

Jerime Rego Soares*
Elisângela da Silva Ferreira**

RESUMO

A busca pelo cuidado humanizado no parto e nascimento é uma temática de grande interesse atualmente. Com base na proposta de humanização, o desenvolvimento das boas práticas na assistência à parturição prevê atitudes e comportamentos dos trabalhadores da saúde que contribuam para reforçar o caráter de atenção à saúde como um direito de todas as mulheres. Entretanto, a realidade de muitos serviços de saúde demonstra resistência a essas recomendações, principalmente nos Centros Obstétricos, culminando em violência obstétrica, que pode ser classificada por qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres expresso através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos. O presente estudo tem como objetivo descrever a prática de atenção ao parto na visão das puérperas assistidas no Hospital Municipal de Anajás, no Pará. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado na clínica obstétrica do hospital sede do estudo, com puérperas de parto normal internadas por meio do preenchimento de um questionário semiestruturado com perguntas fechadas e analisados através de estatística descritiva. Observou-se que a maior parte das mulheres passaram por algum tipo de violência obstétrica durante o período parturitivo, dentre elas: falta do acompanhante, ausência de permissão e esclarecimentos sobre intervenções e procedimentos realizados e imposições na posição de parir. Conclui-se, portanto que, a manutenção de algumas intervenções e restrições, divergentes aos manuais do Ministério da Saúde sobre a assistência ao parto e nascimento, onde os protagonistas da manutenção de tais práticas, em sua grande maioria, são pertencentes à equipe de enfermagem. No entanto, foram encontradas respostas positivas entre as mulheres a respeito do sentimento no pós-parto.

Palavras-chaves: Violência obstétrica. Assistência ao parto. Profissionais de Saúde. Política de humanização.

*Graduando da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará

**Orientadora Prof^ª. MSc. Elisângela da Silva Ferreira

ABSTRACT

The search for humanized care in childbirth and birth is a subject of great interest today. Based on the proposal of humanization, the development of good practices in parturition care foresees the attitudes and behaviors of health workers that contribute to strengthening the character of health care as a right of all women. However, the reality of many health services demonstrates resistance to these recommendations, especially in obstetric centers, culminating in obstetric violence, which can be classified by any act performed by health professionals in what refers to the body and the reproductive processes of women expressed through of dehumanized attention, abuse of interventionist actions, medicalization and the pathological transformation of physiological parturition processes. The present study aims to describe the practice of attention to childbirth in the view of puerperal assistants at the Municipal Hospital of Anajás, Pará. This is a descriptive, cross-sectional study of a quantitative approach performed at the obstetric clinic of the host hospital of the study, with normal puerperal deliveries hospitalized through the filling of a semi-structured questionnaire with closed questions and analyzed through descriptive statistics. It was observed that the majority of women experienced some type of obstetric violence during the parturition period, among them: absence of the companion, absence of permission and clarifications on interventions and procedures performed and impositions in the position of giving birth. It is concluded, therefore, that the maintenance of some interventions and restrictions, divergent to the manuals of the Ministry of Health on the delivery and birth care, where the protagonists of the maintenance of such practices, for the most part, belong to the nursing team. However, positive responses were found among women regarding postpartum feeling.

Key-words: Obstetric violence. Delivery assistance. Health professionals. Humanization policy.

1 INTRODUÇÃO

O parto é um evento fisiológico que faz parte da sexualidade feminina. É uma função natural do corpo da mulher que encerra o período de gravidez, trazendo a luz um novo ser. O ato de parir é instintivo, tanto que “algumas mulheres, deixadas a própria mercê, vão instintivamente saber o que fazer durante o trabalho de parto” (BALASKAS, 2008, p.20).

Segundo Gallo et al. (2011), apesar de fisiológico, o trabalho de parto é caracterizado por alterações mecânicas e hormonais que promovem contrações uterinas, resultando na dor, dilatação do colo uterino e descida da apresentação fetal, a dor pode ser intensificada pelo estado emocional da parturiente e por fatores ambientais. Nesse contexto o parto é um evento natural, que necessita de cuidados e não de controle, é nesse momento que a mulher vai realizar o exercício de seu protagonismo, porém, o que se evidencia ainda são as complicações causadas justamente pelo avanço e pelo uso abusivo de técnicas e procedimentos, generalizando o corpo feminino.

Entretanto, Pasche, Vilela e Martins (2010) afirmam que as práticas hospitalares submetem a mulher a normas e rotinas rígidas, que não respeitam o seu corpo e a impede de exercer seu protagonismo.

As tecnologias usadas nos hospitais para prevenir morbidade e mortalidade na assistência aos partos de risco, são em contrapartida, as causadoras de complicações por meio da generalização de sua necessidade e uso abusivo de técnicas e procedimentos (SODRÉ; LACERDA, 2007).

A fim de minimizar as intervenções, muitas vezes desnecessárias, realizadas durante o trabalho de parto e parto, e todo ciclo gestacional e puerperal, o Ministério da Saúde incentiva uma assistência humanizada, no qual teve início, em 1984, com a instituição do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) na perspectiva de oferecer as mulheres uma assistência mais qualificada em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2001).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), para que a humanização aconteça há a necessidade de uma adequação física e equipamentos hospitalares, além da mudança na postura dos profissionais de saúde, baseando-se na proposta de três conceitos: resgatar o protagonismo da mulher; ter uma visão integrativa e interdisciplinar do parto, valorizando os aspectos emocionais, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais desse processo; vinculação com a Medicina Baseada em Evidências (MBE), deixando claro que o movimento de “Humanização do Nascimento” é fundamentado na razão e na pesquisa científica, e não em crenças religiosas, ideias místicas ou pressupostos fantasiosos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015), todas as mulheres têm direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. A esse desrespeito à mulher, seu corpo e seus processos reprodutivos podemos definir como violência obstétrica.

A violência obstétrica ocorre através do tratamento desumano, transformação de processos naturais do parto em doença ou abuso da medicalização, negando às mulheres a possibilidade de decidir sobre seu corpo (WHO, 2015).

O termo violência obstétrica, não tem um conceito único, nem pode ser definido em termos legais devido à falta de instâncias específicas que penalizem os maus-tratos e processos desnecessários aos quais a maioria das mulheres brasileiras é submetida. Destacando assim, a necessidade de uma conceituação de violência obstétrica preferencialmente em documentos legais que a definam e a criminalizem, fato que auxiliará na identificação e enfrentamento dessas situações (ZANARDO et al., 2017).

Andrade e Aggio (2014) classificam por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos.

Um dos tipos de violência obstétrica mais comum é a institucional, aquela que é realizada no âmbito da assistência hospitalar, mais precisamente pré-natal e maternidades. Aguiar e Oliveira (2011, p. 80), consideram que:

A violência institucional nas maternidades públicas do Brasil é definida, em parte, por uma violência de gênero, que transforma diferenças – ser mulher, pobre e de baixa escolaridade – em desigualdades, uma relação hierárquica na qual a paciente é tratada como um objeto de intervenção profissional, e não um sujeito de seus próprios atos e decisões sobre o que lhe acontece.

Com isso, para muitas mulheres o parto está associado a inúmeras denúncias quanto à violação de direitos humanos, quando práticas hospitalares. O parto, diferentemente das outras questões sobre a maternidade, toma o espaço, não só por ser o grande ápice da maternidade mais por ter se tornado uma questão de violência, que vai além do íntimo e privado, perpetuando as políticas dentro da discussão sobre saúde pública, saúde da mulher do bebê e feminismos (MIRANDA, 2015).

O presente estudo busca fazer uma análise das práticas de atenção à mulher na assistência ao trabalho de parto e parto, focando na prática da violência obstétrica sofrida por mulheres e ocasionada pelos profissionais da saúde em seu atendimento.

1.1 PROBLEMA

Pesquisas vêm apontando que 25% (vinte e cinco por cento) das mulheres sofrem violência no parto (MIRANDA, 2015). Dentro desse quadro destaca-se o alto índice de cesariana, realizadas sem as devidas orientações, ou até mesmo de forma desnecessária.

O país lidera o *ranking* mundial de cesáreas e tem que reduzir drasticamente essa taxa para se adequar às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelecem que até 15% dos nascimentos podem ser operatórios. Mulheres foram e continuam sendo submetidas a uma cirurgia de grande porte sem necessidade e sem esclarecimento adequado dos riscos e complicações inerentes ao procedimento (CIELLO et al., 2012, p.08).

Para Silva et al. (2014), a prática de desrespeito e abuso no pré-natal ou no parto são violações de inúmeros dos direitos humano das mulheres, os quais são baseados em instrumentos de direitos humanos universais. Frenkel (1994 apud SILVA, 2014, p.821) destaca alguns desses direitos os quais estão incluindo: Declaração Universal dos Direitos Humanos; Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; Pacto Internacional Sobre Direitos Civis e Político; Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher; Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres.

Para que os direitos das parturiente sejam atendidos e que as mesmas sejam bem assistidas durante o trabalho de parto e parto, cabe aos profissionais da saúde seguir as recomendações do Ministério da Saúde quanto à Política Nacional de Humanização. Para Andrade e Aggio (2014), o conceito de atenção humanizada durante a parturição engloba conhecimentos, práticas e atitudes que têm em vista garantir o parto e nascimento saudáveis, levando em consideração a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal.

Conforme Ciello et al. (2012, p.7), “o parto e o nascimento de um filho são eventos marcantes na vida de uma mulher, porém, muitas vezes, é vista como uma experiência traumática, na qual a mulher se sentiu agredida, desrespeitada e violentada por aqueles que deveriam estar lhe prestando assistência”.

A pesquisa intitulada “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e nascimento”, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, com 23.894 mulheres que pariram em maternidades públicas, privadas e mistas (maternidades privadas conveniadas com o Sistema Único de Saúde – SUS) e incluiu 266 hospitais de médio e grande porte, localizadas em 191 municípios, contemplando as capitais e também cidades do interior de todos os estados do Brasil, revela um panorama nacional sobre a situação da atenção ao parto e nascimento no Brasil e demonstrou a situação de violência pela qual passam algumas mulheres que procuram assistência à saúde durante o ciclo gravídico-puerperal (LEAL; GAMA, 2014).

A pesquisa Nascer no Brasil (FIOCRUZ, 2012), aponta que a maioria das brasileiras perde autonomia no momento do parto, ficando elas sujeitas a intervenções desnecessárias, além de demonstrar que variáveis como cor

de pele, escolaridade, região demográfica, atendimento proveniente de setor público ou privado podem significar diferença no atendimento e concomitante a isso na satisfação das parturientes em relação à experiência de parto.

No período como acadêmico de enfermagem da Universidade Federal do Pará houve contato com uma abordagem mais humanizada da assistência às mulheres em trabalho de parto e parto, e no mesmo período enquanto gestor do Hospital Municipal do Município de Anajás, no Pará, iniciou uma reflexão sobre as ações e condutas realizadas pelos profissionais que assistem as parturientes nesta instituição, até então desconhecidos como violentos, não pela sua existência, mas quanto ao conceito de violência obstétrica. Portanto, surgiu a inquietação e interesse em estudar mais sobre o tema, além de pesquisar e conhecer se tais práticas estão sendo realizadas na Instituição e se as mesmas são reconhecidas pelas puérperas como atos violentos.

