência, tornou-se maléfico em decorrência de seu uso desregrado, sendo utilizado como atividade rotineira a toda e qualquer parturiente (ANDRADE et al., 2016).

O impacto de todas essas mudanças incorporadas na forma de nascer pode ser observado estatisticamente, onde mais de 50% dos nascimentos no Brasil ocorre por intervenção cirúrgica, uma vez que a via vaginal não é mais prioridade, na rede suplementar de saúde o cenário mostra-se ainda mais alarmante, considerando que 80% dos nascimentos são por cesárea, sendo o recomendado de até 15% (OLIVEIRA; PENNA, 2018).

Para Possati et al (2017) defende a necessidade de uma humanização ao assistir a mulher durante o parto, introduzindo simples ações como ouvir e orientar, propiciar um espaço acolhedor que possibilite a formação de um vínculo entre o profissional e a parturiente, sempre o propósito de resgatar a naturalidade do parto. Tendo como referência o atual cenário das maternidades brasileiras, principalmente no que diz respeito à humanização, o presente estudo concebe através do discurso de puérperas a identificação de práticas contextualizadas como violência obstétrica durante o processo parturitivo. Este germina permeado pelo desassossego frente à violação de um dos eventos mais singelos que há, o nascimento. Tal processo foi sendo alterado no seio da sociedade e atualmente, por vezes é caracterizado como um processo meramente mecanizado e medicalizado no qual as mulheres têm suas vidas marcadas, sendo lembrado como um momento traumático.

Nessa perspectiva o presente estudo fundamenta-se na seguinte questão norteadora: Quais as práticas no processo parturitivo podem ser contextualizadas como violência obstétrica? O mesmo justifica-se pela imprescindibilidade em discutir no meio científico a experiência de puérperas quanto à assistência ao parto, que por vezes passam por ampla violação de seus direitos ao serem vítimas da violência obstétrica, sem ao menos aperceber-se de sua ocorrência e das sérias consequências que implicarão no decorrer de suas vidas.

2 OBJETIVOS

2.1. Geral

Identificar através de uma análise construtiva as práticas no processo parturitivo contextualizadas como violência obstétrica com um olhar holístico para uma prática silenciada.

2.2. Específicos

- Caracterizar os dados socioeconômicos das puérperas inclusas na pesquisa;
- Discutir o biopsicossocial vivenciado pelas puérperas durante o parto propriamente dito.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. Um olhar histórico acerca do parto propriamente dito

Baseado em uma visão fenomenológica, o parto é um evento carregado de significados na vida da mulher, do recém-nascido e de seus familiares, repercutindo intensamente em aspectos emocionais e psicossociais dos mesmos, marcando o ápice da experiência humana (ALVES; ALVES; PADOIN, 2016).

Segundo Gomes (2018) em dado período da história a mulher tinha como principal função gerar outras vidas, sendo o acompanhamento e auxílio ao parto durante a idade média considerada atividade de cunho empírico e restrita ao público feminino. Sendo por muito tempo o parto considerado um evento familiar, vivenciado de forma natural e distante de intervenções e pessoas desconhecidas no meio comunitário (ALVES; ALVES; PADOIN, 2016).

Assim, a assistência à mulher no parto e puerpério por longos anos era restrita ao ambiente domésticos, sendo desempenhada por leigas com base em conhecimentos empíricos, essas ficaram conhecidas como aparadeiras, comadres ou parteiras-leigas, e tinham toda confiança das outras mulheres (BRENES, 1991).

Para Sanfelice et al (2014) a parteira possui um papel histórico, sendo a primeira figura responsável por auxiliar a mulher em todo o processo parturitivo, bem como prestar cuidados no pós-parto. Assim, baseadas em um conhecimento empírico essas mulheres eram reconhecidas na sociedade e auxiliavam a mulher em seu próprio lar, tornando o parto um processo natural que excluía a figura masculina dessa experiência e prática exclusivamente feminina (GOMES et al., 2018).

Porém, essa experiência exclusivamente feminina sofreu significativas mudanças com a expansão das áreas da medicina, as atividades empíricas desempenhadas por mulheres no acompanhamento ao parto tornaram-se prática marginalizada e passam a incorporar a figura masculina em detrimento do seu conhecimento científico (PALHARINI, 2018).

Logo, a presença masculina nesse universo obstétrico feminino resultou em práticas cada vez mais volvidas em características puramente biológicas e fisiológicas, com ênfase na anatomia patológica (SANTOS, 2016; ZANARDO et al., 2017).

Dessa maneira, a forma de parir passou por profunda transformação ao longo dos tempos, sendo que a figura médica corroborou diretamente na sua ressignificação, inseriu-se uma auto cobrança no imaginário das mulheres em gestar filhos saudáveis e a inserção do advento tecnológico nesse contexto interferiu diretamente na experiência subjetiva do partear, de modo a torná-lo cada vez mais um mero processo técnico. (ALVE; ALVES; PADOIN, 2016).

Contudo, a presença da parteira no auxílio a parturiente ainda persistiu por longo período sendo a escolha da maioria das gestantes devido alguns fatores, dentre eles a confiança existente na figura feminina e suas habilidades com o processo de parir, além de questões morais quanto à presença masculina em tal contexto (PALHARINI; FIGUEIRÔ, 2018).

Segundo Souza (2005) a medicalização do nascimento teve início no século XVIII na Europa e expandiu-se ganhando consistência e ampla aceitação até o século XX, de maneira que essa “evolução” figura a gravidez e o parto semelhante à doença, logo o cenário passa a ser o hospital.

A mudança de ambiente do parto que passa do domicílio para o meio hospitalar ocasionou grande mudança no papel desempenhado pela mulher, ocorrendo diminuição de sua autonomia, junto da medicalização desse evento a mulher passa a ser instruída como conduzir o processo do parto, que deixa de ser um processo fisiológico e emerge em práticas invasivas e desnecessárias (GOMES et al., 2018).

De acordo com Ayres, Henriques e Amorim (2018) a assistência médica a parturiente interfere no curso natural do parto, fazendo com que seja um evento programado que parte do gestar, passando pelo parir e por fim modificando o materno, isso ocorrendo desde o século XX e bem presente atualmente.

Conforme autor supracitado, a legitimação do médico na assistência ao parto no Brasil procedeu-se mais tardiamente em comparação ao cenário internacional, efetivando-se apenas por volta do século XX. A inserção de médicos na cena do parto no território nacional ocorreu a partir da fundação das primeiras escolas de medicina e cirurgia que foram implantadas na Bahia e no Rio de Janeiro com a chegada da coroa (SOUZA, 2005).

O modelo americano de assistência ao parto exerceu forte influência no cenário brasileiro, incorporando características como a institucionalização seguida de um exacerbado

número de intervenções, além da valorização da conveniência do profissional em detrimento do bem estar da parturiente (FARIA; SAYD, 2013).

É no século XX que surgem as primeiras maternidades do país, em decorrência da institucionalização do parto (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018). Os médicos brasileiros por um longo período se mantiveram pouco envolvidos na realização de partos por considerá-lo atividade puramente feminina, no entanto desde os anos iniciais do século XIX já havia a aplicação de procedimentos e técnicas para a realização de partos (MEDEIROS; CARVALHO; TURA, 2018).

De forma geral a hospitalização do parto e todo o incremento tecnológico acrescido foram aos poucos sendo aceito pelas mulheres, porém no decorrer dessas transformações ocorreu muita resistência, envolvendo inclusive questões de gênero que por vez resultaram em grandes desigualdades, tendo o saber científico médico aceito política e socialmente (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018).

Assim a obstetrícia surge como forte autoridade no cenário do parto, como pode ser observada no trecho a seguir:

Visto a obstetrícia chamar para si a função de “ditar” regras e de responsabilizar-se pela tomada de decisão dos procedimentos relativos ao parto, mesmo em “circunstâncias normais”, torna-se possível inferir que isso tende a gerar situações assistenciais em que o(a) obstetra terá o poder de conduzir a assistência sem que haja consulta ou discussão com a mulher ou com quaisquer outros atores que venham a fazer parte da cena do parto (NICIDA, 20018, p.1153).

Com o advento da ciência na assistência à parturiente surgem às intervenções médicas causando uma brusca mudança na forma de parir, as mulheres passam a ser submetidas à horizontalização do parto e a episiotomia. (GOMES et al., 2018).

Grande parte da aceitação do médico no cenário do parto se deu em decorrência do uso de instrumental para auxílio no nascimento, assim o fórceps refletiu na época a importância de tal figura no sucesso de partos complicados (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018).

Como forma de negação as transformações ocorridos ao longo dos séculos, Souza (2005) salienta que atualmente algumas mulheres sentem a necessidade de vivenciar um parto natural, distante do ambiente hospitalar, assim optam por seu próprio lar.

Ao resgatar a história do parto evidencia-se uma nova visão acerca desse processo, o que de acordo com Sanfelice (2014) manifesta a manipulação do corpo da mulher como mera maquinaria, sendo o hospital análogo a uma fábrica e objetiva um produto final.

3.2. Violência Obstétrica: Uma abordagem transversal

Segundo Sena e Tesser (2017) a violência obstétrica se refere a toda e qualquer violência praticada contra a mulher submetida a cuidados obstétricos. Tal prática compreende a anulação dos direitos destas pela posse de seu corpo por profissionais da saúde que abordam um processo natural do corpo humano como uma patologia, de forma estritamente baseada em um modelo biomédico que corrobora negativa e diretamente no bem-estar das mulheres (RODRIGUES et al., 2017).

Em dado estudo Barbosa, Fabbro e Machado (2017) definem a violência obstétrica como uma prática se não se restringe apenas ao momento do parto, podendo a mesma ocorrer em qualquer fase do ciclo gravídico-puerperal, como pode ser observado abaixo:

A violência obstétrica engloba qualquer tipo de violência que ocorra durante o período da gestação, do parto e do pós-parto, incluindo a assistência ao aborto. Este é o modelo predominante de assistência no Brasil, ultrapassado, imerso em práticas intervencionistas e instrumentalizadas pelo uso excessivo de tecnologias, interferindo no processo fisiológico do parto e nascimento (BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017, p. 192).

Rattner (2009, p. 597) cita um estudo no qual há a caracterização das formas de violência que por vezes se aplicam na assistência à parturiente e contribuem para a compreensão do parto como um processo de sofrimento, sendo elas “violência por negligência, a violência verbal e/ou psicológica, a violência física e a violência sexual”.

O setor da saúde atualmente apresenta grande deficiência, sendo este um dos apontamentos para a violência praticada nas maternidades públicas, resultante da precariedade nos investimentos para tal fim (AGUIA; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). Além da relação entre médico-paciente que foi construída com base numa hierarquia na qual transcende o que Aguiar, d’Oliveira e Schraiber (2013) denomina “autoridade técnico-científica” e estende-se a valores morais.

Em tese de doutorado intitulada “Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero”, pode-se observar a desigualdade entre o ser assistido e o que assiste no seguinte trecho:

Essa violência, como aponta a literatura, se expressa através da objetificação da paciente que não é reconhecida como um sujeito na relação com o profissional de saúde, e sim como um objeto de intervenção para se chegar a um fim. Vigora também a transformação de suas diferenças étnicas, sociais e de gênero em desigualdades, através de condutas discriminatórias que colocam a paciente em posição de inferioridade a fim de reforçar as relações de mando e obediência. (AGUIAR, p.184, 2010)

Segundo Barbosa, Fabbro e Machado (2017) a violência obstétrica pode ocorrer em qualquer fase do ciclo gravídico da mulher, englobando parto, pós-parto e aborto, podendo ainda ser compreendida como uma das nuances da violência de gênero.

Ainda em consonância com o autor supracitado, tal comportamento quando perpetrado pelos profissionais de saúde é uma problemática bastante delicada, devido muitas vezes não ser percebida pela vítima, sendo tida como uma relação normal devido posição hierárquica dos envolvidos.

Assim, a violência contra a mulher durante o parto tornou-se um ato genérico no cenário das maternidades, na qual os maus-tratos vêm se tornando um fato corriqueiro na prática assistencial, mesmo sendo evidente o direito da mulher de ser assistida com respeito, sem prejuízos a sua integridade (ASSIS, 2018). Em conformidade, Barbosa, Fabbro e Machado (2017) frisam a naturalização e banalização da violência obstétrica, que é reflexo de uma cultura arcaica baseada na desigualdade de gênero.

De acordo com Moura et al. (2018) a violência obstétrica é reflexo da evolução do processo e significado da parturição, a inserção do aparato tecnológico, a presença de profissionais, as técnicas e manobras de certa maneira tiveram grande importância no cenário obstétrico, no entanto, também corroborou para com uma assistência menos humana, que deixa espaço para a violência no partear.

Compreende-se que a assistência vem passando por processos no qual posterga o ser humano e sua subjetividade, adotando uma visão desumana e mecanizada, bem como passa a desconsiderar fatores culturais, sociais, sexuais e até mesmo espirituais (RATTNER, 2009).

Atualmente é crescente o desejo pela cesariana, este muitas vezes decorre do medo que envolve o parir, representado na maioria das vezes por rotinas desmedidas e inflexíveis que dificultam a fisiologia do parto, anulam a autossuficiência da mulher, proporcionando uma experiência de sofrimento e insatisfação (BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017).

Ainda acerca dos fatores preponderantes para a ocorrência da violência obstétrica, cabe salientar o papel da relação entre os profissionais e as pacientes nesta problemática, uma vez que as ações desrespeitosas e violentas muitas vezes passam por despercebidas pelas vítimas, devido seu pouco conhecimento acerca dos seus direitos, bem como visão do profissional sendo superior, seu papel de submissão aos cuidados a serem prestados e anulação de sua autonomia no momento do parto (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Resumidamente, o atual modelo de assistência ao parto coloca possui a figura do médico como protagonista de tal evento, muitas vezes desconsiderando a esfera psicológica da parturiente, as emoções são silenciadas, o exacerbado uso tecnológico torna o parto um processo meramente técnico e baseado no capital, assim temos uma alienação e violação do partear (SANFELICE et al., 2014).

A violência obstétrica está amplamente dispersa nas maternidades e pode vitimar qualquer mulher que desconheça dos seus direitos, uma vez que:

São situações que perpassam todas as outras barreiras, uma vez que atingem mulheres de todas as raças, cor, idade, credo, do atendimento público ou privado e tipo de parto; não há o que garanta proteção e/ou isenção desse tipo de postura profissional na assistência obstétrica. (BARBOSA, FABBRO, MACHADO, 2017, p.199).

Por muito tempo práticas violentas ocorridas no interior das maternidades foram ignoradas, passando a ter relevância e visibilidade apenas a partir do século XXI, momento em que principia os estudos acerca da temática, assim como a atuação do ministério público, culminando na constatação de uma problemática de saúde pública (DINIZ et al., 2015).

Em conformidade com Assis (2018) as discussões acerca da violência obstétrica no território nacional ascenderam no início dos anos 2000 conforme influência do cenário sucedido na Venezuela e Argentina. Neste tipo específico de violência, Luz e Gico (2015) chamam atenção para a atuação das mulheres brasileiras na luta por seus direitos reprodutivos, empregando as redes sociais como ferramenta para divulgação e mobilização.

Pesquisas mostram que um quarto das mulheres brasileiras já foram vítimas da violência obstétrica, por meio de práticas desumanas e permeadas de discriminação que correspondem a 25% dos atendimentos ao parto (RODRIGUES et al., 2017; MOURA et al., 2018; ANDRADE et al., 2016).

Para Aguiar (2013), essa violência não se apresenta apenas por agressões físicas, costumeiramente manifesta-se em falas grosseiras, uso indevido da tecnologia, a não assistência as reais necessidades da mulher de forma respeitosa. À vista disso, a mulher encontra-se em ampla vulnerabilidade, uma vez que a banalização dessas práticas, sendo tidas como normais causam inúmeras repercussões a saúde (BARBOS; FABBRO; MACHADO, 2017).

São inúmeras as expressões da violência obstétrica, a exemplo da manobra de Kristeller, procedimento há anos repudiado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), porém que se faz presente em inúmeras maternidades (PALMA; DONELLI, 2017). Ainda segundo autor citado é evidente os males causados por tal procedimento ao binômio mãe-filho, sendo responsável por danos físicos e psicológicos, expondo uma clara expressão da violência vivida no parto.

Expressões como: “Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?”, “Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.”, “Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.”, “Na hora de fazer, você gostou, né?”, essas e muitas outras frases de desrespeito proferidas no momento do parto faz parte da realidade de muitas mulheres que tiveram o evento do partear marcado por violência (CIELLO et al., 2012).

Além das práticas já citadas, a episiotomia introduzida no século XX tornou-se prática corriqueira com o intuito de minimizar danos causados pela passagem do conceito pelo canal vaginal, porém tal aplicação não dispunha de evidências científicas (LEAL et al., 2014; DINIZ; CHACHAM, 2006; ANDRADE et al., 2016).

Assim, a realização de episiotomia como rotina na assistência não se justifica, desde a década de 80 é comprovado cientificamente os riscos de sua realização, devendo ser aplicada apenas em casos em que a mulher ou bebê estejam em sofrimento (DINIZ; CHACHAM, 2006).

Ainda a despeito de práticas tidas como violência obstétrica temos a execução de procedimentos sem o conhecimento ou autorização da mulher (PALMA; DONELLI, 2017). Assim, a falta de autonomia da mulher perante frente aos profissionais mostra-se como uma explícita forma de violência, uma vez que seus direitos são usurpados (ZANARDO et al., 2017).

No entanto, em um dado estudo é possível observar que há profissionais que se posicionem contra o uso do termo violência obstétrica, defendendo que a disseminação desse conceito implica negativamente na execução das práticas médicas, bem como na rotina de trabalho das maternidades e na relação médico-paciente. Oliveira e Penna (2017) destacam que:

Ao falar sobre a sua profissão, o médico expressa um desgosto com a expressão “violência obstétrica”, compreendida no seu discurso como um termo depreciativo, exacerbado pela mídia e que negligencia a autonomia do obstetra e classifica todas as práticas médicas como hostilidade contra a mulher e não como um benefício em prol da saúde da parturiente e do recém-nascido, o que influencia de maneira negativa no cotidiano de trabalho nas maternidades e na relação médico/parturiente (OLIVEIRA; PENNA, 2017, p.5).

Sendo assim, os autores evidenciam em seu estudo que parte da classe médica é contrária ao uso do termo violência obstétrica, pois denota que a mulher e seus acompanhantes ao tomarem conhecimento de tal caracterização mostram-se contrárias e resistente a muitos dos procedimentos atualmente realizados como rotina nas salas de parto.

3.3. A Humanização e a Assistência ao Parto Propriamente Dito

A maternidade traduz-se em uma experiência de elevado valor afetivo estando diretamente relacionada à esfera emocional, de maneira que o modo como tal evento ocorre é decisivo no bem-estar da mulher (FELICE, 2016). A análise de Piccinini et al. (2008, p. 70) aponta que “no decorrer do período gestacional a mulher passa por diferentes mudanças, que interferem em seu mundo intrapsíquico e relacional”.

Há uma significativa mudança para a mulher durante a gestação e o parto, sendo tão transformador que se expande ao parceiro e família, logo é fundamental uma assistência de qualidade (ROMÃO et al., 2018), pois é também considerada uma fase de significativa importância na construção das ligações afetivas entre o binômio mãe-filho (GUTIERREZ; CASTRO; PONTES, 2011).

A assistência prestada ao longo de toda a gestação bem como no momento do parto deve ser de qualidade e humanizada, valendo-se de evidências científicas, porém sempre respeitando ao máximo a fisiologia, deixando ocorrer da forma mais natural possível, sendo a mulher protagonista nesse processo, podendo decidir acerca de como pretende “dar à luz” (CIELLO et al., 2012).

Assim, torna-se de grande relevância a qualidade da assistência prestada durante o parto, uma vez que os cuidados e procedimento realizados podem acarretar tanto benefícios

quanto malefícios à mulher, dessa maneira a OMS organizou informações acerca da assistência prestada durante o parto vaginal, abordando as práticas recomendadas bem como as duvidosas e inadequadas (ANDRADE et al., 2016).

Partindo da perspectiva acima citada, surge a humanização do parto, esta busca incrementar cuidados e práticas que respeite a fisiologia do partear, proporcionando uma assistência saudável e distante de modelos intervencionistas que por vezes colocam o binômio em risco (SANTOS; OKAZAKI, 2012).

Segundo Clementino e Silva (2008) o Ministério da Saúde (MS) caracteriza a assistência ao parto e nascimento nos últimos tempos, como insuficiente e desorganizada, sendo notório o caos que permeia tal cenário.

Dentre as inúmeras transformações ocorridas, cabe salientar o processo de inversão que ocorreu no protagonismo do parto, o foco passa a ser os profissionais embasados de suas técnicas, retirando a autonomia e o protagonismo da mulher no processo de parir (POSSATI et al, 2017). Com o intuito de alertar para a negligência e descaso na assistência ao parto, Andrade et al. (2016) referencia o conceito de violência obstétrica como:

[...] é expressa principalmente pela negligência na assistência, discriminação social, violência verbal, física e psicológica, sendo também considerado ato de violência obstétrica, o uso inadequado de tecnologias e a adoção de procedimentos durante o ciclo gravídico-puerperal sem o consentimento explícito e informado da gestante/parturiente, ferindo os princípios dos direitos individuais da mulher. (ANDRADE et al., 2016, p. 30)

O desrespeito com a fisiologia do parto, bem como aspectos socioculturais passam a penalizar a mulher, o que pode ser vislumbrado frente os elevados números de mortalidade materna e perinatal, assim as inúmeras intervenções que contam com alta tecnologia e pouco cuidado humanizado não são autossuficientes para a qualidade final da assistência prestada (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Frente à problemática envolvendo a ausência de uma assistência humanizada ao parto, é implantado no Brasil nos anos 2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a fim de melhorar a assistência prestada no interior das maternidades (RODRIGUES et al., 2018; ANDRADE et al., 2016). Dessa maneira a portaria do MS de n.º 569, de 01/06/2000 busca recuperar a autonomia e dignidade da mulher ao parir, ao modificar a forma de assistência prestada no decorrer da gestação, parto e puerpério (MOURA et al., 2018).

Conforme Gomes et al. (2014) humanizar é respeitar o outro em seus diversos aspectos e esferas valorizando a autonomia como cidadão, sua singularidade, subjetividade e essência. Consoante o autor citado, aplicar a humanização na assistência ao parto é atuar diretamente na relação entre profissional e usuário do serviço, envolvendo também os acompanhantes de maneira a dispensar um cuidado holístico.

Logo, a assistência obstétrica baseada na humanização valoriza os aspectos subjetivos, sendo a parturiente totalmente atuante no processo de tomada de decisões, de forma a romper com o modelo biomédico que aborda o processo parturitivo como patologia (PIMENTEL et al., 2014). Assim a humanização corrobora na inversão de valores e práticas que foram incrementados durante a evolução histórica da gestação e do partear, resgatando práticas naturais que empoderam a mulher e fortaleçam os vínculos maternos.

Segundo estudos, as mulheres valorizam a qualidade do atendimento dispensado a elas na assistência ao parto, de forma que a maneira como são recepcionadas e cuidadas reflete diretamente na sua satisfação, mesmo frente a gama de procedimentos intervencionistas aplicados ao parto (D'ORSI et al., 2014).

Pimentel et al. (2014) aponta que o processo parturitivo é permeado de valores simbólicos que o torna volúvel em cada cultura, frente tal premissa a humanização da assistência ao parto apresenta um modelo que valoriza a experiência da mulher primando pelo processo mais próximo o possível do natural. Em consonância, a OMS fomenta a prática do partear o mais próximo possível do “fisiológico”, rompendo com o modelo de assistencial intervencionista envolto de procedimento dispensáveis que por vezes acarretam sequelas (SOUZA, 2005).

Há práticas que corroboram para melhor experiência do partear, Vendrúscolo e Kruehl (2015) apontam que a presença de um acompanhante à mulher em trabalho de parto compõe uma prática humanizadora, corroborando diretamente na qualidade final da assistência, uma vez que o acompanhante geralmente é alguém na qual a parturiente deposita sua confiança, sendo ainda o seu ponto de conforto e encorajamento em todas as etapas. Em consonância com Romão et al. (2018) possibilita maior segurança para a parturiente, além de diminuir expressivamente a necessidade do uso de analgesia farmacológica, bem como minimiza os riscos de complicações.