Em vista disso, o presente estudo visa testar as seguintes hipóteses:

- As puérperas assistidas na maternidade do Hospital Municipal do Município de Anajás são, na maioria, de baixa escolaridade e condições socioeconômica, jovens e primíparas;
- As ações mais comuns realizadas pelos profissionais de saúde no local do estudo, durante a assistência do trabalho de parto e parto, que não estão de acordo com o preconizado pela Política de Humanização do Parto e Nascimento, são episiotomia e uso rotineiro de ocitócicos;
- As ações, situações e atitudes desenvolvidas no processo parturitivo que são caracterizadas como violência, na perspectiva das puérperas, são de ordem física;
- A maioria das puérperas não está satisfeita com a assistência recebida pelos profissionais no trabalho de parto e parto na maternidade estudada.

1.2 JUSTIFICATIVA

A busca pelo cuidado humanizado no parto e nascimento é uma temática de grande interesse atualmente, ainda que os caminhos percorridos para se alcançar tal objetivo seja um grande desafio. Portanto, com base na proposta de humanização, o desenvolvimento dessas práticas na assistência à parturição prevê atitudes e comportamentos dos trabalhadores da saúde que contribuam para reforçar o caráter de atenção à saúde como um direito de todas as mulheres (SILVA et al., 2014).

Nessa perspectiva busca-se cada vez mais incentivar o parto humanizado pautado nos princípios do respeito ao atendimento as parturientes. Para a Organização Mundial de saúde (OMS), humanizar o parto é adotar um conjunto de condutas e procedimento que promovem o parto e o nascimento saudáveis, pois respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou de risco para mãe e feto (CARVALHO, 2007).

É importante, que resultados de estudos como este cheguem às mulheres, e que a sociedade reconheça na assistência à saúde práticas inadequadas e que se caracterizam como violência, para que possam identificar ações e exijam cuidado e tratamento de qualidade.

Este estudo se torna relevante para estimular a compreensão dos profissionais de saúde quanto ao protagonismo da mulher no trabalho de parto e parto, levando a reflexão sobre suas condutas e contribuindo para melhorar sua atuação. Sua importância é de disseminar o conhecimento dessas práticas a sociedade e a academia contribuindo para melhorar a qualidade da assistência ao parto e que, conjuntamente, instituições e profissionais promovam mudanças assistenciais, a fim de resgatar o protagonismo da mulher dentro de um cenário humanizado.

Destaca-se a relevância deste estudo, haja vista que, conhecer e reconhecer práticas assistenciais como violência obstétrica, pode ser de grande valia para a mudança nas condutas obstétricas, bem como nas rotinas hospitalares. Além disso, não há registros de estudos realizados sobre este tema no município de Anajás e, apesar de haver um número elevado de nascimentos na região, não há registro e publicação sobre como as mulheres são assistidas pelos profissionais de saúde no período gravídico-puerperal, sendo possível, desta forma, detectar possíveis incoerências na assistência com a Política de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde. O resultado desse estudo também pode servir para planejar e adequar a assistência pelos profissionais e gestores da saúde do município contribuindo como fonte de conhecimento para a área e direcionamento de futuras publicações.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Descrever a prática de atenção ao parto na visão das puérperas assistidas no Hospital Municipal do Município de Anajás, no Pará.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas assistidas na maternidade do Hospital Municipal do Município de Anajás, no Pará;
- Pontuar as ações mais comuns realizadas pelos profissionais de saúde, durante a assistência do trabalho de parto e parto, consideradas violência obstétrica, de acordo com o preconizado pela Política de Humanização do Parto e Nascimento;
- Identificar a ocorrência e reconhecimento da violência obstétrica nas puérperas atendidas na maternidade sede do estudo;
- Descrever o índice de satisfação pela assistência recebida pelos profissionais de saúde na opinião das participantes do estudo.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO: MODELO INTERVENCIONISTA E MEDICALIZADO

O cuidado prestado à mulher no processo parturitivo sofreram modificações significativas principalmente a partir do século 20, com a institucionalização da assistência, passando a predominar o parto hospitalar. O processo de hospitalização do parto foi fundamental para a apropriação do saber nesta área pelo profissional médico, culminando com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino. O preço da melhoria das condições do parto foi a sua desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento. Desse modo, a apropriação do saber médico e as práticas médicas constituíram fatores determinantes para a institucionalização do parto e a transformação da mulher em propriedade institucional no processo do parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Pode-se constatar que o modelo de assistência à saúde no Brasil privilegiou e consolidou as práticas curativas médico-hospitalares individuais, tanto que em um estudo realizado em Rio Grande, a taxa de cesariana já ultrapassa metade de todos os partos. No setor privado, a prevalência de cesarianas é bem maior que no setor público. Isto pode ser atribuído muito mais a diferentes preferências de médicos e parturientes do que propriamente a complicações clínicas na gestação e parto, existe com isso a necessidade de diminuir o número de intervenção sem necessidade clínica que está além do preconiza as políticas de saúde pública (CESAR et al., 2011).

Gama et al. (2009) constatou em seu estudo que o processo educativo na atenção pré-natal não vem sendo ampla e eficazmente utilizado. Esse desconhecimento feminino sobre os seus processos corporais - elemento que perpassa os grupos pesquisados - contribui para que as mulheres tenham dificuldades em protagonizar seus eventos corporais e tomar decisões e escolhas conscientes sobre eles. isso contribui ainda mais para fortalecimento do modelo institucionalizado de atenção ao parto.

2.2 A VALORIZAÇÃO DO PARTO COMO EVENTO FISIOLÓGICO E O PROTAGONISMO DA MULHER

No Brasil, o parto humanizado que visa busca colocar a mulher como protagonista de sua própria experiência vem ganhando terreno a começar pelas políticas públicas que tem a finalidade de seguir publicizando experiências de apoio em humanização Brasil a fora, na medida em que as elas são consideradas e reconhecidas como componentes do rol das experimentações de um “SUS que dá certo”. Um dos planos voltado para essa temática é o Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia legal e Nordeste Brasileiros (PqM), que serviu de baliza para a concepção do processo de

trabalho da Rede Cegonha (RC), que foi lançada em 2011 pelo governo federal, configurando-se como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Em outros termos, com o funcionamento do PqM e posteriormente da RC, buscou-se e ainda se busca criar condições políticas, institucionais e técnicas para mudanças de processos de trabalho, tendo em vista a qualificação da gestão e da atenção materna e infantil, a humanização do cuidado, a garantia de direitos das/dos usuárias/os e a redução das taxas de mortalidade infantil (neonatal) e materna, inclusive resgatar o protagonismo da mulher no parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Existem estudos como, "PARTO E NASCIMENTO: SABERES E PRÁTICAS HUMANIZADAS", onde a autonomia feminina emergiu na fala dos entrevistados no contexto da conceituação da humanização no parto e nascimento o que evidencia a ideia de liberdade de escolha e a capacidade de exercício ativo de si. Vejamos alguns depoimentos de profissionais da saúde sujeitos da entrevista onde se evidencia essa questão:

Visam o respeito à autonomia da mulher, dando condições para o empoderamento feminino; o respeito incondicional às crenças, valores e saberes da mulher/casal durante o processo gestacional e a promoção da autonomia e poder da mulher gestante no trabalho de parto e cuidados com o RN [recém-nascido]; o reconhecimento do saber feminino, da capacidade de gestar e parir, aceitando o protagonismo da mulher. Colocando todas as práticas, rotinas e tecnologias à disposição desta mulher; o respeito à mulher/gestante/puérpera quanto à liberdade de suas ações e desejos, excluindo protocolos ineficazes e valorizando a mulher como condutora do parto (MALHEIROS et al., 2012, p. 332).

Nesse contexto, o modelo da humanização do parto e nascimento encontrou apoio na Organização Mundial de Saúde (OMS), que já em 1985, publicava o documento "Tecnologia Apropriada para Partos e Nascimentos", enfatizando os direitos da população em relação à assistência pré-natal (PN) e à informação sobre as várias tecnologias utilizadas no parto, descrevendo o papel das instituições de saúde em relação ao nascimento e fazendo críticas ao modelo biomédico, inclusive questionando a cientificidade das tecnologias e intervenções utilizadas no parto como rotina (OMS, 1996).

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas

desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Para o Ministério da Saúde (2013) humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

A PNH tem como diretriz atuar a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, norteados por conceitos como o colhimento que é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde; gestão participativa e cogestão que expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo; ambiência que se traduz proporcionar e criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas; clínica ampliada e compartilhada, ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença; valorização do trabalhador que levará em consideração a experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho; defesa dos direitos dos usuários, parte do princípio de que os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Um estudo de avaliação preliminar dos indicadores gerados em dois anos referentes ao programa de humanização do pré-natal (PHPN), apenas para pequena parcela das mulheres cadastradas houve registro do cumprimento integral dos critérios. A maioria das mulheres recebeu assistência desarticulada e parcial. Menos de 25% das mulheres cadastradas teve seis ou mais consultas. Os pontos de estrangulamento detectados na atenção chamam atenção para a necessidade de melhoras nas políticas públicas de humanização para que com isso se possa garantir com maior eficácia os direitos dos usuários à uma assistência de qualidade e humanizada (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

2.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica (VO) pode ser entendida por qualquer tipo de violência que as mulheres sofrem durante a gestação e o parto. Frases humilhantes e repetitivas, a não explicação sobre o procedimento em que a gestante será submetida, que vão se reproduzindo de uma geração de médicos a outra, em forma de piadas, e que humilham, toques desnecessários e repetitivos, exposição do corpo da mulher em meio a maternidade, impedimento de se alimentar, o processo de institucionalização do parto que reforça a medicalização do corpo feminino, perpetuando assim a VO (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Antes as práticas violentas na assistência ao parto permaneciam ainda muito invisíveis à maioria das gestantes, profissionais de saúde e gestores. Por outro lado, de maneira complementar e decisiva, a violência institucional durante a assistência ao parto e nascimento passou a ser melhor investigada, no Brasil, por pressão direta do movimento de mulheres e profissionais em prol da humanização do parto. Até então, as práticas consideradas violentas que aconteciam no âmbito da assistência ao parto eram consideradas formas de violência institucional e, portanto, designadas como “violência institucional em maternidades” ou ainda “violência no parto”. Após estudos em que puérperas entrevistadas identificaram as práticas consideradas por elas como violentas, o movimento social de mulheres, e, especificamente, o de mulheres mães, passou a problematizar coletivamente a questão numa escala ainda não vista anteriormente. Foi quando, pela primeira vez no país, passou-se a utilizar a expressão “violência obstétrica”, cunhada, portanto, pelo movimento de mulheres, e, só a partir de então, incorporada na produção científica nacional atual (DINIZ et al., 2015).

Ressalta-se que a VO é ainda pouco reconhecida enquanto um ato violento, pois no mesmo momento que ela ocorre, as mulheres estão vivenciando marcantes emoções, que as fazem se calar, sendo necessário abordar os direitos da mulher durante a gestação, parto e pós-parto, especialmente nas consultas de pré-natais, onde tem-se a oportunidade de abordar os variados assuntos e, instrumentaliza-la para à tomada de decisões no que se refere ao seu corpo e a sua parturição, e que ela possa argumentar e denunciar situações de desrespeito (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Segundo Sena e Tesser (2017, p. 217), o Teste da Violência Obstétrica e o vídeo documentário “Violência obstétrica – a voz das brasileiras” contribuíram para mobilizações, debates e reflexões necessários no sentido de ajudar a tirar a violência obstétrica da invisibilidade. Além disso, contribuíram para o engajamento de diferentes setores da coletividade, por meio da comoção gerada pela divulgação de seus resultados na mídia tradicional, na exigência do cumprimento de políticas públicas que ajudem a garantir a segurança e a humanização da assistência ao parto no Brasil, além de incentivar uma agenda política que inclua o enfrentamento da violência obstétrica como estratégia de respeito aos direitos reprodutivos das mulheres. Ademais, tais ações parecem ter fortalecido a eficácia e assertividade da utilização das mídias alternativas mediadas pela internet como ferramenta de democratização da produção e acesso à informação sobre a saúde da mulher, no caso, sobre violência obstétrica, o que é de fundamental importância para que as mulheres possam participar das decisões que dizem respeito aos seus corpos, sua vida e sua saúde. Os resultados produzidos por ambas as ações incentivam novos usos da internet não somente como

estratégias para a promoção da saúde da mulher, maior empoderamento feminino e participação política, como, também, para novas pesquisas sobre o tema.

No entanto, a utilização de tecnologia mais avançada de informação, temos como exemplo a internet, como ferramenta para promover a conscientização, discussão e quebra da invisibilidade da VO tem se mostrado eficaz e estratégico em função dos benefícios que a participação em ações via internet pode trazer às mulheres que a viveram (SENA; TESSER, 2017).

Segundo a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013), são consideradas VO as situações relacionadas abaixo e ainda orienta as vítimas que denuncie tais violências:

Antes do parto

- Desrespeitar, ofender, humilhar ou constranger a gestante em qualquer momento do pré-natal, parto ou puerpério por sua cor, raça, etnia, religião, idade, condição socioeconômica, orientação sexual, escolaridade, estado civil ou qualquer outro motivo;
- Negligenciar, recusar ou impor dificuldades para atendimento pré-natal de qualidade;
- Agendar uma cesariana sem o consentimento esclarecido da gestante, sem um motivo científico comprovado ou por conveniência à equipe médica, bem como usar falsos pretextos e inverdades para induzir a escolha da gestante por cesariana;
- Durante o parto;
- Recusar admissão no hospital ou maternidade de mulheres em trabalho de parto;
- Impedir a entrada de um acompanhante de confiança da parturiente durante o parto, seja ele normal ou cesárea;
- Utilizar de qualquer procedimento médico sem o consentimento esclarecido da mulher – ela deve saber exatamente a função, os riscos e consequências de tudo o que for feito com seu corpo (inclui-se aplicação de medicamentos via intravenosa, uso de hormônios para acelerar o parto, exames de toque, uso de instrumentos, entre outros);
- Usar qualquer tipo de procedimento desnecessário e que cause dor ou desconforto à parturiente, como exames de toques sucessivos por diferentes pessoas, privação de alimentos e de água, imobilização de braços e pernas, tricotomia (raspagem dos pelos), lavagem intestinal, entre outros;
- Realizar a episiotomia (corte entre a vagina e o ânus, altamente desencorajada pela Organização Mundial da Saúde por sua inutilidade e difícil cicatrização);
- Dizer qualquer coisa que inferiorize, denigre, ofenda ou humilhe a parturiente, assim como provocar medo, insegurança, vulnerabilidade, alienação ou ferir a dignidade e a integridade da mulher de qualquer forma;
- Desrespeitar o direito da mulher à privacidade, permitindo a entrada de pessoas não autorizadas na sala de parto, deixando a mulher exposta (manter a porta da sala aberta, por exemplo) ou revelando informações confidenciais para terceiros;

- Negar alívio da dor por meio de anestésias se a parturiente assim solicitar;
- Impedir que a mulher se movimente no trabalho de parto, exigindo que ela fique em decúbito dorsal (deitada de barriga para cima na mesa ginecológica);
- Não permitir que ela encontre a posição em que ela se sinta mais confortável;
- Utilizar a Manobra de Kristeller – procedimento proibido em vários países e desencorajado pela OMS – que consiste em aplicar pressão no fundo do útero a fim de acelerar o nascimento.

Após o parto

- Afastar o bebê saudável da mãe após o parto, sem nenhuma justificativa, bem como impedir o alojamento do bebê junto com a mãe sem necessidade médica;
- Impedir a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido.

2.4.1 Violência física e psíquica

A violência sempre fez parte da experiência humana, sendo que seus efeitos podem ser vistos em todas as partes do mundo. A cada ano, mais de 1,6 milhões de pessoas perdem a vida e muitas sofrem lesões decorrentes da violência auto infligida, interpessoal ou coletiva. Em decorrência desses fatores a OMS definiu como uma de suas prioridades a caracterização dos diferentes tipos de violência, de suas causas, bem como o dimensionamento de sua magnitude, entendendo essas informações como vitais para o enfrentamento do problema, principalmente a partir de um enfoque preventivo. Nesta direção, em 2002 foi divulgado o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, no mesmo relatório a violência é definida como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. seguindo essa linha de raciocínio a violência pode envolver atos de natureza física, psicológica, sexual ou de negligência e privações. (KRUG et al., 2002 Apud GONTIJO et al., 2010).

Trazendo a violência para a área de obstetrícia é fácil identificar as mesmas de caráter físico: ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas. Exemplos: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada, e as de caráter psicológico: toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Exemplos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens,

ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais (CIELLO et al., 2012).

O site jornalístico “Pragmatismo Político”, faz uma reportagem sobre violência física e psíquica que mulheres sofreram dentro de instituições hospitalares. Na reportagem “Na hora de fazer, não gritou”, , Essa frase, ouvida por muitas mulheres na hora do parto, é uma das tantas caras da violência psíquica. O mesmo site faz referência do documentário “Violência Obstétrica – A voz das brasileiras” com depoimentos gravados pelas próprias mulheres sobre os mais variados tipos de humilhação e procedimentos invasivos vividos por elas no momento do parto. Uma das participantes diz que os profissionais fizeram comentários “sobre o cheiro de churrasco da barriga durante a cesárea”. Mas talvez o relato mais triste seja o da mineira Ana Paula, que após planejar um parto natural, foi ao hospital com uma complicação e, sem qualquer explicação por parte dos profissionais, foi anestesiada, amarrada na cama, mesmo sob protestos, submetida a episiotomia, separada da filha, largada por várias horas em uma sala sem o marido e sem informações. Para prevenir a violência no parto, infelizmente comum, a advogada aconselha que as mulheres escrevam uma carta de intenções com os procedimentos que aceitam e não aceitam durante a internação. “Faça a equipe assinar assim que chegar ao hospital. E antes de sair do hospital, requisite seu prontuário e o do bebê. É um direito que muitas mulheres desconhecem. Isso é mais importante do que a mala da maternidade, fraldas e roupas. Estamos falando de algo que pode te marcar para o resto da vida” (PRAGMATISMO POLÍTICO, 2013).

2.4.2 Procedimentos considerados violentos

Dentre os casos mais graves de procedimentos obstétricos considerados violentos, está a realização de episiotomia (corte entre a vagina e o ânus feito como procedimento padrão, ainda que estudos recentes garantam a inutilidade do procedimento – considerado por muitos uma “mutilação genital”) e a Manobra de Kristeller (procedimento no qual uma pessoa – enfermeira ou médico – aplica pressão no fundo do útero, podendo causar rompimento de órgãos da mãe e fraturas no bebê), ambos os procedimentos desencorajados pela Organização Mundial da Saúde (MACEDO, 2015).

Segundo Dossiê (2012), a episiotomia é uma cirurgia realizada na vulva, algumas vezes sem anestesia que afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris.

Existem outros procedimentos que com base no panfleto organizado pela Defensoria pública do Estado de São Paulo (2013), são considerados violentos e ainda pede que a vítima de tais violências denuncie se sofreram imprudências, negligências e ou imperícias como:

- Cesariana sem o consentimento esclarecido da gestante, sem um motivo científico comprovado ou por conveniência à equipe médica, bem como usar falsos pretextos e inverdades para induzir a escolha da gestante por cesariana;
- Utilizar de qualquer procedimento médico sem o consentimento esclarecido da mulher – ela deve saber exatamente a função, os riscos e consequências de tudo o que for feito com seu corpo;
- Exames de toques sucessivos por diferentes pessoas, privação de alimentos e de água, imobilização de braços e pernas, tricotomia (raspagem dos pelos), lavagem intestinal, entre outros;
- Realizar a episiotomia (corte entre a vagina e o ânus, altamente desencorajada pela Organização Mundial da Saúde por sua inutilidade e difícil cicatrização);
- Impedir que a mulher se movimente no trabalho de parto, exigindo que ela fique em decúbito dorsal (deitada de barriga para cima na mesa ginecológica) e não permitir que ela encontre a posição em que ela se sinta mais confortável;
- Utilizar a Manobra de Kristeller – procedimento proibido em vários países e desencorajado pela OMS – que consiste em aplicar pressão no fundo do útero a fim de acelerar o nascimento.

Os procedimentos obstétricos se realizados conforme descrito pela OMS, contemplam um atendimento de qualidade, sem necessidade de intervenções desnecessária, como os altos índices de casos de cesarianas, além da redução de mortalidade neonatal. Para que a parturiente seja bem assistida neste momento peculiar de sua vida, cabe aos profissionais da saúde a criação e utilização de conhecimentos científicos sistematizados e direcionados para a necessidade individual (SILVA et al., 2014).

METODOLOGIA

2.4 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa.

Rodrigues (2007) conceitua pesquisa descritiva como aquela que estuda fatos observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador, utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados (questionário e observação sistemática). Este mesmo autor define estudos transversais como aqueles que descrevem os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e suas histórias de exposição a fatores causais suspeitos. Para ele a pesquisa quantitativa traduz em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas e utilizam-se técnicas estatísticas.

2.5 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no Hospital Municipal de Anajás, no estado do Pará. Este hospital é composto por 20 (vinte) leitos, sendo que destes, 04 (quatro) fazem parte da clínica obstétrica, 02 (dois) leitos da cirurgia geral, 09 (nove) leitos da clínica geral, 01 (um) leito de isolamento, 05 (cinco) leitos da clínica pediátrica (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANAJÁS, 2016).

Na referida instituição existem 01 (um) centro cirúrgico com 01 (uma) sala; 2 (dois) leitos de pré-parto; 01 (uma) sala de parto; 01 (um) setor de urgência e emergência com quatro leitos, 01 (uma) sala de curativo e 01 (uma) sala de injetáveis funcionais, porém, não cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANAJÁS, 2016).

De acordo com dados do arquivo do Hospital Municipal de Anajás, a instituição realizou no período de 2009 a 2015 um total de 3.725 (três mil setecentos e vinte e cinco) partos entre cesariana e parto normal, uma média de mais de 532 partos mensal, sendo que aproximadamente 92% dos partos foram por via vaginal (HOSPITAL MUNICIPAL DE ANAJÁS, 2016).

3.3 PÚBLICO ALVO E AMOSTRAGEM

A pesquisa foi realizada com puérperas de parto normal internadas na clínica obstétrica do Hospital em estudo.

Foram incluídas neste estudo as puérperas de filhos vivos, em boas condições clínicas, físicas e psicológicas, que concordaram em fazer parte da pesquisa.

Foram excluídas da pesquisa as puérperas de cesariana, em pós-parto de óbito fetal e as que não se encontravam em condições físicas, clínicas e psicológicas para participação na pesquisa.

A escolha dos sujeitos da pesquisa deu-se de forma aleatória durante o período de coleta deste estudo.

3.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2016 a abril de 2017, através do preenchimento de um questionário semiestruturado com perguntas fechadas e objetivas, elaborado pelo próprio pesquisador (APÊNDICE A), contemplando variáveis sócio-demográficas e obstétricas para a caracterização das participantes como: idade, escolaridade, profissão, estado civil, renda familiar; números de gestações; número de filhos, além de questões sobre ações realizadas durante o trabalho de parto e parto pelos profissionais de saúde. Tal instrumento foi respondido individualmente pelas participantes da pesquisa e preenchido pelo pesquisador.