Atualmente a humanização é extensamente discutida, porém na prática ainda há grande fragilidade, a exemplo de sua aplicabilidade na assistência ao pré-natal e nascimento (GOMES et al., 2014). Caron e Silva (2002) citam a vulnerabilidade a qual a mulher é exposta durante a assistência ao parto, sendo comum a parturiente se sentir amedrontada devido experiência pregressa ou relato de conhecidas acerca da assistência prestada.

A atenção obstétrica no Brasil ainda possui inúmeras falhas, principalmente no que diz respeito à humanização, são inúmeras as intervenções desproporcionais aplicadas durante a assistência ao parto, a exemplo da administração de ocitocina sintética, realização de amniotomia, episiotomia e manobra de Kristeller (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Ainda segundo autor acima citado, a assistência profissional deve ser baseada no respeito à mulher e no processo natural do parto, devendo ocorrer o mínimo possível de intervenções, deve-se ainda respeitar as características socioculturais da mulher e sua família.

Aguiar, d'Oliveira e Schraiber (2013) elencam a falta de recursos como um fator preponderante para a falta de humanização, sendo comum em muitas maternidades a falta de anestesista para realização de analgesia, a proibição de um acompanhante no momento do parto devido falta de estrutura e recursos, tais fatores corroboram diretamente na qualidade final da assistência.

4 METODOLOGIA

4.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter exploratório com abordagem quali-quantitativa, desenvolvida em uma maternidade referência em alto risco localizada no sertão paraibano a fim de identificar as práticas no processo parturitivo que podem ser contextualizadas como violência obstétrica.

De acordo com Spink (2003) esse tipo de pesquisa (de campo) requer que o pesquisador colete os dados necessários diretamente com o público escolhido, posteriormente são analisados, havendo diversas formas tanto para coleta quanto análise. A pesquisa de campo também denominada de levantamento é muito utilizada como ferramenta nas áreas de ciências sociais, psicológicas e antropológicas com o intuito de obter dados relevante ao objeto de estudo (CIRIBELLI, 2003).

O estudo exploratório é grande valia na área de pesquisa, pois de acordo com Oliveira (2011) ele permite ampliar o conhecimento acerca de determinado tema. Quanto à abordagem qualitativa, esta permite analisar dados que não podem ser quantificados numericamente, pois aborda a subjetividade.

Minayo (2001) acrescenta que estudos podem apresentar uma abordagem qualitativa e quantitativa simultaneamente e obter resultados ainda mais fidedignos em comparação a estudos de uma única abordagem. A pesquisa quantitativa remete aos valores numéricos que por si só são os resultados, já a pesquisa qualitativa necessita de um cuidado lógico, uma interpretação feita pelo pesquisador (CIRIBELLI, 2003).

4.2. Local da pesquisa

O presente estudo teve como cenário a Maternidade Dr. Peregrino Filho localizada na cidade de Patos no estado da Paraíba há uma distância de aproximadamente 300 km da capital João Pessoa e conta com uma população de aproximadamente 100.674 habitantes conforme censo demográfico de 2010 (IBGE, 2017).

A Maternidade Dr. Peregrino Filho localizada na Rua Elías Asfora no Jardim Guanabara e é uma unidade de referência em alto risco.

4.3. População e amostra

Trata-se de um estudo que teve como população puérperas de parto vaginal internadas na Maternidade Dr. Peregrino Filho e presente nas enfermarias de parto vaginal durante realização da pesquisa.

A população escolhida compõe-se de 30 (trinta) puérperas, porém no período de coleta 04 (quatro) delas se recusaram em participar da pesquisa, 01 (uma) puérpera presente não se adequou a pesquisa por ter sido um parto domiciliar e outras 09 (nove) não se caracterizaram nos critérios de inclusão em detrimento do parto ter ocorrido em outra instituição e terem sido referenciadas para a maternidade da coleta para pesquisa. Assim, a amostra é composta por um total de 16 (dezesesseis) mulheres que se caracterizaram nos critérios de inclusão e se disponibilizaram a participar da pesquisa.

4.4. Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão do presente estudo foram: puérperas internadas no campo de pesquisa na data em que a mesma fosse ocorrer, ter sido parto vaginal, idade igual ou superior a 18 anos e que aceitassem participar do estudo em questão. Foram excluídas da pesquisa puérperas que não se enquadraram nos critérios de inclusão e/ou que apresentassem algum transtorno mental ou que não estivesse emocionalmente bem para participar da pesquisa, ou se recusassem.

4.5. Instrumentos de coleta

O instrumento desenvolvido para a coleta dos dados consiste em um questionário semiestruturado (APÊNDICE A) composto por 14 questões objetivas e subjetivas, sendo sete acerca de informações sócio-demográficos e outras sete questões relevantes à pesquisa.

4.6. Coleta e análise de dados

Para que a coleta dos dados fosse realizada foi encaminhada a direção da maternidade por meio de ofício devidamente formalizado a solicitação para aplicação do questionário. Após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e apresentado à coordenação, o mesmo foi aplicado nas dependências da maternidade, seguindo as normas e rotinas estabelecidas pela mesma.

O questionário foi aplicado junto ao leito das puérperas que se adequavam aos critérios de inclusão, sendo estas devidamente informadas acerca da relevância de sua participação no estudo, deixando claro os riscos e benefícios, bem como a possibilidade de

desistência da mesma caso se sentisse desconfortável, podendo a mesma estar acompanhada ou não. A entrevista sucedeu-se após essa breve abordagem inicial e parecer positivo da puérpera com assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (apêndice B).

Depois de colhidos todos os dados pertinentes, os mesmos foram calmamente analisados com base em uma abordagem qualitativa e quantitativa, após isso foram dispostos em tabelas e gráficos por intermédio de programa Excel 2010, ao longo do estudo os dados foram discutidos em consonância com a literatura disponível.

4.7. Aspectos éticos

A pesquisa desenvolveu-se em conformidade com os preceitos éticos e legais dispostos na resolução 510 de 2016 e 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das normas a serem seguidas ao realizar estudos que envolvam o uso de informações colhidas diretamente com o participante ou de forma indireta que possam identifica-lo, a resolução apresenta ainda as normas e diretrizes para a realização de pesquisas que envolvam seres humanos (BRASIL, 2016; BRASIL, 2012).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), sobre CAAE: 80555817.8.0000.5575, e número de parecer: 2.488.450, conforme (anexo A) apresentado na pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1. Dados Sociodemográficos

Os resultados a seguir constituem-se inicialmente da análise dos dados sociodemográficos colhidos com a finalidade de se obter informações acerca da faixa etária, situação conjugal, gestações, etnia, profissão, tipo de moradia e escolaridade, fundamentando-os de acordo com literatura pertinente. Em seguida são apresentadas e discutidas as questões pertinentes à proposta do estudo.

Tabela 1 Caracterização do perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa (amostra = 16).

VARIÁVEIS	FRQUÊNCIA ABSOLUTA	FRQUÊNCIA RELATIVA
Idade		
Entre 18 - 25	12	75%
Entre 26 - 33	4	25%
Estado civil		
Solteira	5	31%
Casada	5	31%
União estável	6	38%
Paridade		
Primípara	6	37%
Múltipara	10	63%
Aborto		
Sim	5	31%
Não	11	69%
Etnia		
Branca	3	19%
Parda	9	56%
Negra	3	19%
Amarela	1	6%
Profissão		
Agricultora	9	56%
Dona de casa	3	19%
Estudante	1	6 %
Vendedora	2	13%
Não informado	1	6%
Tipo de moradia		
Própria	9	56%
Alugada	6	38%

Outro	1	6%
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	2	12%
Ensino fundamental incompleto	3	19%
Ensino médio completo	6	38%
Ensino médio incompleto	5	31%

Fonte: Dados da pesquisa/2019

Frente à caracterização das participantes do presente estudo verificou-se que todas as entrevistadas são maiores de idade e apresentam média de 23 anos, sendo que a maioria delas se encontravam na faixa entre 18 a 25 anos (75%). Acerca do estado civil seis (38%) das entrevistadas relataram ter apenas uma união estável, ao passo que casadas e solteiras obtiveram os mesmo valores estatísticos (31%) que corresponde a cinco mulheres.

Quando questionadas acerca da paridade 10 (63%) das entrevistadas referiram já ter experiência com a maternidade, sendo que 5 (31%) já passaram por um ou mais abortos. Mais da metade das entrevistadas possuíam experiência pregressa com o partear, assim considera-se que a amostra envolvida na pesquisa possui maior vivência no cenário em que estão inseridas (maternidade), seja ela positiva ou negativa. Para Aguiar, d'Oliveira e Schraiber (2013) a experiência pregressa da parturiente influencia diretamente no seu comportamento diante os profissionais, visto que muitas já adentram a maternidade permeadas do medo de sofrerem maus-tratos ou de não receberem a assistência esperada.

Das entrevistadas 56% se autodeclararam pardas, havendo igualdade entre o número de brancas e negras contando com 3 (19%) mulheres cada categoria. Acerca da profissão, a grande maioria se enquadra como agricultora representando 9 (56%) e refere possuir moradia própria 9 (56%).

Conforme Assis (2018) a assistência à saúde apresenta uma orientação racial, tendo geralmente as mulheres negras uma assistência de menor qualidade durante seu ciclo gravídico-puerperal. Dessa maneira, infere-se que a violência obstétrica apresente-se mais hegemônica sobre as negras, uma vez existente as desigualdades sociais. Frente tal premissa, buscou-se dados da entrevista que comprovassem a ocorrência de violência obstétrica ou menor qualidade da assistência presta as mulheres que se autodeclararam negras, tal fato se confirmou presente no estudo e será abordado mais adiante.

No que tange ao grau de escolaridade nenhuma das participantes possui ensino superior, porém todas apresentam algum grau de instrução escolar, sendo que 6(38%) puérperas relataram possuir ensino médio completo. O baixo nível de escolaridade certamente pode influenciar de maneira negativa, ao limitar o acesso a informações, logo essa condição pode reduzir a qualidade da assistência recebida, por vezes tornando a mulher vulnerável as práticas envoltas de violência obstétrica.

A literatura aponta que o grau de escolaridade é um importante fator na qualidade dos cuidados prestados, isso devido o nível de conhecimento e empoderamento da mulher. Para Andrade et al. (2016) o número de intervenções realizadas durante a assistência ao parto é maior naquelas que apresentam baixo grau de instrução, assim os profissionais sentem maior liberdade ao aplicar diversos procedimentos sem serem questionados ou repreendidos.

5.2. Dados relevantes à pesquisa

O relato das puérperas acerca do sentimento vivenciado frente ao trabalho de parto mostra-se diversificado, porém é quase de regra sentimentos como: dor, medo, ansiedade e felicidade.

Tabela 2 Dados relevantes à pesquisa quanto o sentimento vivido durante o trabalho de parto (amostra = 16 entrevistadas).

ENTREVISTADA	SENTIMENTOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO
P1	<i>“Medo... ansiedade. Acho que mais, assim... o medo mesmo.”</i>
P2	<i>“Ah muita coisa, emoção também, medo.”</i>
P3	<i>“É felicidade, né?! Com ansiedade, não via a hora dela vir. Eu já tinha passado por outro parto, né! Eu já sabia mais ou menos como que era. Era mais ansiedade mesmo.”</i>
P4	<i>“Assim fica, é... fica feliz, mas da aquele medinho né?!”</i>
P5	<i>“Eu pensei que não ia conseguir. Tive medo, só medo mesmo.”</i>
P6	<i>“Estava feliz, estava nem nervosa, era só feliz. Feliz e ansiosa!”</i>
P7	<i>“Ah meu Deus, nem sei. Acho que eu tava com medo, nervosa... mais, é nervosa.”</i>
P8	<i>“Ia botar morrer, mas não vou não. Peraí, dor, muita dor, pode colocar morte e dor.”</i>
P9	<i>“Os sentimentos... Dor, alegria. Ah... Várias emoções juntas.”</i>
P10	<i>“Só de dor!”</i>
P11	<i>“Ah... Ansiosa, tava doida pra o menino nascer, pra pessoa pegar.”</i>
P12	<i>“Muito medo... Medo, angustia ao mesmo tempo.”</i>
P13	<i>“Normal. É de ansiedade, que eu não tive ele de tempo, né.”</i>
P14	<i>“Dor... medo.”</i>
P15	<i>“Ansiedade.”</i>

Fonte: Dados da pesquisa/2019

A dor do partear compõe-se como um evento puramente fisiológico que ocorre devido as contrações uterinas atuarem na estimulação sensorial, cabe salientar que a experiência de dor envolve consideravelmente aspectos subjetivos, de maneira que cada mulher apresentará um comportamento único diante a experiência do trabalho de parto (LOPES et al., 2009). No entanto, quando a dor pode ser minimizada pela equipe de saúde, porém acaba sendo negligenciada, resultando em sofrimento extremo, esta passa a configurar-se como violência (ZANARDO et al., 2017).