Para suporte teórico, foram realizadas buscas e consultas de artigos científicos publicados em português na base de dados do BIREME (Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), LILACS (Literatura relativa às ciências da saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Google acadêmico e Manuais publicados pelo Ministério da Saúde com base no tema deste estudo, por meio das palavras chave violência institucional, violência obstétrica, parto, pré-natal, humanização, assistência.

As puérperas foram abordadas no alojamento conjunto da Instituição e convidadas a participarem deste estudo e, ao aceitarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B). Em caso de menores de idade, seus responsáveis assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE (APÊNDICE C).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em planilhas Microsoft® Excell 2007 e analisados através de estatística descritiva, por meio de frequência absoluta e relativa.

3.6 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPA – Hospital Universitário João de Barros Barreto, localizado no município de Belém - PA, de onde obteve o consentimento legal para realização da pesquisa à luz dos princípios éticos, conforme Protocolo N° CAAE64133417.1.0000.0017 (Anexo A) realizada com autorização da Secretaria de Saúde (Anexo B) e Hospital Municipal de Anajás (Anexo C), levando-se em consideração os aspectos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos, conforme descrito na Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

Tal como ocorre em todas as pesquisas, esta pesquisa apresentou os riscos de constrangimento, quebra de sigilo e anonimato e alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante.

Entretanto o pesquisador se compromete em utilizar os dados somente para o estudo, manteve em sigilo a identificação dos entrevistados, não divulgando sua identidade e utilizando códigos numéricos para identificar as entrevistadas e informar às participantes que poderiam interromper ou desistir da pesquisa em qualquer momento.

Em contrapartida aos riscos se sobresaem aos benefícios, onde o estudo poderá proporcionar o conhecimento de possíveis atos assistências não condizentes as condutas humanizadas e com isso se poderá intervir com ações positivas e humanizadas. No entanto, o estudo fez uso de ferramentas que ocultou o máximo possível os dados colhidos das entrevistadas, a abordagem das perguntas foi direta, evitando que as mesmas relembressem de fatos que lhes trazem lembranças ruins de possíveis atos assistenciais desumanos e que causaram possíveis transtornos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 82 puérperas de parto normal, assistidas no Hospital Municipal de Anajás, no período de dezembro de 2016 a abril de 2017.

As informações referentes à idade foram agrupadas nas faixas etárias da seguinte forma: adolescentes até 19 anos, adultas jovens entre 20 a 29 anos, adultas entre 30 a 39 anos e adultas com 40 anos ou mais (idade tardia). Do total de participantes, a maioria das puérperas eram adultas jovens que se encontravam na faixa etária de 20 a 29 anos (52,4%), seguida de adolescentes (25/82) até 19 anos, conforme podemos observar na tabela 1.

Neste estudo, a variável escolaridade foi dividida de acordo com os níveis descritos na LDB (Lei 9394/96 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação), que informa que a educação escolar se compõe de: educação básica, formada pela educação infantil, ensino fundamental e ensino médio; e educação superior. Podemos observar na tabela 1 que a grande maioria (75,7%) das participantes deste estudo possuía o ensino fundamental incompleto.

Quanto à profissão/ocupação, os resultados apontaram apenas para três categorias, as que estavam relacionadas às mulheres “donas de casa” que não possuíam trabalho formal e se enquadravam como trabalhadoras domésticas, as estudantes e as que possuíam trabalho formal em órgãos públicos. Sobre essa variável, a tabela 1 demonstra que a maioria das entrevistadas (79,3%) se autodeclararam “do lar”.

A tabela 1 mostra, também, que 92,7% das puérperas eram residentes e procedentes de Anajás. Sobre o estado civil, 55% encontravam-se em união estável e 21,9% eram solteiras.

Quanto a renda familiar, os resultados apontam que 69 puérperas do total de entrevistadas (84,2%) declararam manter economicamente a si própria e sua família com menos de um salário mínimo por mês (Tabela 1).

**AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À MULHER NO ATENDIMENTO
AO PARTO EM UM HOSPITAL MUNICIPAL NO MUNICÍPIO
DE ANAJÁS: um olhar na violência obstétrica**



ISSN 2525-9326

Tabela 1 - Distribuição das puérperas assistidas na maternidade do Hospital Municipal de Anajás – Pará de acordo com as variáveis sócio-econômicas e demográficas, 2017.

Variáveis	Descrição	N	%
Faixa etária	Até 19 anos	25	30,5
	20 a 29 anos	43	52,4
	30 a 39 anos	11	13,4
	40 anos ou mais	03	3,7
Escolaridade	Fundamental incompleto	62	75,7
	Fundamental completo	06	7,3
	Médio incompleto	06	7,3
	Médio completo	06	7,3
	Superior incompleto	02	2,4
Profissão/Ocupação	Do lar	65	79,3
	Estudante	15	18,3
	Funcionário público	02	2,4
Procedência	Anajás (PA)	76	92,7
	Ponta de Pedras (PA)	03	3,7
	Chaves (PA)	02	2,4
	Melgaço (PA)	01	1,2
Estado Civil	Solteiro	18	21,9
	Casado	07	8,5
	União Estável	45	55,0
	Sem registro	12	14,6
Renda Familiar	Até 01 salário mínimo	69	84,2
	De 01 a 02 salários mínimos	11	13,4
	De 02 a 03 salários mínimos	02	2,4
Total		82	100

Fonte: instrumento de coleta de dados, 2017.

Os percentuais observados referentes à faixa etária foram semelhantes aos encontrados por um estudo realizado em Maringá – PR, onde predominaram mulheres em idade reprodutiva favorável e relativamente jovens (72,5%), pois a idade média foi de 25 anos, seguido de puérperas adolescentes (17,2%) e, somente 10,3%, apresentaram idade igual ou superior a 35 anos (NOVAES et al., 2015).

Um outro estudo, mais recente, realizado por Medeiros et al. (2016) na Maternidade Dr. Peregrino Filho, localizada no município de Patos – PB, também apontou prevalência de puérperas em idade reprodutiva favorável entre 18 a 29 anos (95,18%), isso mostra que, além de primíparas, a maioria era jovem. Acredita-se que esse fato

possa influenciar na pouca experiência e conhecimento a respeito de cuidados com a saúde, colaboração no parto e conhecimento sobre o que é violência obstétrica.

Segundo o Ministério da Saúde, em 2015, o percentual de mães adolescentes entre 10 a 19 anos, no município de Anajás, foi de 29,64%, sendo a maioria de mulheres em idade reprodutiva favorável, entre 18 a 29 anos, (81,40%). Os números estão próximos aos observados no presente estudo reforçando, assim, uma maior ocorrência de mães adolescentes e adultas jovens, podendo reforçar a possibilidade de situações desagradáveis no momento do trabalho de parto e parto, facilitados pela pouca experiência devido à pouca idade dessas mulheres.

Neste estudo o nível de escolaridade foi semelhante ao estudo realizado por Medeiros et al. (2016). Esses autores afirmam que a escolaridade pode favorecer ou dificultar a interpretação de uma intervenção terapêutica, ou em diferenciar o que é uma intervenção abusiva e o que de fato é natural. Para eles, a escolaridade pode contribuir positivamente ou negativamente para o conhecimento acerca do processo de trabalho de parto e diante da correta interpretação de todo o processo de parto.

Campos, Almeida e Santos (2014) afirmam que o nível de escolaridade abaixo da média, associado à baixa renda, podem ser vistos como um motivo de preocupação no que diz respeito ao grau de informação e orientação que as gestantes têm, podendo o pouco conhecimento intervir diretamente na sua qualidade de vida. Além disso, para eles, fica entendido que assim como a escolaridade é um fator determinante na melhoria das condições de vida das gestantes, o trabalho também define suas perspectivas futuras e, por isso, a importância do quesito renda em suas vidas.

Observou-se, na presente investigação, que a maioria das puérperas entrevistadas se autodeclaravam “do lar” e, portanto, não exerciam atividades remuneradas. Segundo Gonçalves et al. (2012), tal fator pode ser justificado pela responsabilidade com a guarda, cuidado e educação dos filhos na família, além das poucas oportunidades no mercado de trabalho, ausência de creches e baixos rendimentos oferecidos, que acabam por não compensar financeiramente os gastos de sua saída de casa.

É notável que o município de Anajás, até mesmo por se tratar de uma cidade considerada pequena, não dispõe de creches, a economia é baseada em atividades de extrativismo de subsistência, o movimento financeiro dá-se em grande parte pelos servidores municipais, portanto, poucas são as oportunidades de trabalho e, as que existem, geralmente estão relacionadas com empregos temporários pela prefeitura do município.

Sobre o estado civil, o estudo de Novaes et al. (2016) revelou que a maioria das participantes convivia com companheiro, resultado semelhante a este que demonstrou a maioria vivendo em união estável. Estes autores salientam que a importância de investigar a situação conjugal se pauta no possível apoio econômico e psicossocial à gestante com situação estável. Sobre isso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) aponta que a situação conjugal insegura é um dos fatores de risco reprodutivo.

Em relação às variáveis obstétricas, o presente estudo demonstra resultados sobre o quantitativo de partos das participantes e por quem foi assistido seu último parto. Sobre a paridade, a tabela 02 aponta uma distribuição mais heterogênea, sendo que a maioria delas (20/82) são primíparas, seguido de secundíparas (19/82). Como esses

dados foram coletados dos prontuários, após a entrevista, obtivemos um quantitativo elevado de “sem registro”, um total de 23,2% (Tabela 2).

Quanto ao profissional que realizou a assistência ao parto, a tabela 2 revela que a grande maioria (73,2%) das participantes do estudo foram assistidas por um enfermeiro. Entretanto, dados reveladores demonstram que, na instituição sede do estudo, um número considerável de técnicos de enfermagem também realiza assistência ao parto, um total de 25,6%.

Tabela 2 - Distribuição das puérperas assistidas na maternidade do Hospital Municipal do Município de Anajás – Pará de acordo com as variáveis obstétricas, 2017.

Variáveis	Descrição	N	%
Número de partos	01	20	24,4
	02	19	23,2
	03	10	12,2
	04	14	17,0
	Sem registro	19	23,2
Profissional que assistiu o último parto	Médico	01	1,2
	Enfermeiro	60	73,2
	Auxiliar/Técnico de enfermagem	21	25,6
Total		82	100,0

Fonte: instrumento de coleta de dados, 2017.

Relacionada à paridade, a proporção de mulheres primíparas participantes neste estudo foi semelhante àquela encontrada em uma pesquisa realizada em uma maternidade localizada no interior do Rio Grande do Sul, onde encontrou prevalência de mulheres que haviam passado pelo seu primeiro parto, seguida pelas secundíparas, tendo as múltíparas em menor número (REIS et al., 2015).

Acredita-se que o fato da mulher nunca ter parido e estar passando por essa experiência pela primeira vez, possa influenciar no seu conhecimento a respeito de cuidados necessários durante o trabalho de parto e parto, intervenções inadequadas e violência obstétrica, esse fator combinado com a pouca escolaridade predominante entre as mulheres participantes deste estudo pode influenciar os resultados do mesmo, visto que muitas podem ter sofrido com ações violentas e não identificar, além de não percebê-los como tal. As experiências em partos anteriores também podem contribuir para que a mulher exija mais seus direitos com base em episódios vivenciados e consequência dos mesmos.

Quanto ao profissional responsável pela assistência ao parto, no Brasil, o Ministério da Saúde reconheceu oficialmente essa conduta por enfermeiro obstetra nos hospitais conveniados com o SUS e normalizou a remuneração desses profissionais. Como marco definidor de uma nova política de atenção ao parto (DOMINGUES et al., 2005).

O MS implantou um conjunto de ações, através de portarias ministeriais, com o objetivo de estimular a melhoria da assistência obstétrica. Considerando importante o papel da enfermeira obstétrica, a Portaria MS/GM2815, de 29 de maio de 1998 (que inclui na tabela do SUS o procedimento parto normal sem distócia realizado por enfermeira obstetra) tem como finalidade principal reconhecer a assistência prestada por esta categoria, visando à redução da morbimortalidade materna e perinatal.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) através da resolução nº 0516/2016 em seu artigo 1º normatizou a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetrix na assistência às

gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência e no artigo 3º ratifica que dentre várias competências, compete também ao enfermeiro prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia) e ao recém-nascido.

Porém, segundo Domingues et al. (2005), se a atuação deste profissional estiver inserida em uma nova proposta de cuidado, estão dadas as condições para a modificação do modelo de assistência. Os autores ratificam que, embora não seja uma garantia de mudança do modelo de assistência ao parto, a inclusão da enfermeira obstetra na assistência ao parto de baixo risco tem mostrado que é medida capaz de reduzir as intervenções médicas desnecessárias e de oferecer um cuidado mais integral, dando o necessário suporte emocional à mulher e sua família.

No entanto, de acordo com o Decreto nº 94.406/87, em seu artigo 10º, que abrange as competências e atribuições da equipe de enfermagem, o técnico de enfermagem não realiza acompanhamento de gestantes em trabalho de parto nem assistência ao parto, sendo esta uma atividade privativa do enfermeiro (COFEN, 1987).

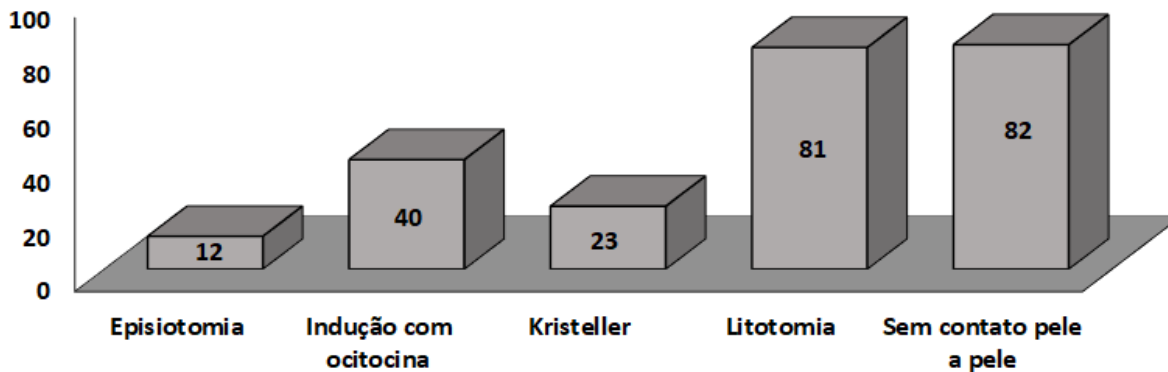
Um estudo semelhante a este revela que essa prática é rotineira em um dos hospitais sede do estudo, onde os profissionais de enfermagem de nível médio realizaram assistência ao parto com alto percentual (mais que 50%). Foi observado, nesse mesmo estudo, que alguns procedimentos de competência exclusiva do enfermeiro na equipe de enfermagem também são praticados pelo técnico (DOTTO et al., 2008).

A incidência de técnicos e auxiliares de enfermagem acompanhando e assistindo o parto normal é motivo de preocupação já que o mesmo não tem habilitação técnico/científico para realizar uma assistência pautada em conhecimentos específicos obstétricos, mais especificamente na fisiologia do parto, podendo proporcionar um aumento na incidência de violência obstétrica, bem como causar problemas que levem à morbimortalidade materna.

Sobre as ações realizadas pelos profissionais de saúde, durante a assistência do trabalho de parto e parto, com base no preconizado pela Política de Humanização do Parto e Nascimento, o gráfico 1 descreve a incidência e os determinantes das intervenções realizadas no hospital sede desse estudo. Dentre elas destaca-se a episiotomia, realizada em 14,6% dos casos, o uso de ocitócitos durante o trabalho de parto (48,8%), a manobra de Kristeller (28%), a posição de litotomia durante o parto (98,8%) e ausência do contato pele a pele entre mãe e bebê em todos os nascimentos.

Das mulheres submetidas à episiotomia, a grande maioria (11/12) afirmou que não foram consultadas ou solicitadas permissão para a realização do procedimento (dados coletados e não demonstrados em gráfico).

Gráfico 1 - Descrição de procedimentos e intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto de puérperas de parto normal no Hospital Municipal do Município de Anajás – Pará, 2017 (n= 82).



Fonte: instrumento de coleta de dados, 2017.

Em 2012, a Parto do Princípio entregou para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência contra a Mulher o Dossiê “Parirás com dor”, sobre violência obstétrica. Nesse documento, foram reunidas informações sobre a violência institucional na assistência à gestação, ao parto e ao nascimento. Segundo este documento, no Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos. Tampouco se informa à mulher sobre as possibilidades alternativas de tratamento. Desse modo, a prática de episiotomia no país contraria os preceitos da Medicina Baseada em Evidências.

Quando a mulher dá à luz por via vaginal, pode permanecer com o períneo íntegro. Isto é, se o parto for fisiológico, se o ritmo natural da mulher for respeitado e se ela não receber drogas, na maioria das vezes ela terá, após o parto, o períneo íntegro, sem qualquer tipo de lesão (DOSSIÊ, 2012). Além disso, estudos controlados demonstram que a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal (LEAL et al., 2014). Esses autores afirmam, ainda, que essa prática foi incorporada à rotina da assistência obstétrica sem que nenhum trabalho que avaliasse seus riscos e benefícios tivesse sido realizado. Por essas razões, as novas diretrizes clínicas, baseadas em estudos adequadamente desenhados para essa avaliação, desestimulam o seu uso rotineiro na assistência obstétrica.

Os resultados quanto à realização de episiotomia nesse estudo permite visualizar que, apesar do percentual baixo, mostra uma aproximação ao modelo biomédico de assistência segundo o qual é procedimento quase sempre indispensável (FIGUEIREDO et al., 2011). Além disso, esse resultado pode estar relacionado ao baixo número de primíparas participantes do estudo, visto que estas são as mais submetidas ao corte do períneo.

No Brasil, apesar de desaconselhada pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO, essa prática persiste de forma indiscriminada e rotineira. Em parecer técnico, emitido em maio de 2009, esse órgão

recomenda, expressamente, a não realização da episiotomia em função de prejuízos físicos decorrentes ou não prevenidos pelo procedimento, como: incontinência urinária e fecal, prolapso genital, dispaurenia e dor perineal.

Entretanto, estudos demonstram que a questão da episiotomia é marcadamente um problema de classe social e de raça: enquanto as mulheres brancas e de classe média que contam com o setor privado da saúde, em sua maioria serão "cortadas por cima" na epidemia de cesárea, as mulheres que dependem do SUS (mais de dois terços delas) serão "cortadas por baixo", passarão pelo parto vaginal com episiotomia (DOSSIÊ, 2012).

Com relação à indução medicamentosa do parto, a pesquisa de Schneck e Riesco (2006) obteve resultados semelhantes a este estudo, onde quase metade das mulheres (44,5%) tiveram o parto acelerado com a infusão da ocitocina. Para esses autores, a internação mais precoce, durante a fase latente, sem uma indicação clara, deve ser evitada, pois prolonga tempo de permanência da mulher em ambiente hospitalar e a expõe a intervenções desnecessárias, visto que em seu estudo houve elevada proporção de mulheres admitidas no hospital com dilatação cervical inferior a cinco centímetros e membranas ovulares íntegras.

Em um outro estudo os autores citam que o uso de ocitócicos associados a outros procedimentos que aceleram o parto embora sejam úteis em muitas situações associadas à gravidez e ao parto, de maneira alguma é válida ou foi comprovada a associação automática da utilização destes recursos de forma alargada para gestações de baixo risco com bons resultados. Ao contrário, existem múltiplas evidências mostrando que sua utilização, em situações e proporções além do necessário, associa-se com aumento da morbidade materna, mortalidade materna e morbidade perinatal (CECATTI; CALDERÓN, 2005).

No estudo de Leal et al. (2014), o uso de ocitocina para indução do parto ocorreu em 40% dos casos, sendo mais frequente entre as usuárias do setor público e nas gestantes de menor escolaridade. Esse fato pode ter relação com a necessidade de melhores orientações quanto aos malefícios das intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto por parte dessas mulheres, seja durante o pré-natal ou permanência na maternidade.

Quanto a Manobra de Kristeller, desde 2001, o Ministério da Saúde, baseado em evidências científicas, estabeleceu que este procedimento deveria ser evitado por contribuir para a ocorrência de atonia uterina (principal causa de hemorragia pós parto) e outras complicações, colocando-a na lista de práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas. No entanto, este estudo apontou que os profissionais, que assistem ao parto no Hospital Municipal de Anajás, realizaram esta manobra em 28% dos casos.

No estudo de Leal et al. (2014), verificou-se que dentre outras técnicas a manobra de kristeller foi muito utilizada para provocar a expulsão fetal, ocorrendo em 37% das mulheres em situações de risco habitual de parto vaginal. Para esse procedimento, estudos não conseguiram demonstrar os benefícios desta prática, tendo uma forte recomendação de evitá-lo como uso rotineiro.

Sobre a realização da manobra de Kristeller, prática em que o profissional se coloca sobre a mulher e pressiona sua barriga empurrando o bebê pelo canal vaginal para sua saída mais rápida, é consenso comum que este procedimento é desaconselhável, pelo alto impacto negativo na mulher e na criança, que muitas vezes sofre

traumatismos graves como fraturas em costelas e clavículas, tamanho o impacto físico causada pela ação (SOUSA, 2015).

Devido à fortes evidências científicas de que este procedimento causa danos à saúde da mulher e não existe evidências de que ela tenha alguma função benéfica no trabalho de parto, finalmente em 2017, o Ministério da Saúde, passou definitivamente a contraindicá-la em todos os serviços de saúde e partos.

A fonte do presente estudo para esta intervenção contou com respostas em questionários das participantes, visto que não obteve-se esses dados em prontuário. Leal et al. (2012) salienta que os próprios profissionais de saúde reconhecem que a manobra de Kristeller é proscrita, porém, continuam a realizá-la, apesar de jamais a registrarem em prontuário.

Para Sousa (2015) a manobra de Kristeller e episiotomia são vistas como violência obstétrica, considerando sua inadequação diante do propósito a que são utilizadas, acabam por causar consequências e danos físicos na mulher e na criança permanentes ou de difícil reparação. Para a autora, há o entendimento de que esses danos sejam compensáveis pela competente indenização no âmbito da responsabilidade civil, pois o profissional de saúde que insiste na realização destes procedimentos, sabendo dos riscos e consequências negativas associadas, assume uma conduta que pode configurar também ilícitos penais. No entanto, cabe à mulher realizar denúncia quanto ao ato e, portanto, esta deve sentir-se violentada e conhecer seus direitos no que tange à violência obstétrica.

A mulher deveria ser incentivada a adotar posições diferentes durante o trabalho de parto e fase final do parto, de modo a sentir-se mais confortável e a facilitar o nascimento. Posições verticalizadas, por exemplo, favorecem a descida do bebê, por contarem com a ajuda da gravidade. Assim, seria mais racional, mais ético e mais respeitoso permitir que a mulher posicione-se de modo mais confortável para ela, em vez de realizar procedimentos comprovadamente prejudiciais à saúde da mulher e da criança (DOSSIÊ, 2012).