As descrições das parturientes entrevistadas expostas a seguir demonstram a soberania da dor como o sentimento presente durante o parto, também evidencia o caráter subjetivo durante esse processo.

“Os sentimentos... Dor, alegria. Ah... Várias emoções juntas.”
(Entrevistada P9)

“Só de dor!” (Entrevistada P10)

“Dor... medo.” (Entrevistada P14)

“Ia botar morrer, mas não vou não. Peraí, dor, muita dor, pode colocar morte e dor.” (Entrevistada P8)

Nota-se que a visão da sociedade acerca do parto vaginal é de um evento permeado de dor, não sendo possível minimizá-la, logo as mulheres muitas vezes incorporam essa concepção de maneira a sentir-se incapaz de passar por tal processo de maneira natural (FREIRE et al., 2011). De acordo com Alvarenga e Kalil (2016) o parto normal é temido e por vezes trocado pelo procedimento cirúrgico (cesárea eletiva) em decorrência desse alto limiar de dor, como forma de poupar a mulher de ser “vítima de sua própria natureza”.

Segundo os relatos de dor observa-se que a intensidade de tal sintoma entre as puérperas é variável, o que segundo Cavalcante et al. (2007, p. 37) decorre além de fatores fisiológicos, sendo influenciado por “emoções, interpretação do momento, padrão de vida, aprendizado e suas vivências”, assim depreende-se grande relação com os aspecto bio-psicoemocional da mulher.

Para Lopes et al. (2009) o sentimento de medo muitas está diretamente relacionado ao aumento da sensação de dor e ansiedade, assim quando a mesma é bem informada e instruída acerca do processo parturitivo, a autoconfiança pode tornar o momento menos doloroso e receoso. Freire et al. (2011) critica a falta de informação perpassada as mulheres, uma vez que os profissionais deveriam esclarece-las acerca de diversas práticas que minimizam a dor, bem como informar de maneira acessível a usuária acerca da fisiologia do parto.

Os sentimentos que passam pela mulher durante o trabalho de parto possui forte relação com a assistência prestada desde sua chegada a instituição, bem como experiências anteriores, como ilustra a fala de uma das participantes do estudo:

“[...] Eu já tinha passado por outro parto, né?! Eu já sabia mais ou menos como que era. Era mais ansiedade mesmo.” (Entrevistada P3)

“Eu pensei que não ia conseguir. Tive medo, só medo mesmo.”
(Entrevistada P5)

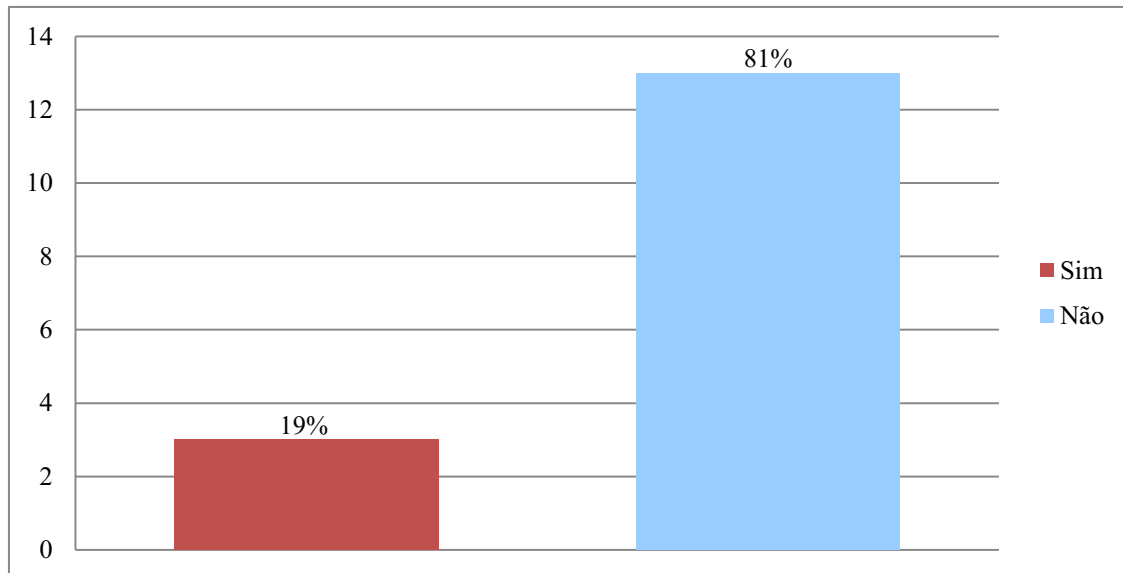
A dor puramente fisiológica vivenciada no parto é tida como o ápice da dor existente, porém há métodos não farmacológicos que a alivia de forma natural e sem causar danos, auxiliando a mulher a enfrentar tal experiência (MEDEIROS et al., 2005). Assim, quando bem assistida pela equipe, a experiência pode ser menos dolorosa, uma vez que a dor no processo parturitivo é somada com outras tantas sensações que intensificam ainda mais o sofrimento da mulher, a exemplo do receio quanto à maneira que será cuidada pelos profissionais (CARRARO et al., 2006).

Segundo Carraro et al. (2006) os profissionais devem valorizar o conforto da parturiente, não apenas aliviando a dor, mas proporcionando um ambiente acolhedor em que a mulher se sinta segura e cuidada de maneira a proporcionar uma experiência exitosa.

De acordo com Barbosa, Fabbro e Machado (2017) a experiência pregressa de violência durante a assistência ao parto ocasiona traumas, de modo que ao passar por um segundo trabalho de parto é comum a mulher sentir-se amedrontada. Da mesma maneira se aplica quando a experiência anterior foi positiva, a mulher sente-se mais segura e preparada do que na primeira vez.

Estudos revelam que a parturiente deve sentir-se confortável no momento do parto, sendo de responsabilidade dos profissionais que a assiste prestarem cuidados que promovam satisfação e conforto (SILVA et al., 2011).

Gráfico 1 Dados relevantes à pesquisa quanto à permanência por longo período em uma posição desconfortável (amostra = 16 entrevistadas).



Fonte: Dados da pesquisa/2019

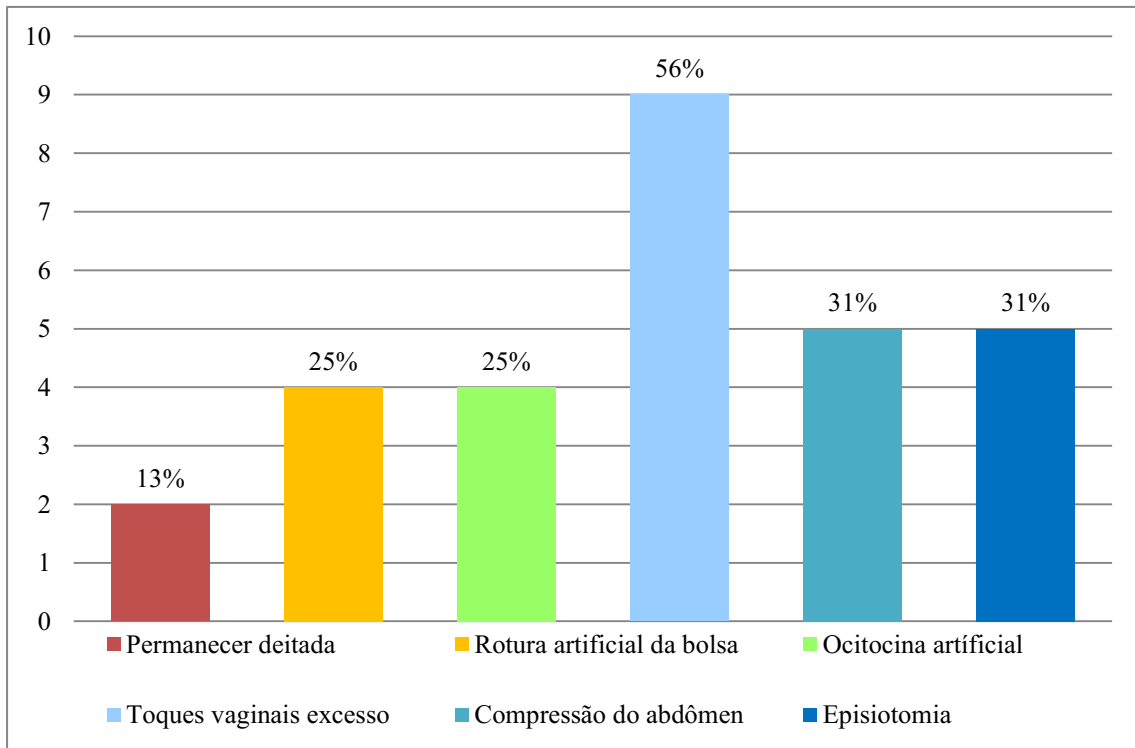
Diante dos dados adquiridos acerca da permanência em uma posição desconfortável por um longo período de tempo, 13 (81%) puérperas relataram não terem passado pela experiência ao passo que 3 (19%) afirmaram terem permanecido em uma posição não confortável por um período de tempo significativo.

Dessa maneira, observamos um avanço na assistência ao parto, uma vez que o bem-estar da mulher é primordial durante uma assistência humanizada. Diferente do que é identificado em dado estudo realizado em uma maternidade localizada na cidade de Cajazeiras – PB, no qual a permanência em posição desconfortável entre as parturientes gira em torno de 72% (SILVA, 2018).

O presente estudo em muitos momentos evidencia uma evolução no modo de assistência ao parto, caminhando para uma assistência humanizada, ao identificar em muitas falas o cuidado dos profissionais com o conforto da parturiente, deixando-a livre para permanecer na posição desejada, bem como a realização de exercícios durante o trabalho de parto, o que remete para um aspecto positivo quando a assistência ao parto vaginal. Contudo quando inqueridas acerca da realização de procedimento sem o consentimento das

parturientes e/ou explicação da necessidade do mesmo, observamos um cenário que muitas vezes remete ao modelo de assistência intervencionista de assistência ao parto.

Gráfico 2 Dados relevantes à pesquisa quanto a realização de procedimentos sem o consentimento da parturiente ou explicação de sua necessidade (amostra = 16 entrevistadas).



Fonte: Dados da pesquisa/2019

Quanto a permanecer deitada durante o parto apenas 2 (13%) mulheres relataram terem recebido a indicação, o que se mostra positivo, uma vez que a mulher tem autonomia de movimentar-se ou permanecer na posição desejada. Barbosa, Fabbro e Machado (2017) elencam alguns fatores que beneficiam o trabalho de parto, dentre eles a deambulação que contribui para melhor satisfação da mulher.

É fundamental que a parturiente possua autonomia sobre seu corpo e ações durante o parto, englobando todas as suas fases de maneira a resgatar a naturalidade do evento, bem como o autoconhecimento da parturiente como sendo capaz de desempenhar a função sem a necessidade de muitas intervenções. O parto deve ser um evento o mais próximo do natural, devendo a parturiente possuir total liberdade de movimentação, dentre outras práticas que favoreçam a fisiologia do processo (ANDRADE et al., 2016; GOMES et al., 2014).