Apesar da recomendação da Organização Mundial de Saúde, da recomendação do Ministério da Saúde, da Portaria 1.067 de 2005, RDC 36 de 2008 da ANVISA, muitas mulheres ainda são obrigadas a ficar em posição de litotomia ou supina para o parto. Essa posição prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para a mãe e prejudica a oxigenação do bebê. Fato este demonstrado no presente estudo, onde a grande maioria permaneceu em litotomia no momento do parto.

Semelhante a esta pesquisa, um estudo recente conduzido em uma maternidade pública de referência para a assistência obstétrica em Macapá, Amapá, verificou-se que os profissionais assim como neste estudo continuam empregando dentre outras práticas maléficas de assistência ao parto a posição litotômica de rotina no período expulsivo (CORTES et al., 2017).

No entanto, um outro estudo mostra o contrário dessa realidade, onde Schneck e Riesco (2006), demonstram que posições lateralizadas e verticalizadas foram adotadas por 55% das mulheres da pesquisa. Os autores afirmam que estas posições apresentam vantagens, pois evitam a compressão de grandes vasos abdominais, permitindo melhores trocas maternas e fetais, além disso, a posição lateral no parto normal em nulíparas mostrou redução significativa no uso de episiotomia e maior ocorrência de períneo íntegro.

Sobre o contato pele a pele, o Ministério da Saúde (2001) preconiza, orienta e recomenda que essa conduta de estimular a colocação do recém-nascido sobre o abdome materno seja facilitada pela equipe de saúde por intermédio do acompanhante, estimulando assim, o início da sucção ao peito materno e favorecendo o vínculo afetivo mãe-filho. Práticas essas, que além de garantir os direitos da usuária, parecem ter uma influência direta e positiva sobre a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

Em relação à presença de acompanhante durante o processo de trabalho de parto, verificou-se que 65 (79,3%) entrevistadas não foram permitidas a ficarem acompanhadas durante esse período (gráfico 2).

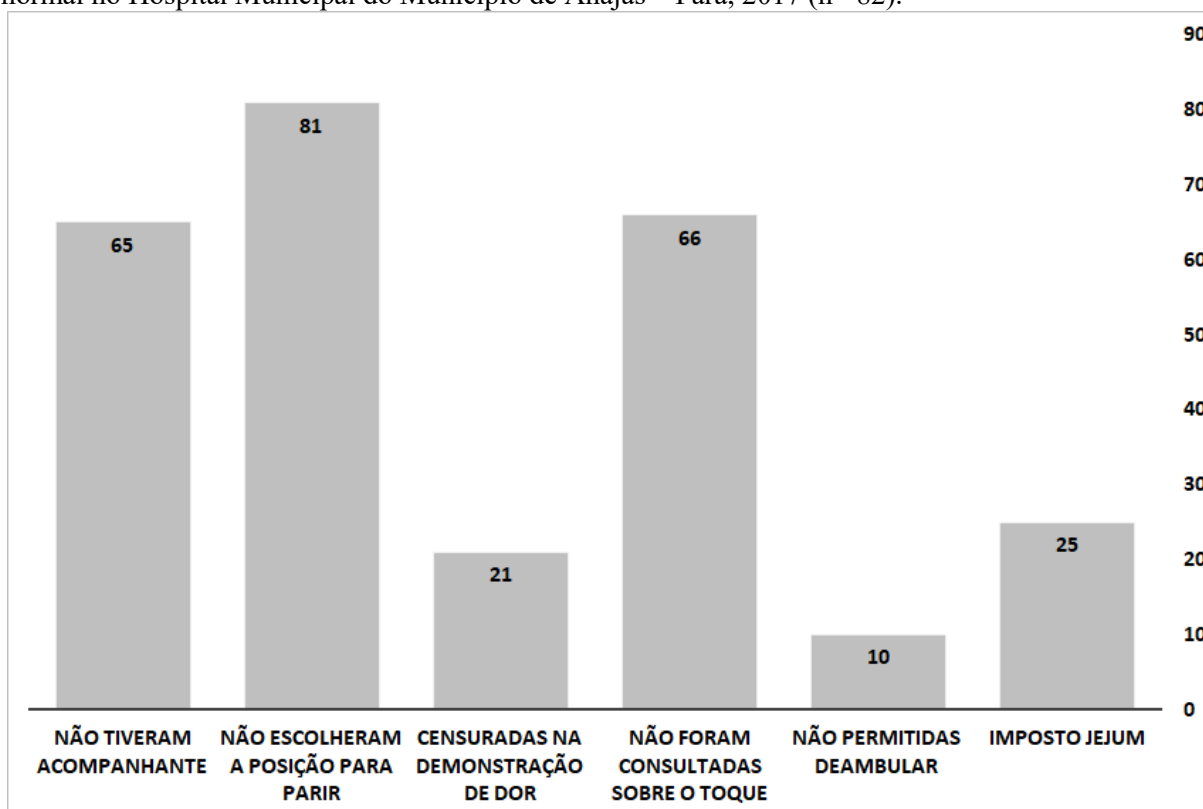
O gráfico 2 aponta, ainda, que todas as parturientes que pariram na posição litotômica (81) em mesa ginecológica não puderam escolher essa posição, sendo que apenas uma das participantes do estudo escolheu a posição que se sentiu mais confortável, parindo na posição semi-sentada.

Quase um quarto das participantes do estudo (21/82) relatou que foram censuradas pelos profissionais de saúde quanto ao ato de “gritar” ou “gemer alto” ao sentirem dor durante o trabalho de parto, como podemos observar no gráfico 2.

Quanto ao toque vaginal, a maioria das puérperas (66/82), 80,5%, informou que os profissionais que realizarem o exame não as solicitaram permissão para realizá-lo – gráfico 2.

Ainda no gráfico 2, observa-se que dez (10/82) participantes não foram permitidas deambular durante o trabalho de parto e uma parte delas (25/82) não autorizadas a ingerir líquidos e alimentos nesse período.

Gráfico 2 - Descrição de permissões e orientações realizadas durante o trabalho de parto e parto de puérperas de parto normal no Hospital Municipal do Município de Anajás – Pará, 2017 (n= 82).



Enquanto profissional atuante no local sede desse estudo, observou-se que é rotina do Hospital não permitir acompanhantes masculinos na sala de pré-parto, portanto as gestantes, que desconhecem essa rotina ou não dispõem de acompanhantes mulheres, ficam sem companhias durante este período. Além disso, não é permitido acompanhantes durante o parto, ficando a parturiente sem um familiar ou alguém de sua escolha no momento do nascimento de seu filho.

Pesquisa semelhante, realizada por Medeiros et al. (2016) constatou fator semelhante em relação à imposição de regras para a permissão de acompanhantes durante o trabalho de parto e parto, por não permitir homens para acompanhar a parturiente durante esse período. Tais protocolos impositivos contraria o que determina a lei do acompanhante (MS, 2005).

A Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, mais conhecida como a Lei do Acompanhante, determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. A Lei determina que este acompanhante será indicado pela gestante, podendo ser o pai do bebê, o parceiro atual, a mãe, um(a) amigo(a), ou outra pessoa de sua escolha. A Lei do Acompanhante é válida para parto normal ou cesariana e a presença do(a) acompanhante (inclusive se este for adolescente) não pode ser impedida pelo hospital ou por qualquer membro da equipe de saúde, nem deve ser exigido que o(a) acompanhante tenha participado de alguma formação ou grupo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), afirma que a presença de um acompanhante pode ajudar dentre outros métodos na diminuição da dor causada pelas contrações fisiológicas de parto e por isso recomenda a presença dos mesmos durante todas as etapas do trabalho de parto e parto.

Segundo Cunha (2012), a proibição do acompanhante de livre escolha pela parturiente está entre as práticas consideradas pela OMS claramente prejudiciais, ou ineficazes e que devem ser eliminadas da assistência ao parto, pois se adotadas, caracterizam a violência obstétrica.

Ainda sobre essa questão, um estudo recente, realizado por Alves e Santos (2017), revelou que a importância de ter acompanhante, durante o trabalho de parto e parto refletem nas opiniões das parturientes destacadas em relatos de uma pesquisa onde elas eram os principais objetos da pesquisa, quando questionadas sobre a presença de acompanhantes. Esta pesquisa demonstrou que as mulheres veem na presença do acompanhante como apoio, força, motivação, tranquilidade, confiança e segurança, além disso, as mesmas apontam a presença do companheiro, pai do bebê, como de grande importância no nascimento do filho.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) e a OMS (2014) concordam que todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa onde ela é livre para planejar sua gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre de violência causada por condutas maléficas na assistência. Essas recomendações para o manejo do trabalho de parto incluem o estímulo à adoção de posições verticalizadas e à liberdade de movimentação, buscando aumentar o conforto materno e facilitar a progressão do trabalho de parto.

A OMS, em seu guia de Assistência ao Parto Normal, desde 1996 recomenda que as mulheres tenham liberdade para escolher a posição que mais lhes agrade, em todos os estágios do parto, evitando, preferencialmente, longos períodos em decúbito dorsal. Os profissionais, por sua vez devem estimulá-las a tentar a posição que lhes seja mais confortável, apoiando suas escolhas, o que exige treinamento na prática de partos em outras posições, além da supina, de forma a não inibir a escolha de posições.

Alves e Santos (2017) afirmam que a conduta de obrigar a mulher a parir em decúbito dorsal e dentre outras práticas fazem com que, a mulher e o bebê, sofram danos desnecessários, que poderiam ser evitadas, causando dor e sofrimento, violando assim, os seus direitos e ameaçando o seu protagonismo.

Ao colocar a mulher em posição horizontal, o profissional contribui para a limitação da atuação desta mulher durante o seu trabalho de parto, transformando-a em elemento passivo durante o processo de parturição, visto que esta posição geralmente é fator que limita a liberdade de movimentos, podendo gerar desconforto significativo à parturiente. Assim, os partos realizados nas diversas formas de posições verticais estão relacionados ao tempo reduzido do período expulsivo quando comparados aos partos em posição horizontal, resgata a autonomia da mulher na cena do parto e constitui um processo influenciador do feminismo do processo de cuidar (SILVA et al, 2016).

Porém, apesar das evidências científicas relacionadas aos benefícios da escolha da posição adotada pela parturiente, observou-se nesse estudo que na prática ainda é predominante a adoção da posição dorsal durante a segunda fase do trabalho de parto, evidenciando-se uma distância significativa entre o que é preconizado como prática e a realidade nos serviços de saúde.

O presente estudo, também, aponta que uma parcela considerável de mulheres foi censurada ao expressar o sentimento de dor, durante as contrações do trabalho de parto e parto, através do ato de gritar. Sobre isso, Souza et al. (2007) afirma que as usuárias do sistema de saúde, principalmente no momento do parto, onde a mesma não possui quase nenhum poder de decisão sobre seu corpo no processo de parir, ao serem questionadas sobre violência obstétrica, ratificam o sofrimento feminino no momento do parto ao se sentirem impedidas de gritar ao sentirem dor.

Segundo D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002), a violência cometida contra as mulheres em serviços de saúde é subdividida em quatro tipos: negligência, violência verbal, violência física e violência sexual. A negligência trata-se da omissão dos profissionais para com as parturientes. A violência verbal refere-se a tratamento rude, ameaças, gritos, repreensão, humilhação e abuso verbal. A violência física é identificada como agressões, procedimentos violentos e, até mesmo não utilização da analgesia quando indicado. Já a violência sexual é a menos praticada nos serviços de saúde, sendo caracterizada por estupro ou abuso sexual. Portanto, reprimir a expressão de dor das parturientes durante o trabalho de parto pode ser identificada como violência obstétrica verbal praticada por profissionais da saúde que assistem essas mulheres.

Segundo um Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, Ciello et al. (2012), muitas mulheres que deram à luz em várias cidades do Brasil resumem um pouco da dor e da

humilhação que sofreram na assistência ao parto em relatos que frequentemente incluem: comentários agressivos, xingamentos, ameaças, discriminação racial e socioeconômica, exames de toque abusivos, agressão física e tortura psicológica. Essa pesquisa aponta relatos que demonstra tal violência, como: “na hora que você estava fazendo não gritou desse jeito”, “não chora porque ano que vem você está aqui de novo”, se você continuar assim eu não vou te atender”, “cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha”.

A violência obstétrica pode estar relacionada, também, com a falta de permissão para realizar tal intervenção, sendo esta enquadrada como negligência. Sobre isso, um estudo realizado por Nascimento et al. (2017) revela que das mulheres que relatam ter sofrido algum tipo de agressão no parto, 20% afirmam ter sido violentadas através de exames de toque invasivos, constantes ou agressivos e 12% por meio de episiotomia, sendo que relacionam a intervenção com a falta de consentimento informado.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) orienta que, para todo e qualquer procedimento, deve-se solicitar permissão à usuária, pois, só assim, as boas práticas de assistência obstétrica se tornarão efetivas e, conseqüentemente, a diminuição do quadro de violência obstétrica será uma realidade absoluta.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), os abusos e desrespeitos no parto em instituições de saúde acontecem de formas variadas, dentre elas a ausência de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, como também procedimentos médicos coercivos ou não consentidos.

Para Ciello et al. (2012), muitos procedimentos são realizados sem serem informados ou esclarecidos de sua necessidade, alguns são realizados sem aviso e sem dar a oportunidade da mulher emitir seu consentimento. Nesse estudo, observou-se que, muitas vezes, o toque vaginal foi realizado sem que as parturientes autorizassem tal procedimento, sendo que não foi possível verificar a frequência na realização dos mesmos, nem os profissionais que os realizaram, visto a falta de informação em prontuário e dificuldade de relato das mulheres. No entanto, por mais que esse exame fosse necessário e sua realização ocorresse por profissional e momento adequado, o esclarecimento sobre ele e a permissão por parte da parturiente faz-se de suma importância.

Rodrigues et al. (2017) afirmam que o exame de toque que é utilizado para identificar a evolução do parto através da dilatação do colo uterino e, segundo essa dilatação aumenta a frequência com que esse exame é realizado. Para eles, esse exame é fundamental para avaliação do progresso do trabalho de parto, pois permite definir posição, comprimento, consistência e tamanho do colo, apresentação, atitude e posição fetal, presença de bossa e grau de cavalgamento ósseo do crânio fetal, relação entre a apresentação e o colo uterino, características da bacia óssea materna, presença de membranas e sua reação às contrações uterinas, entretanto, a prática mostra que o toque é muitas vezes feito unicamente com o intuito de avaliar a dilatação do colo uterino, é realizado por mais de um avaliador e com intervalo de tempo pequeno, prejudicando a evolução fisiológica e provocando desconforto e edema de vulva.

Este estudo aponta que uma parcela considerável de mulheres foi orientada a permanecer em jejum durante o trabalho de parto e parto, sendo que não fez parte do instrumento de coleta de dados o motivo que levou os profissionais de saúde a restringirem alimento e líquidos nesse período. Em contrapartida, percebe-se que o

desequilíbrio nutricional pode estar associado a trabalhos de partos mais longos e dolorosos, e o jejum não é garantia de estômago vazio ou menos acidez (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013).

Sobre isso, Rodrigues et al. (2017) afirma que não há justificativas para manter a mulher em trabalho de parto em jejum. Conforme esses autores, mesmo na ocorrência de uma cirurgia cesariana, a anestesia regional é utilizada com maior frequência do que a geral, permitindo as mulheres ficarem acordadas durante todo o procedimento, o que as torna capaz de participar de seu próprio cuidado e de proteger suas vias aéreas no caso de presença de episódios eméticos, além disso, isto, autentica um conjunto de falhas e ausência de informação no momento do parto.

Acredita-se que as intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto podem trazer consequências à saúde materna e fetal, portanto, as gestantes devem se apropriar de conhecimento sobre as indicações e necessidades de cada uma delas para que possa discernir sobre uma conduta essencial e desnecessária, tendo a capacidade de decidir sobre sua realização. A necessidade de apropriação de conhecimento sobre a fisiologia da gravidez e do parto não é exclusividade de gestantes e parturientes do município de Anajás, visto que vários estudos estão sendo realizado sobre esta temática e apontam resultados semelhantes.

A Pesquisa Nascer no Brasil, baseada em um inquérito de 23.894 mulheres sobre parto e nascimento em maternidades públicas, privadas e mistas de 266 hospitais de médio e grande porte, de capitais e cidades do interior de 191 municípios, nos anos de 2011 e 2012, também evidenciou, de forma ainda mais marcante que a pesquisa em foco, que os procedimentos relacionados ao trabalho de parto e nascimento do bebê estão cada vez mais violentos, com números elevados e crescentes de uso de medicação estimulante (36,4%), episiotomias (53,5%), manobras mecânicas para acelerar o nascimento (36,1%), cesarianas sem justificativa (52%), restrição ao leito (55,7%), jejum (74,8%), enema (91,7%) e amniotomia artificial (39,1%). Esses procedimentos, quando utilizados sem indicação clínica, causam dor e sofrimentos desnecessários e não são indicados pela OMS como procedimentos de rotina. A investigação antes descrita mostrou ainda que embora 75% das mulheres tenham tido um acompanhante em algum momento do parto, apenas 18,7% se beneficiaram da presença contínua de acompanhante durante todo o período de internação, conforme direitos legais.

No entanto, apesar dos resultados deste estudo, que apontam casos violentos e desumanos na assistência, verificou-se que apenas dezesseis (16/82) mulheres afirmam terem sofrido violência obstétrica. Entretanto, ao serem indagadas sobre seu conceito, a maioria (67/82) respondeu que não conhecia e/ou nunca tinham ouvido falar (Tabela 3).

Tabela 3 – O conhecimento do termo e identificação de ocorrência de violência obstétrica pelas puérperas assistidas na maternidade do Hospital Municipal do Município de Anajás – Pará, 2017.

Variáveis	Descrição	N	%
Ocorreu desrespeito por profissional de saúde	Sim	02	2,4
	Não	79	96,4
	Não sei/não lembro	01	1,2
Ouviu falar de violência obstétrica	Sim	15	18,3
	Não	60	73,2
	Não sei/não lembro	07	8,5
Sofreu violência obstétrica	Sim	16	19,5
	Não	62	75,6
	Não sei/não lembro	04	4,9
Total		82	100,0

Fonte: instrumento de coleta de dados, 2017.

No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos, falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos e graves violações da privacidade (WHO, 2014).

Apesar deste estudo demonstrar que a grande maioria das participantes relataram que não sofreram desrespeito por profissional de saúde durante o trabalho de parto e parto, acredita-se que as mesmas desconhecem o sentido e real significado de uma assistência digna e respeitosa, visto que, ao serem questionadas sobre o termo violência obstétrica, a maior parte delas respondeu que nunca ouviu falar.

O estudo realizado por Nascimento et al. (2017) revelou achados semelhantes a esta pesquisa, onde 39% das puérperas participantes, no início da entrevista, negaram ter passado por algum tipo de violência durante o trabalho de parto e parto, entretanto, conforme iam respondendo aos questionamentos, as mesmas foram desvelando e/ou descobrindo que tinham sofrido algum tipo de maus-tratos, mas não o compreendiam como violência obstétrica por desconhecerem ou nunca ter ouvido falar no termo violência obstétrica. Esses autores afirmam que nenhuma mulher relacionou a episiotomia com uma forma de violência.

É possível que uma assistência voltada para o desrespeito possa causar danos que irão repercutir ao longo das histórias obstétricas da vida dessas mulheres. Nascimento et al (2017) destaca um dos relatos que demonstra isso: “nunca mais, na minha vida, quero ter outro filho em um hospital público”.

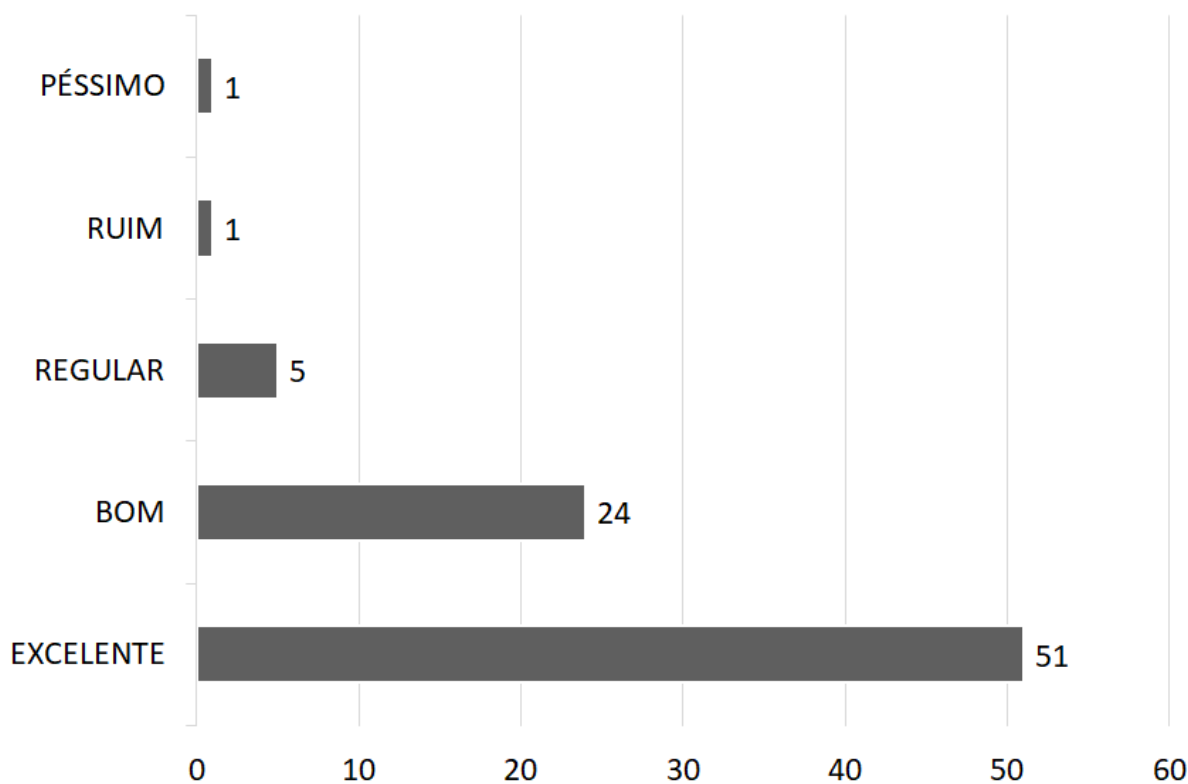
Para Who (2014), apesar das evidências sugerirem que as experiências de desrespeito e maus-tratos das mulheres durante a assistência ao parto são amplamente disseminadas, atualmente não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e

impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidas. Há uma agenda de pesquisa considerável para definir, medir e compreender melhor o desrespeito e abusos das mulheres durante o parto, assim como formas de prevenção e eliminação.