Segundo estudo de Zanardo et al. (2017), as parturientes geralmente sentem receio de perguntar acerca dos procedimentos realizados durante a assistência ao parto, sendo comum as mesmas adentrarem a maternidade permeadas de questionamentos, em decorrência da falta

de informação, o que muitas vezes acarreta no silenciar, bem como contentamento frente os procedimentos realizados.

Com base na análise, verificou-se que os profissionais atuantes na maternidade em que se desenvolveu o presente estudo, mostraram-se dispostos a incorporar em suas práticas assistências a liberdade de deambulação, dessa maneira transformando o cenário de imposição e submissão que permeia muitas maternidades. Em conformidade com Mamede, Mamede e Dotto (2007) a parturiente deve ser encorajada a deambular durante a fase ativa do trabalho de parto, prática essa considerada extremamente útil não apenas para facilitar o parto propriamente dito, mas também por torná-lo um processo que resgata a naturalidade do parir, devendo ser amplamente estimulada.

Observa-se que práticas como rotura artificial da bolsa e a administração de ocitocina artificial para acelerar o trabalho de parto foram constatadas em 25% das puérperas. Esse valor mostra-se relativamente baixo, quando comparado a estudo de d'Orsi et al. (2005) que evidencia a ocorrência do uso de ocitocina no pré-parto em 40% dos partos realizados em uma maternidade pública e 64% em dada maternidade privada com convenio com o SUS (Sistema Único de Saúde).

De acordo com Rodrigues et al. (2018) a mulher durante o processo parturitivo constantemente vivencia uma anulação de seus direitos aos serem submetidas a diversos procedimentos desrespeitosos, tais como cita o autor, a amniorrexe precoce, tricotomia, episiotomia, fórceps obstétrico, cesariana e manobra de Kristeller, todas tidas como prejudiciais tanto a parturiente quanto ao concepto.

A administração de ocitocina artificial pode resultar em uma espécie de descontrole da parturiente, causando diminuição na compreensão da realidade externa e podendo causar até um “enlouquecimento” como bem cita Aguiar (2010). Considerando os possíveis riscos da ocitocina à saúde da gestante, destaca-se em decorrência do seu uso possíveis quadro de “taquissístolia, hipertonia, hiperestimulação uterina e rotura uterina” e podendo ainda ocasionar sofrimento fetal, dessa maneira a administração desse hormônio deve ser criteriosa (ROCHA; FONSECA, 2010, p. 810).

Nota-se ainda que a realização de toques vaginais sem o consentimento ou explicação da realização, por diferentes profissionais ou constância em sua realização ocorreu em 9 (56%) das entrevistadas. De acordo com Wolff e Waldow (2008) trata-se de uma prática

recorrente nas maternidades mesmo sendo classificada como inadequada e prejudicial saúde, e desestimulada pelo MS.

Já os achados acerca da ocorrência de compressão abdominal revelam que das 16 puérperas entrevistadas cinco (31%) foram submetidas ao procedimento, valor esse semelhante ao encontrado em estudo de Silva et al. (2018) realizado na região nordeste do país, no qual a ocorrência da manobra de Kristeller obteve um percentual de 31,9%, cabe salientar que a amostra inclui puérperas de parto normal, a fórceps e cesáreas. Outro estudo evidencia que de treze partos por via vaginal, cinco houve a realização da compressão abdominal, o que corresponde a aproximadamente 38,5% (AGUIAR, 2010).

Percebe-se que a literatura aborda a pressão realizada sob o abdômen da parturiente para acelerar o parto (manobra de Kristeller) como uma prática altamente antiquada e arriscada (DINIZ; CHACHAM, 2006). Diniz et al. (2015) caracteriza esse procedimento como uma das formas de manifestação da violência obstétrica, sendo responsável por danosas complicações a saúde, no entanto, sua ocorrência ainda se faz presente acima da média aceitável e justificável, como evidenciam os estudos.

Em consonância com o exposto, infere-se que a realização da compressão abdominal ainda é uma prática presente na instituição que transcorreu o presente estudo, porém não se sabe se realmente havia a real necessidade, uma vez que as puérperas mostraram desconhecimento quanto ao motivo da realização.

A realização de episiotomia sem o consentimento das parturientes apresenta taxa de ocorrência de 31%, segundo relato das puérperas entrevistadas. Em análise acerca da realização de intervenções obstétrica em um centro de parto normal, Schneck e Riesco (2006) constatou a ocorrência desse procedimento em 26,5% das participantes do estudo, logo apresenta valor relativamente mais baixo que o encontrado no presente estudo. Encontra-se na literatura que a realização da episiotomia de maneira desregrada como rotina institucional causa riscos a mulheres, dentre eles grave laceração do períneo, maior risco de infecção e complicações hemorrágicas, até incontinência urinária e fecal, portanto a prática só é indicada quando os benefícios superam os riscos (ANDRADE et al., 2016).

No entanto, a episiotomia continua sendo prática comum nas maternidades brasileiras, por vezes sendo realizada sem autorização da mulher ou conhecimento acerca de sua necessidade, riscos e benefícios da mesma (ZANARDO et al., 2017). Segundo Silva (2016) o

corte perineal é uma prática fortemente presente durante a formação médica, compondo assim uma barreira para a eliminação da assistência intervencionista, bem como de práticas sem viés científico.

Diniz e Chacham (2016) elencam como um dos motivos para o uso rotineiro de intervenções, a baixa disponibilidade de leito nas maternidades, de forma que quanto mais rápido for o trabalho de parto, mais rápida será a liberação de vagas para outras mulheres. Santos e Okazaki (2012) atrelam a persistência das práticas assistências desumanas ao baixo nível de entendimento das parturientes bem como de seus acompanhantes e familiares acerca dos direitos reprodutivos, devendo estes serem educados ainda no pré-natal.

Em síntese, constata-se a ocorrência da prática dos seguintes procedimentos: permanecer deitada, rotura artificial da bolsa, administração de ocitocina artificial, realização de toques vaginais repetidas vezes e/ou por vários profissionais, compressão do abdômen e episiotomia. Os procedimentos citados ocorreram sem o consentimento da parturiente e/ou orientação acerca de sua finalidade, uns apresentam altas taxas de ocorrência, outros menores, porém cabe salientar que independente da incidência eles de fato ocorrem embora possam ocasionar alguns transtornos psicológicos nas puérperas.

Após análise construtiva, identificou-se que a realização destes procedimentos sem o consentimento da mulher ou explicação da sua necessidade teve maior incidência nas que se autodeclararam negras, de um total de 3 mulheres 2 delas foram submetidas a três ou mais procedimentos, ao passo que nas demais entrevistadas a ocorrência mostrou-se inferior. Apresentando assim uma taxa de ocorrência na realização de tais procedimentos de 67% em negras, 33% em brancas e 11% em pardas.

Mesmo a violência obstétrica podendo ocorrer a qualquer mulher em seu ciclo gravídico-puerperal, segundo Assis (2018) revela-se fundamental relacionar e explorar a violência obstétrica entre a população negra devido toda construção histórica e social que permeia a sociedade atual, a fim de garantir uma assistência de qualidade livre de preconceitos e estigmas. Devendo possuir o mínimo possível de intervenções a fim de que ocorra da maneira mais natural possível, fazendo uso de intervenções apenas quando houver real indicação em decorrência de complicações a mulher e/ou criança (DINIZ; CHACHAM, 2006).

É de suma importância que as usuárias da assistência prestada nas maternidades sejam orientadas e explicadas acerca de todos os procedimentos e rotinas a qual serão submetidas, uma vez que as mulheres devem ser envolvidas no processo de parturição, não devendo o mesmo tornar-se um evento de sucessivas intervenções e passividade da parturiente. Esta deve ser envolvida pela equipe de forma respeitosa e humanizada a fim de facilitar o processo sem retirar a autonomia das mesmas.

Observou-se durante análise dos relatos que aproximadamente 68% das puérperas foram submetidas a procedimentos que por mais que fossem necessários (caso presença de complicações) ocorreram de forma desfavorável, uma vez que não houve o esclarecimento por parte dos profissionais acerca da finalidade de cada intervenção realizada ou autorização para sua realização.

Chama-se atenção para a concepção delas (puérperas) acerca destes procedimentos como práticas necessárias para sua saúde e vitalidade do recém-nascido.

“Ela (médica) fazia, que também, assim porque é bom né!” (repetidos toques vaginais)

“Avisaram assim, que ia cortar, fazer pra cabeça passar.” (episiotomia)

Contextualizando-se trabalho de parto, informação e autonomia, tem-se uma relação de fundamental importância para a satisfação da mulher com a maternidade, devendo esta participar ativamente na tomada decisões, ter conhecimento dos procedimentos aos quais será submetida e a todo momento ser respeitada (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Apenas três puérperas relataram terem sido explicadas acerca dos procedimentos realizados ou permitido o uso de tais práticas, as falas acima mostra que os profissionais por vezes passam as informações de modo superficial a induzir a paciente a ser passível a aceitar suas indicações. Não se pode afirmar com veracidade que todas as intervenções realizadas se caracterizam como desnecessárias uma vez que se trata de uma instituição de referência para partos de alto risco, no entanto a violência se manifesta ao não tratarem as parturientes como detentoras de decisão sobre seu próprio corpo.

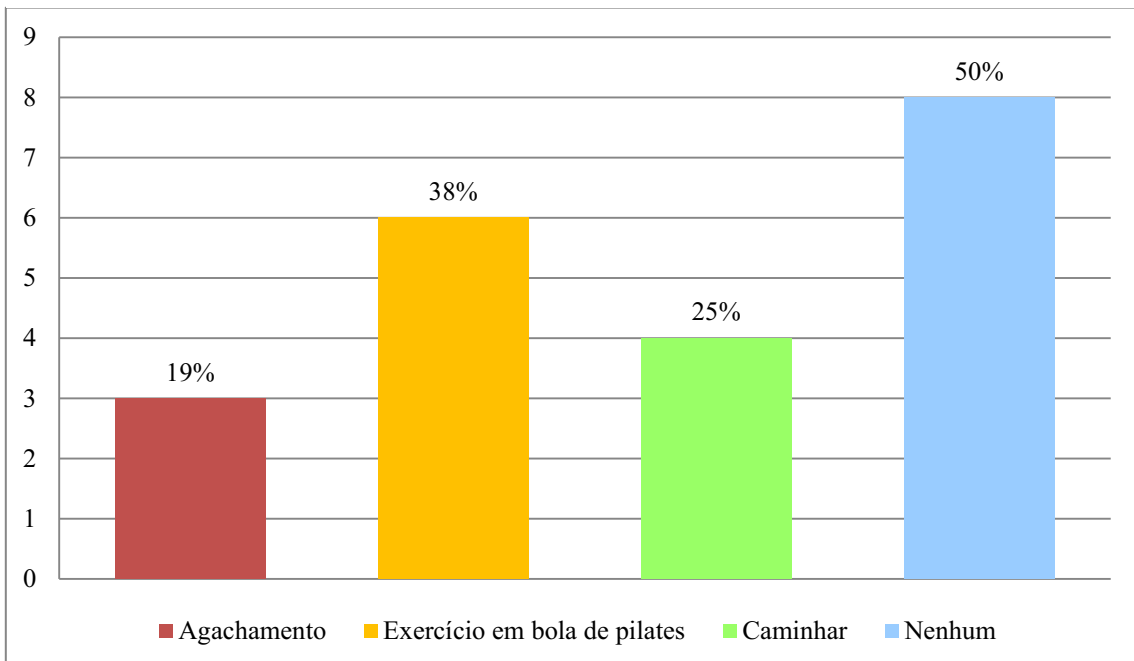
Alguns profissionais explicam acerca da necessidade de realizar os procedimentos, porém, por vezes tal explicação é dada de maneira superficial, ameaçadora e principalmente

inquestionável. Assim a mulher que já se encontra vulnerável, ansiosa, com medo e dor, não enxerga outra solução a não ser aceitar passivamente a realização dos procedimentos, por mais invasivos e desfavorável que sejam.

Em meio a política de humanização vigente, Gomes et al. (2014, p. 26) destaca como condutas que acarretam prejuízos a parturiente, sendo desaconselhada a prática do “uso rotineiro de enema e tricotomia; uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto; exame retal; administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto; revisão rotineira do útero depois do parto, entre outras”.

Confirmações feitas por Griboski e Guilhem (2006) evidenciam que o silenciar da mulher frente às intervenções desrespeitosas e violentas corroboram com a manutenção do modelo biomédico que permeia muitas maternidades. Porém, são numerosos os fatores que envolvem a aceitação dessas mulheres frente às práticas intervencionistas e por vezes desrespeitosas, partindo primeiramente do desconhecimento dos seus direitos em relação à assistência ao parto, que inclui a função da equipe profissional, como bem justifica o citado autor ao conceituar a “vulnerabilidade individual” a qual a parturiente está sujeita.

Gráfico 3 Dados relevantes à pesquisa quanto a realização de exercício durante trabalho de parto (amostra = 16 entrevistadas).



Fonte: Dados da pesquisa/2019

Os dados relativos à realização de um ou mais exercício durante trabalho de parto, a exemplo de agachamento, exercício em bola de pilates e caminhar são apresentados no gráfico acima.

De acordo com a análise dos dados obtidos e dispostos, verificou-se que que 8 (50%) das mulheres referiram não ter realizado nenhum tipo de exercício para facilitar/estimular o parto propriamente dito.

Os altos índices de puérperas que não realizaram nenhum tipo de exercício durante o trabalho de parto e/ou parto, muito provavelmente, podem corroborar em maior necessidade de intervenções e na insatisfação da mulher frente partejar. Uma vez que, a movimentação, assim como a permanência em posição não horizontal demonstram diminuição da dor, de traumas perineais, facilitam a circulação materna e fetal, aumentam a qualidade das contrações ainda ajudam na descida fetal (SILVA et al., 2011). Em estudo de Barros et al. (2018) constatou-se que a realização de exercícios físicos estimulados pela equipe de enfermagem, a exemplo do uso da bola suíça e cavalinho, bem banhos de chuveiro, massagens e deambulação são primordiais para o alívio da dor.

A dor é considerada uma manifestação fisiológica comum ao trabalho de parto, podendo ser minimizada quando implementadas algumas ações, a exemplo da realização de alguns exercícios que quando praticados corretamente apresentam inúmeros benefícios à mulher em trabalho de parto, a exemplo no alívio da sensação dolorosa. Assim, de acordo com um estudo randomizado desenvolvido por Barbieri et al. (2013) existem métodos não farmacológicos que são fundamentais para promover um trabalho de parto e parto mais humanizado, proporcionando conforto a parturiente ao minimizar o limiar de dor, sendo o uso de banhos quentes de aspersão e exercícios perineais na bola promovem relaxamento e conforto a mulher, diminuindo a necessidade de intervenções e corroborando com um novo modelo de atenção ao parto.

No entanto, frente relatos das entrevistadas nota-se que há uma baixa adesão na prática de exercícios que facilitam o trabalho de parto, o que chama atenção para a não valorização de práticas simples e acessíveis que ajudam no partejar e colaboram para a naturalização do parto, bem como sua humanização. Dessa forma é possível perceber a resistência na incorporação de práticas humanizadas tanto pelas parturientes quanto por alguns profissionais, a exemplo da realização de exercícios que facilitam o trabalho de parto, pode ser observada na fala das participantes quando questionadas se teriam realizado algum exercício:

“Não, a menina mandou fazer na bola, mas já tava apressada.”
(Entrevistada P7)

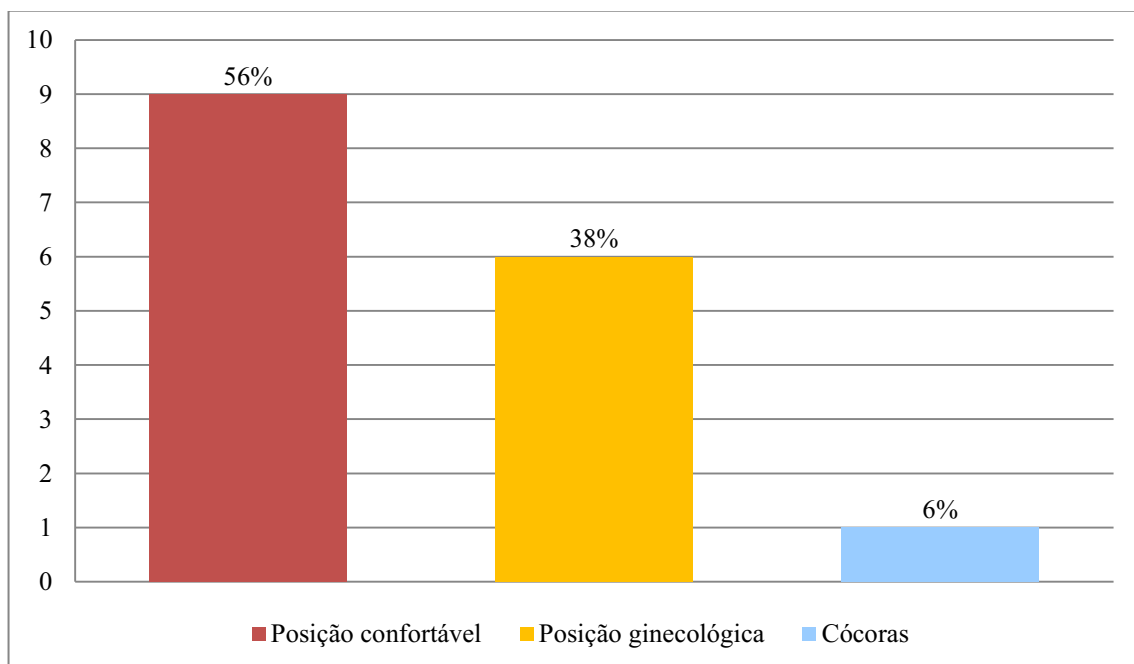
“Não, não teve exercício. Eles mandaram fazer não. Eu fiquei lá andando, pra lá e pra cá. Ah, eles perguntariam se eu queria ir pra bola, eu disse quero não. Fiquei lá no corredor, fiz agachamento normal, sem eles pedir.” (Entrevistada P9)

“Eles perguntaram se eu queria, mas não quis não.” (Entrevistada P15)

Em estudo desenvolvido por Silva et al. (2011) acerca dos uso da bola suíça durante trabalho de parto, é possível observar que não há comprovação científica dos seus benefícios, porém o mesmo é aplicado empiricamente pelos profissionais, sendo necessários estudos clínicos acerca dos benefícios quanto a realização desse exercício.

Frente o relato das entrevistadas, nota-se que é de grande valia que os profissionais ao assistirem a parturiente expliquem acerca da finalidade e importância da realização de exercício para facilitar o trabalho de parto. É preponderante que a puérpera entenda como suas ações podem facilitar o parto vaginal, bem como sejam instruídas a realizá-las de maneira correta.

Gráfico 4 Dados relevantes à pesquisa quanto à posição durante o trabalho de parto e/ou parto (amostra = 16 entrevistadas).



Fonte: Dados da pesquisa/2019

As puérperas quando questionadas acerca da posição em que permaneceram para que o bebê nascesse, 9 das 16 entrevistadas relataram a permanência em uma posição confortável, seja em decúbito, lateralizada, aquela na qual sentia-se mais livre com menos incômodo, o que equivale a 56%. A posição ginecológica mesmo sendo desfavorável a fisiologia do parto natural, foi a segunda mais presente, na qual 6 (38%) mulheres foram submetidas durante o parto e apenas uma (6%) se encontrava na posição de cócoras durante a expulsão. Tais dados podem ser vislumbrados no gráfico 4.

Em comparação a outros estudos, os números identificados quando a posição adotada pelas parturientes no momento do parto mostram-se positivos em comparação ao cenário de outras maternidades, em que os valores se invertem. A exemplo da análise realizada por Silva et al. (2018), na qual identificou-se que a maioria das entrevistadas permaneceram em posição litotômica.

Pode-se apreender que o conforto durante o parto é um elemento fundamental para a parturiente ao tornar o processo menos traumático e doloroso, dando-lhe a sensação de poder e domínio sobre o seu corpo. Dessa maneira, mostra-se que os profissionais ao assistirem as puérperas, deram-nas em sua maioria, autonomia para permanecer em posição que lhes fossem confortáveis, assim facilitando o parto e amenizando a sensação de dor.

Andrade et al. (2006) destaca a importância dada pela OMS quanto a posição durante o parto, devendo esta ser de escolha da parturiente, de maneira a sentir-se bem, tendo total autonomia de realizar movimentos a qualquer momento quando desejado. Moura et al. (2018) acrescenta que posições verticais devem ser amplamente estimuladas pois favorecem a fisiologia do parto.

No entanto, percebe-se que mesmo em menores proporções, a posição ginecológica ainda é presente no relato das puérperas, em decorrência da resistência por parte de alguns profissionais em tornar a mulher submissa e assim facilitar sua prática profissional. Para Mamede, Mamede e Dotto (2007) muitas vezes a fisiologia do parto é ignorada em detrimento de vontades humanas, mesmo que por vezes mostrem-se inadequadas, a exemplo de práticas profissionais que favorecem mais o trabalho do especialista do que o da parturiente.

Assim, os autores supracitados deixam clara a imposição presente no cenário do partear ao exemplificar que “as modificações na forma e posição de dar à luz que se deram

especialmente nas sociedades ocidentais são exemplos de influências sociais e culturais sobre a condução do trabalho de parto” (MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007).

As puérperas em dado momento da entrevista foram indagadas acerca de como se sentiram em relação ao trabalho de parto, entre os relatos obtidos percebeu-se que mesmo se tratando de um complexo processo que é o parir e da presença de algumas intervenções desnecessárias e por vezes violentas, as mulheres classificam a experiência como boa.

“Boa, o que eu senti? Fiquei feliz!” (Entrevistada P1)

“Foi... foi dolorosa, mas foi boa.” (Entrevistada P5)

“Me senti segura.” (Entrevistada P13)

Em estudo de Caron e Silva (2002) encontra-se uma boa observação acerca da importância de um bom cuidado profissional, no qual o indivíduo sente-se importante e seguro ao ser ouvido, quando demonstra está interessado e comprometido, compõe uma comunicação terapêutica de grande relevância na relação entre profissional e cliente. Em estudo de Barros et al. (2018) acerca assistência oferecida por enfermeiras obstetras durante o trabalho de parto e parto, constatou-se que as puérperas valorizam a assistência baseada na atenção dispensada, a maneira como são abordadas, bem como a explicação acerca dos cuidados prestados.

No presente estudo observa-se que as mulheres valorizam muito os cuidados prestados pela equipe, principalmente quando se revelam atenciosos com elas, o que pode ser observado na fala de uma das puérperas quando destaca o fato da equipe ter sido prestativa.

“Ah, foi bom! Eu acho que a equipe ajudou bastante, bastante mesmo. Tanto os estagiário como os enfermeiros que tava lá deram bastante atenção.” (Entrevistada P14)

Segundo Aguiar (2010) as mulheres procuram a maternidade para receberem cuidados de alguém capacitado, dessa maneira elas valorizam a presença de um profissional ao seu lado no momento do parto, principalmente quando estes se apresentam atenciosos. Quando os profissionais que assistem a mulher exibem um comportamento de distanciamento e pouca comunicação elas interpretam como falta de respeito e descaso por parte deles, contribuindo para a internalização do sentimento de objetificação.

Acerca de tal fato Aguiar, d'Oliveira e Schraiber (2013) apontam que pode ocorrer uma compreensão equivocada tanto por pacientes quanto pelos profissionais acerca das atitudes expressas por estes e aqueles, o que dificulta a comunicação e relação entre ambos. O atendimento dispensado as parturientes em hospitais públicos é caracterizado como menos afetivo em comparação aos privados, prevalecendo em sua maioria um cuidado com pouca gentileza e respeito (LUZ; GICO, 2015).

Ciente disso, o cuidado baseado na empatia é de extrema relevância no cenário do partear, visto que por vezes a mulher sente-se vulnerável, ansiosa, insegura, com medo e temor de não ser capaz de desempenha tal função. É necessário o profissional que a assistente mostrar compreensão e apoio, incentivando-a a dar o seu melhor, seguir o seu lado instintivo e deixar a natureza falar por si.

Ainda acerca do sentimento em relação ao trabalho de parto, um fato que chamou a atenção foi uma puérpera que relata ter gostado da experiência, uma vez que a mesma quando interrogada a cerca da realização de episiotomia relata ter sido realizada de forma desfavorável.

“Eu gostei, foi bom meu parto. Só de ver a carinha dele com saúde.”
(Entrevistada P12)

Durante realização da pesquisa as puérperas foram indagadas quanto à sensação obtida em relação ao trabalho de parto, nos relatos nota-se uma ênfase positiva, principalmente por parte de uma das entrevistadas ao citar surpresa com a assistência recebida pela equipe, uma vez que esta temia não ser bem assistida.

“Ah fiquei emocionada só e... achei que foi uma... foi muito, totalmente diferente do que eu achava, assim, foi totalmente natural. Eu achava que ia botar soro em mim, meu medo era bota soro, era me cortarem, mas foi tudo do jeito que eu queria.” (Entrevistada P6)

Em seu relato ela evidencia o medo de muitas mulheres frente ao parto é de ser violentada durante um momento que deveria ser tido como um dos momentos de maior realização. Fica evidente o medo que a participante expressa de ser submetida a procedimentos, principalmente a episiotomia *“meu medo era bota soro, era me cortarem”*.

Cabe salientar que a puérpera P6 mesmo tendo uma excelente experiência com o partear, a mesma quando questionada acerca do desejo de engravidar novamente, relata dúvida, deixando claro que caso haja essa possibilidade levará bastante tempo.

Os eventos que ocorreram durante o processo parturitivo de acordo com relato das entrevistadas conduz-nos a inferir que a assistência ao parto ainda possui algumas práticas baseadas no modelo biomédico e intervencionista, que ora são invisibilizadas em decorrência da implementação de práticas humanizadas, porém sem abrir mão das intervenções que usurpam a naturalidade do parir.

Para Ferreira et al. (2017) é fundamental que os profissionais dispensem uma assistência humanizada durante o significativo evento que é o parir, resgatando a naturalidade que envolve tal evento puramente fisiológico. O mesmo destaca ainda a importância da enfermagem na reversão do atual modelo de assistência ao parto, porém sem excluir a necessidade da humanização por parte de toda a equipe multidisciplinar.

Quando questionadas em relação ao desejo de engravidar novamente observamos que a maioria (87,5%) não possui tal vontade sendo a justificativa mais presente o fato de já possuir filhos, não havendo o desejo por aumentar o número de integrantes da família. Como pode ser observado nas falas a seguir:

“Eu só não tenho mais porque já tenho dois, tá bom, pra não encher a casa.” (Entrevistada P4)

“Não, já tenho de mais.” (Entrevistada P13)

“Eu não tô pretendendo mais não (risos). Já tá bom, já foi três, um aborto, tenho uma menina, e outra menina agora, já tá bom.” (Entrevistada P9)

“Não, já tenho quatro.” (Entrevistada P16)

Das puérperas entrevistadas apenas 2 duas relatam o desejo em ser mãe novamente, uma delas em decorrência do desejo em ser mãe de uma menina:

“Eu vou tentar ainda uma menina, parto normal.” (Entrevistada P12)

“Tenho! Vaginal, pela recuperação.” (Entrevistada P7)

Acrescenta-se ainda que no que concerne a gestações futuras, boa parte das puérperas que relataram não possuir o desejo de engravidar novamente não sabiam explicar a causa, outras não tinham uma opinião formada quanto a isso:

“Ah, não, não. Mas seria o normal de novo.” (Entrevistada P3)

“Eu não pretendo mais não, não vou mentir. Porque não, mas se tiver ainda vai demorar. Escolheria vaginal de novo, a dor é grande, porque a gente sofre muito na hora, mas depois é melhor. Agora mesmo eu não tô sentindo nada, nem cólica.” (Entrevistada P5)

Nenhuma das entrevistadas expressou o desejo pela cesárea, o que sugere uma mudança de paradigma entre as mulheres quanto ao medo do “parto normal”, podendo inferir que a experiência com a via de parto submetida foi de modo geral satisfatória, dado que 100% da amostra apresentaram o mesmo desejo pelo parto via vaginal. Tal resultado reforça o estudo de Domingues et al. (2014) acerca do processo de decisão de gestantes pelo tipo de parto foi possível observar o desejo da maioria das mulheres (66%) pelo parto vaginal.

No entanto cabe salientar as altas taxas de cesárea realizadas no território nacional indicam que o desejo pelo tipo de parto poucas vezes é atendido, suposição essa comprovada em estudo do autor acima citado identifica que o desejo das mulheres pouco importa para a maioria dos profissionais, independentemente de ser no setor público ou privado. Dessa maneira, no final da gestação as mulheres vivenciam uma batalha quanto sua escolha do tipo de parto e o que é imposto pelos profissionais, visto que poucas possuem a liberdade de escolha (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

6 CONCLUSÃO

O estudo acerca das práticas no processo parturitivo contextualizadas como violência obstétrica revelou a importância da aplicação de práticas humanizadoras que tornaram o parir uma experiência positiva. Constatou-se que o medo e a ansiedade são sentimentos partilhados pela maioria das mulheres em trabalho de parto, porém cada uma apresenta certa especificidade frente a esses sentimentos, isso em função de diferentes fatores biopsicossociais que as permeiam.

É necessário que a assistência prestada à mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto seja pautada na humanização, acolhendo, tranquilizando e instruindo a parturiente a participar ativamente desse processo. Frente à dor do parto, esta deve ser aliviada por meio de técnicas não farmacológica a fim de que este evento ocorra o mais próximo do natural, sendo a equipe responsável por auxiliar mulher e não se tornarem os protagonistas.

No entanto, revelou-se que ainda há grande fragilidade no conhecimento das puérperas acerca da assistência ao parto humanizado, distante de intervenções e que resgate a fisiologia do parto, primando sempre pela autonomia e liberdade da parturiente. Infere-se que a presença de práticas tidas como violentas e desfavorável tenha relação com um processo ideológico que ainda permanece enraizado na sociedade, resultantes da visão da equipe como superior e detentor de todo conhecimento, estando este livre de questionamentos e repreendimento.

De acordo com os achados descritos, conclui-se que a assistência prestada ainda apresenta muitas falhas que por vezes passam despercebidas pelas mulheres e acabam sendo naturalizadas entre os profissionais, já que estes as repetem rotineiramente. Isso se justifica pela forte presença do modelo biomédico e intervencionista que sustenta o cuidado exclusivamente focado em excessivas intervenções, tornando assim o parto um evento distante do fisiológico. Além da falta de conhecimento das mulheres acerca de práticas consideradas como violência obstétrica, que por vezes acabam sendo compreendidas como necessárias e benéficas.

Ao longo da análise realizada foi possível constatar que há uma certa contradição nas respostas proferidas pelas puérperas, uma vez que estas qualificam a assistência recebida como de qualidade, porém em certos momentos deixam claro a insatisfação frente algumas atitudes e/ou ações praticadas, bem como a ausência de certos cuidados.

Os impasses encontrados através dos relatos de puérperas acerca da assistência recebida evidencia uma fragilidade presente não apenas no período do parto, mas desde o início do acompanhamento da gestação durante o pré-natal, pois é indubitável que se estas mulheres fossem preparadas para o parto, tendo seus direitos e deveres informados, muitas das práticas realizadas poderiam ter sido contestadas.

O presente estudo propôs à medida que os relatos das puérperas foram analisados e comparados a literatura pertinente identificar práticas contextualizadas como violência obstétrica. Percebeu-se a ruptura com algumas práticas que por mais que sejam

desestimuladas ainda são aplicadas como rotina nas instituições de assistência ao parto, fator esse que se mostra positivos. No entanto ainda falta conscientização por parte da equipe principalmente no que diz respeito ao envolvimento da parturiente nesse evento, sendo necessário inseri-la como protagonista no processo parturitivo.

Para mudar essa realidade é necessário romper com o modelo biomédico que ainda perdura, fator esse a ser trabalhado desde o processo formativo dos profissionais, valorizando a humanização da assistência e tornando soberana a epidemia intervencionista que permeia o ambiente das inúmeras maternidades distribuídas no território nacional. É preponderantemente fundamental desenvolver a empatia, o cuidado holístico e o respeito para com a vida desde sua fase intrauterina.

Finalmente, esperamos que esta pesquisa venha a contribuir para uma assistência pautada na humanização, que seja baseada em uma visão holística e livre de qualquer dano, a fim de que as mulheres possam vivenciar o parto vaginal com dignidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, J. M. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010.
- 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2013.v29n11/2287-2296/pt>>. Acesso em: 10 nov. 2018.
- ALVARENGA, S. P.; KALIL, J. H. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 14, n. 2, p. 641-649, ago./dez., 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2755>>. Acesso em: 18 mar. 2019.
- ALVES, V. H.; ALVES, P. M. S.; PADOIN, S. M. M. A tecnicização e a prática do cuidado ao parto: uma abordagem fenomenológica a partir de husserl. **Texto Contexto Enferm**, Santa Catarina, v. 25, n. 3, p. 1-6, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71446759031>>. Acesso em: 10 nov. 2018.
- ANDRADE, P. O. N. et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 16, n. 1, p. 29-37, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292016000100029&script=sci_abstract>. Acesso em: 16 dez. 2018.
- ASSIS, J. F. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, set./dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-66282018000300547&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. 2018.
- AYRES, L. F. A.; HENRIQUES, B. D.; AMORIM, W. M. A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3525-3534, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018001103525&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. 2018.
- BARBIERI, M. et al. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 5, p. 478-484, 2013. Disponível em: Acesso em: 05 jun. 2019.
- BARBOSA, L. C.; FABBRO, M. R. C.; MACHADO, G. P. R. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Av Enferm.**, v. 35, n. 2, p. 190-207, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-45002017000200190>. Acesso em: 05 dez. 2018.

BARROS, F. R. B. et al. Percepção das puérperas manauaras frente à assistência de enfermagem no preparo do trabalho de parto e nascimento. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1035/432>>. Acesso em: 07 abr. 2019.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasil: Ministério da Saúde, Brasília, DF.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, abr/jun, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002>. Acesso em: 05 dez. 2018.

CARON, O. A. F.; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 485-492, jul/ago, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000400004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 dez. 2018.

CARRARO, T. E. et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 1, p. 97-104, 2006.

CAVALCANTE, F. N. et al. Sentimentos vivenciados por mulheres durante trabalho de parto e parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2010.

CIELLO, C. et al. Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

CIRIBELLI, M. C. Como elaborar uma dissertação de Mestrado através da pesquisa científica. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2003.

CLEMENTINO, M. O. S.; SILVA, J. V. Os significados e os motivos de dar à luz em Casa de Parto: as representações sociais no contexto bioético de puérperas de São Paulo, SP. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v. 32, n. 4, p. 452-7, São Paulo, 2008.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

DINIZ, S. G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019>. Acesso em: 05 dez. 2018.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S101-S116, 2014.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S154-S168, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2014001300021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 dez. 2018.

FARIA, R. M. O.; SAYD, J. D. Abordagem sócio-histórica sobre a evolução da assistência ao parto num município de médio porte de Minas Gerais (1960-2001). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2421-2430, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800027&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 dez. 2018.

FELICE, E. M. Trajetórias da maternidade e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 7-17, jan./jun., 2006. Disponível em:

FREIRE, N. C. et al. Parto normal ou cesárea? a decisão na voz das mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 3, p. 237-247, set./dez., 2011.

GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2006.

GOMES, A. R. M. et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Recien - Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 11, p. 23-27, 2014. Disponível em: <<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/73>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

GOMES, S. C. et al. Renascimento do parto: reflexões sobre a medicalização da atenção obstétrica no Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 5, p. 2744-2748, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000502594&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 dez. 2018.

GUTIERREZ, D. M. D.; CASTRO, E. H. B.; PONTES, K. D. S. Vínculos mãe-filho: reflexões históricas e conceituais à luz da psicanálise e da transmissão psíquica entre gerações. **Revista do NUFEN**, v. 3, n. 2, p. 3-24, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, RJ (Brasil): **IBGE**, 2017.

JARDIM, D. M. B.; MODERNA, C. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26 :e 3069, p.1-12, 2018. Disponível em:

LEAL, S. Y. P. et al. Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 2, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52473/pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

LOPES, C. V. et al. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 3, 2009. Disponível em:
Acesso em: 09 jun. 2019.

LUZ, L. H.; DE VASCONCELOS GICO, Vânia. Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 3, p. p. 475-484, 2015. Disponível em:
<<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1109/632>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

MAMEDE, F. V.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 11, n. 2, p. 331-336, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000200023&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 jun. 2019.

MEDEIROS, H. R. F.; CARVALHO, D. M.; TURA, L. F. R. A concorrência na arte de partejar na cidade do Rio de Janeiro entre 1835 e 1900. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 999-1018, out.-dez., 2018. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-59702018005001002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 dez. 2018.

MEDEIROS, J. et al. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. **Espaç. saúde**, v. 16, n. 2, p. 37-44, 2015.

MOURA, R. C. M. et al. Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Enferm. Foco**, v. 9, n. 4, p. 60-65, 2018. Disponível em:
<<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1333>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em:
http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf. Acesso em: 04 de out. de 2018.

NICIDA, L. R. A. A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1147-1154, out./dez., 2018. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-59702018000401147&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 dez. 2018.

OLIVEIRA, C. A. B. et al. Perfil da vítima e características da violência contra a mulher no estado de Rondônia-Brasil. **Rev Cuid.**, Bucaramanga, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2019. Disponível em: < <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/573>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

OLIVEIRA, M. F. Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração. **Universidade Federal de Goiás. Catalão-GO**, 2011. Disponível em: https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf. Acesso em: 10 de out. de 2018.

- OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto. **Rev Bras Enferm**, v. 71, p. 1304-1312, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt_0034-7167-reben-71-s3-1228.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2018.
- OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Textos e contextos-enfermagem**, Minas Gerais, v. 26, n. 2, p. 2-10, 2017.
- PALHARINI, L. Aparecida; FIGUEIRÔA, S. F. M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1039-1061, out./dez., 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-59702018000401039&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 dez. 2018.
- PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-73722008000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 jan. 2018.
- PIMENTEL, Camila et al. Autonomia, Risco e Sexualidade. A humanização do parto como possibilidade 0 de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. **REALIS**, v. 4, n. 1, p. 166-185, jan./jun., 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/realis/article/view/8813>>. Acesso em: 10 mar., 2018.
- POSSATI, A. B. et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-6, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127752022003>>. Acesso em: 05 dez. 2018.
- RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 13, supl.1, p. 595-602, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 jun. 2018.
- RODRIGUES, D. P. et al. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 1, p. 236-246, jan., 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23523/26086>>. Acesso em: 05 dez. 2018.
- RODRIGUES, F. A. C. et al. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprod. clim.**, v. 32, n. 2, p. 78-84, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208716300723>>. Acesso em: 05 dez. 2018.
- ROMÃO, Rejane Sousa et al. Qualidade da assistência obstétrica relacionada ao parto por via vaginal: estudo transversal. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 8, 2018. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2907>>. Acesso em: 23 mai. 2019.

SANFELICE, C. F. O. et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev. Rene**, v. 15, n. 2, p. 362-370, mar./abr., 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3170/2433>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

SANTOS, Isaqueline Sena; OKAZAKI, E. L. F. J. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Rev Enferm UNISA**, v. 13, n. 1, p. 64-8, 2012.

SANTOS, R. O. B. Guerra e parto: uma análise antropológica sobre a humanização do nascimento em Belo Horizonte [**Dissertação**]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.

SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 240-246, 2006. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/413>>. Acesso em: 05 mai. 2019.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100209&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 dez. 2018.

SILVA, M. C. et al. PARTO E NASCIMENTO NA REGIÃO RURAL: a violência obstétrica. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 9, p. 2407-2417, set., 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234440/29934>>. Acesso em: 29 mar. 2019.

SILVA, L. M. et al. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 5, p. 656-662, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-71822003000200003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 29 mai. 2019.

SOUZA, H. R. A arte de nascer em casa: Um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo [**Dissertação de Mestrado**]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Antropologia Social; 2005.

SPINK, Peter Kevin. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 18-42, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-71822003000200003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 jan. 2019.

VARGENS, O. M. C.; SILVA, A. C. V.; PROGIANTI, J. M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017. Acesso em: 05 dez. 2018.

VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e sociedade**, v. 17, p. 138-151, 2008.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, 2017.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

1- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____

Estado civil: () Solteira () Casada () Separada ou Divorciada () Viúva () Outros

Número de gestação: _____

Você se considera: () Indígena () Negra () Parda () Amarela () Branca

Profissão: _____

Tipo de moradia: () Própria () Alugada () Outros

Escolaridade: () Fundamental completo () Fundamental incompleto () Ensino Médio completo () Ensino Médio incompleto () Superior completo () Superior incompleto

2-DADOS RELEVANTES A PESQUISA

1- Quais os sentimentos passaram por você durante o trabalho de parto?

2- Em algum momento você permaneceu em uma posição na qual não se sentia confortável por um longo período?

3- Foram realizados um ou mais dos seguintes procedimentos sem que tenham pedido seu consentimento ou explicado porque eram necessários?

- Indicação para permanecer deitada
- Rotura artificial da bolsa
- Administração de oxitocina artificial para acelerar o parto
- Toques vaginais feitos por várias pessoas
- Compressão do abdômen no momento da expulsão
- Episiotomia

4- Foi realizado algum exercício para facilitar o parto propriamente dito? Se sim, cite quais foram.

5- Durante o trabalho de parto e/ou parto, em qual posição a senhora ficou para que o bebê nascesse?

- Fiquei na posição que achei mais confortável
- Posição litotômica ou ginecológica
- Cócoras

6- Depois do parto, ainda no hospital, como a senhora se sentiu em relação ao trabalho de parto?

7- A senhora pretende ou tem o desejo de engravidar novamente? E qual tipo de parto a senhora desejaria ter? Justifique.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A Sra. está sendo convidada, como voluntária, à participar da pesquisa intitulada “ANÁLISE DAS PRÁTICAS NO PROCESSO PARTURITIVO CONTEXTUALIZADAS COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”, de responsabilidade das pesquisadoras do CFP/UFCG Larissa Clementino de Moura discente do curso de graduação em enfermagem, sob co-orientação e responsável pela pesquisa a doutoranda Nívea Mabel de Medeiros.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: Tendo como referência o atual cenário das maternidades brasileiras, principalmente no que diz respeito à humanização, o presente estudo concebe através do discurso de puérperas a identificação de práticas contextualizadas como violência obstétrica durante o processo parturitivo. Este germina permeado pelo desassossego frente à violação de um dos eventos mais singelos que há, o nascimento. O mesmo justifica-se pela imprescindibilidade em discutir no meio científico a experiência de puérperas quanto à assistência ao parto, que por vezes passam por ampla violação de seus direitos ao serem vítimas da violência obstétrica, sem ao menos perceberem de sua ocorrência e das sérias consequências que implicarão no decorrer de suas vidas. Nessa perspectiva o presente estudo possui como objetivo geral identificar através de uma análise construtiva as práticas no processo parturitivo contextualizada como violência obstétrica com um olhar holístico para uma prática silenciada. Especificando caracterizar os dados socioeconômicos das puérperas incluídas na pesquisa e discutir o biopsicossocial vivenciado durante o parto propriamente dito. Caso decida aceitar o convite, a senhora será submetida a uma entrevista feita a partir de um questionário semiestruturado, com perguntas objetivas e subjetivas, que norteiam dados sócio-demográficos e dados relevantes para o estudo, sendo que, esse instrumento utilizado permitirá alcançar um maior número de

entrevistadas, além de facilitar a compilação e comparação das respostas escolhidas e assegurar o anonimato à interrogada.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: A pesquisa respeitará os princípios e critérios éticos, dispostos na Resolução Nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, levando em consideração a responsabilidade, respeito, e o compromisso em obedecer aos preceitos desta Lei, sendo assim todas as informações serão sigilosas e seu nome não será identificado. Por se tratar de um estudo que usa na sua metodologia a entrevista, a pesquisa não envolve a realização de procedimentos invasivos, sendo assim apresenta riscos mínimos, tendo em vista que há a possibilidade da entrevistada sentir-se constrangida, caso isso ocorra e a participante não quiser mais responder, o pesquisador irá sugerir a suspensão da entrevista. Para evitar ansiedade e constrangimento buscaremos preparar a entrevista de acordo com os objetivos da pesquisa, visando não denegrir a integridade física e psicológica do indivíduo, respeitando assim os princípios da pesquisa com seres humanos. Quanto aos benefícios, podemos relatar que a pesquisa trará para a Sra., a comunidade e a sociedade em geral, o conhecimento dessa modalidade de violência, que é uma prática corriqueira nas maternidades e hospitais, mas que ainda é desconhecida como forma de violência perante aquelas que vivenciam ou já vivenciaram.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Sua participação nessa pesquisa não necessariamente implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, levando em consideração que o método de coleta de dados nessa pesquisa, se faz a partir de um questionário semiestruturado, não acarretando danos a sua saúde.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: A Sra. será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. A Sra. é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citada nominalmente ou por qualquer outro meio que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pela Sra. na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade da pesquisadora responsável e outra será fornecida a Sra.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. Os pesquisadores certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação particular, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ela compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/16. Estou ciente que em caso de dúvidas poderei contatar os pesquisadores responsáveis, através dos endereços eletrônicos larissa1001.lm@gmail.com e niveamabel@hotmail.com ou pelos telefones (88) 9 87172574 ou (83) 9 96037108. Fui informada também que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, localizado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n - Casas Populares, CEP: 58.900-000 ou pelo telefone (83) 3532-2000.

Patos - PB, ____/____de 2019

**Assinatura do participante ou
dactiloscópica**

**Assinatura do pesquisador
responsável**

ANEXOS

ANEXO A
CARTA DE ANUÊNCIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS – CEFOR PB
MATERNIDADE DR. PEREGRINO FILHO-PATOS
"Hospital Amigo da Criança"

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada "**VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UM OLHAR HOLÍSTICO PARA UMA REALIDADE SILENCIADA**", a ser desenvolvida pela pesquisadora da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, **RONIELLE DUARTE SILVA**, sob orientação da Professora, **Msd. NÍVEA MABEL DE MEDEIROS**, está autorizada para ser realizada junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso ao serviço da Rede Estadual da Saúde da Paraíba, fica condicionada a apresentação da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP** ao Serviço que receberá a pesquisa.

Observação: Este Projeto passou pela **Comissão Interdisciplinar de Análise de Projeto de Pesquisa da Maternidade Dr. Peregrino Filho**, com aprovação, conforme documento de nº **18/2017** recebido em **20/11/2017**.

Atenciosamente,

Patos-PB, 21 de novembro de 2017

Sara Brito de Oliveira Meira

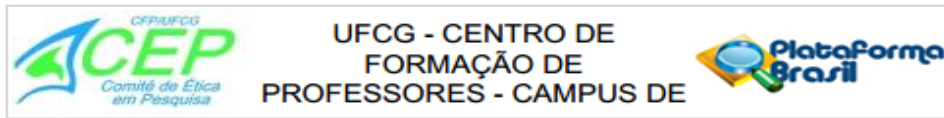
Sara Brito de Oliveira Meira

Coordenadora

Núcleo de Estágio Capacitação e Eventos - NECE

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um olhar holístico para uma realidade silenciada

Pesquisador: NIVEA MABEL DE MEDEIROS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80555817.8.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.488.450

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um olhar holístico para uma realidade silenciada, 80555817.8.0000.5575 e sob responsabilidade de NIVEA MABEL DE MEDEIROS trata de pesquisa de campo com característica exploratória com abordagem qualiquantitativa acerca de puérperas que estejam sendo atendidas na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo e/ou na Maternidade Dr. Peregrino Filho.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um olhar holístico para uma realidade silenciada tem por objetivo principal analisar os atos no processo parturitivo consideradas como violência obstétrica em puérperas que pariu na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo e/ou na Maternidade Dr. Peregrino Filho, estabelecendo assim, um olhar mais holístico para essa prática silenciada na sociedade em que vivemos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um olhar holístico para uma realidade silenciada é importante e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br