Semelhante aos resultados deste estudo, a pesquisa realizada por Oliveira e Mercês (2017) evidencia uma percepção restrita do conceito de violências obstétricas por parte das puérperas, limitando-as aos atos de caráter psicológico e físico, demonstrando dificuldade em sua definição. Em seu estudo, os autores apontam que, apesar de todo o contexto do nascimento vivido por essas mulheres, o atendimento ainda é considerado como satisfatório, mesmo que as falas não corroborem com essa afirmação, quando analisadas mais profundamente.

A fim de verificar o nível de satisfação das puérperas assistidas pela equipe de saúde, durante o trabalho de parto e parto, durante a coleta de dados, solicitou-se que as participantes do estudo atribuissem uma nota de “0” (zero) a “10” (dez), sendo em ordem crescente de satisfação. Portanto, para qualificar a avaliação, utilizou-se a seguinte descrição: notas menores ou igual a dois (2) para PÉSSIMO, entre três (3) e quatro (4) para RUIM, entre cinco (5) e seis (6) REGULAR, entre sete (7) e oito (8) BOM e acima de nove (9) EXCELENTE. Para tanto, verificou-se que a grande maioria (75/82) das mulheres entrevistadas avaliou a assistência recebida como Boa (24) ou Excelente (51), como podemos observar no gráfico 03.

Gráfico 3 – Avaliação da assistência recebida durante o trabalho de parto e parto no Hospital Municipal do Município de Anajás – Pará realizada pelas puérperas de parto normal, 2017 (n= 82).



Fonte: instrumento de coleta de dados, 2017.

Um trabalho de avaliação da satisfação do parto de mulheres que participaram da Pesquisa Nascer no Brasil, verificou menores níveis de satisfação e maiores níveis de violência entre as mulheres que entraram em trabalho de parto (CIELLO et al., 2012), diferente do que encontramos nesse estudo, pois mesmo os resultados apontando alto índice de intervenções, insuficiência em orientações, privação de acompanhantes, dentre outros considerados inadequados, as participantes mostraram-se satisfeitas quanto ao atendimento recebido.

Para tanto, acredita-se que há necessidade de orientações e importância do respeito à fisiologia do parto, especialmente durante o pré-natal. Assim, as gestantes e seus familiares podem ter condições de discernir sobre uma assistência focada no respeito aos desejos e necessidades durante o trabalho de parto e parto, com condições de exigir melhor seus direitos. Sobretudo, essas informações e conhecimento devem ser discutidos também entre os profissionais de saúde, pois não basta a modificação das práticas assistenciais se estas não forem acompanhadas de mudanças na relação entre profissionais e usuárias.

Conforme Ciello et al. (2012), as mulheres valorizam muito a forma como são atendidas, pois, a ouvidoria do Ministério da Saúde encontrou um percentual de 12,7% referindo terem sido submetidas a tratamentos desrespeitosos, tais como ser mal atendidas, não serem ouvidas ou mesmo sofrerem agressões verbais e físicas. Apesar de baixo percentual, observa-se que há uma preocupação em denunciar e exigir uma assistência de qualidade, que, quanto mais discutido, maior será a exigência e, conseqüentemente, melhoria na forma de tratar as parturientes durante um período que deveria ser de alegria e contentamento.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria das puérperas participantes deste estudo eram adultas jovens ou adolescentes, possuía o ensino fundamental incompleto, eram “do lar”, residentes e procedentes de Anajás, em união estável, renda familiar mensal menor que salário mínimo, primíparas e tiveram seu parto assistido por um enfermeiro.

A assistência recebida pelas mulheres no Hospital Municipal de Anajás demonstra intervenções durante o trabalho de parto e parto, como a episiotomia, o uso de ocitócitos durante o trabalho de parto e a manobra de Kristeller, tendo índice acima do preconizado ou não recomendados pelo Ministério da Saúde e sem evidências científicas para sua realização. Além disso, as mulheres não foram respeitadas quanto ao seu direito de escolher a posição para parir, à presença de um acompanhante e terem seus filhos no colo logo após o nascimento, demonstrando que as mesmas estão sendo privadas dos benefícios do parto em posição verticalizada, do apoio presencial de alguém de sua escolha e do contato pele a pele, além de, em alguns casos serem considerados violência obstétrica.

Esta pesquisa demonstrou que não há orientações e solicitação de autorização às mulheres ao serem submetidas à procedimentos, além de serem reprimidas quando, fisiologicamente, sentem necessidade de gritar, deambular e se alimentar durante o período do trabalho de parto e parto.

Apesar dos inúmeros casos de violência obstétrica, as participantes mostraram-se satisfeitas quanto à assistência recebida pelos profissionais de saúde, mesmo não tendo conhecimento quanto ao significado do termo e a relação entre as intervenções desnecessárias e necessidade de autorização para intervir com o desrespeito e maus-tratos na assistência obstétrica.

Dentro desta realidade concluímos que, a violência contra a mulher ainda é uma prática comum nos serviços de saúde, especialmente públicos e com poucos recursos humanos e estruturais. Este fato, está relacionado à banalização dos profissionais que está atrelada a uma raiz cultural que necessitam de desconstrução valores e paradigmas que foram construídos durante anos.

Sabe-se que, a falta de conhecimento e atualização com base em evidências científicas, faz com que alguns profissionais usem do seu poder, para induzir as pacientes e, de certa forma, uma violência institucional no trabalho de parto e parto consentidas e co-participativas pelas parturientes. No entanto, mesmo as mulheres que conhecem seus direitos e percebem a violência, não denunciam ou não reclamam, principalmente se ao final nascem filhos saudáveis e “tudo dá certo”.

Deve-se investir em ações que estimulem e promovam a autonomia das mulheres, a fim de retirá-las de uma posição de submissas dentro do ambiente hospitalar e incentivo de profissionais para que haja a atualização de conhecimentos e respeito à fisiologia do parto e direitos das mulheres. Enfim, acredita-se que para melhorar a assistência prestada à parturiente, deve-se começar primeiramente pela transformação na sociedade, empoderamento de conhecimento pelas gestantes, melhoria nas orientações e informações durante o pré-natal e mudanças na formação acadêmica dos profissionais.

Não podemos deixar de discutir sobre a atribuição na assistência durante o parto, sendo que o estudo apontou que no município de Anajás esta é realizada, em alguns casos, pelo técnico de enfermagem, mesmo não tendo estes respaldo ético e legal para tal, situação esta que deve ser melhor estudada quanto aos motivos que levam à sua ocorrência, podendo ser deficiência de profissionais habilitados como médicos e enfermeiros, herança cultural, rotina hospitalar, dentre outras. Para tanto, há necessidade de estudos que respondam tais questionamentos para que possamos inferir causas e sugerir condutas.

Portanto, os estudos sobre esse tema que, atualmente se tornam mais presentes no meio acadêmico, contribuem para mobilizações, debates e reflexões necessários para que a violência obstétrica deixe de ser invisível aos olhos de todos. Assim como, contribuem para o engajamento de diferentes setores da coletividade, por meio da comoção gerada pela divulgação de seus resultados na mídia tradicional, na exigência do cumprimento de políticas públicas que ajudem a garantir a segurança e a humanização da assistência ao parto, o que é de extrema importância para o enfrentamento da violência pelas mulheres e a garantia aos direitos reprodutivos.

REFERÊNCIAS

A BIBLIA. Genesis. c. 3, v. 16. Bíblia online. Disponível em: <<https://www.bibliaonline.com.br/acf/gn/3>>. Acesso em: 17/11/2017.

AGUIAR, J. M. de; OLIVEIRA, A. F. P. L. de. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, UNESP, v. 15, n. 36, p. 79 – 92, 03 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832011000100007&lng=en&nrm=iso>.

ALVES, F.; SANTOS, J. A assistência humanizada da enfermagem durante o trabalho de parto e parto no serviço de maternidade do Hospital Regional João Morais. 2017. Dissertação (Mestrado).

ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. de M. Violência obstétrica: a dor que cala. ANAIS DO III SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, p. 1 – 7, 2014.

BARROS, A. J. D. et al. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. Revista de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v. 40, n. 3, p. 402 – 413, 06 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000300007&lng=en&nrm=iso.

BRASIL. Diário Oficial Da União. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59. 2013b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 20/10/2017.

CAMPOS, A. S.; ALMEIDA, A. C. C. H. de; SANTOS, R. P. dos. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 4, n. 2, p. 332 – 341, 2014.

CARVALHO, G. M. de. Enfermagem em obstetrícia. In: 3. ed. São Paulo: epu, 2007.

CECATTI, J. G.; CALDERÓN, I. de M. P. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, v. 27, n. 6, p. 357 – 365, 06 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032005000600011&lng=en&nrm=iso>.

CESAR, J. A. et al. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, v. 11, n. 3, p. 257 – 263, 09 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292011000300006&lng=en&nrm=iso>.

CIELLO, C. et al. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, Brasília, p. 1 – 188, 2012.

COFEN. Decreto Nº 94.406/87. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. 1987. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreto-n9440687_4173.html>. Acesso em: 11/11/2017.

COFEN. Resolução COFEN Nº 0516/2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência. 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0516-2016_41989.html>. Acesso em: 11/11/2017.

CORTES, C. T. et al. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. Seminário Internacional em Saúde do Adulto, v. 1, n. 2017-, 2017.

CUNHA, E. Violência no parto em Minas Gerais: denúncia à Comissão dos Direitos Humanos da Assembleia Legislativa. Belo Horizonte, 2012.

D'OLIVEIRA, A. F. P. F.; DINIZ, C. S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence Against women in health – care institutions: an emerging problem. Lancet, v. 359, n. 11, p. 1681- 1685, 2002

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Violência obstétrica: você sabe o que é? São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/ViolenciaObstetrica.pdf>>. Acesso em: 05/11/2017.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. et al. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciênc saúde coletiva, SciELO Public Health, v. 10, n. 3, p. 669 – 705, 2005.

DINIZ, S. G. et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. Journal of Human Growth and Development, sciELOpepsic, v. 25, p. 377 – 384, 00 2015. ISSN 0104-1282. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822015000300019&nrm=iso>.

Dossiê da Violência Obstétrica. “Parirás com dor”.Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, 2012

DOTTO, L. M. G. et al. Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. Escola Anna Nery, SciELO Brasil, v. 12, n. 4, p. 717 – 725, 2008.

FIGUEIREDO, G. da S. et al. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. Rev. enferm. UERJ, p. 181 – 185, 2011.

GALLO, R. B. S. et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. Feminina, v. 39, n. 1, p. 41 – 48, 2011.

GAMA, A. de S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. Cadernos de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, v. 25, n. 11, p. 2480 – 2488, 11 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009001100017&lng=en&nrm=iso>.

GONÇALVES, M. L. C. et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas assistidas no município de Iguatu-CE. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Universidade de Fortaleza, v. 25, n. 2, 2012.

HOSPITAL MUNICIPAL DE ANAJÁS. Livro de Notificação de Parto. Anajás, 2009–2016.

LEAL, M. do C.; GAMA, S. G. N. da. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2014.

LEAL, M. do C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2014.

MACEDO, T. S. B. D. MACEDO, Thaís Scuisiatto Borges de. Na sala de parto: a necessidade de uma reportagem sobre violência obstétrica. 2015. 50 p. Monografia (jornalismo)—Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Disponível em: <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/bitstream/handle/1884/43475/TCC-I-Na-sala-departo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 05/11/2017.

MALHEIROS, P. A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, v. 21, n. 2, p. 329 – 337, 06 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01040707201200020010&lng=en&nrm=iso>.

MALTA, D. C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 16, n. 4, p. 233 – 244, Outubro a dezembro 2007.

MATTAR, R.; AQUINO, M. M. A. de; MESQUITA, M. R. de S. The practice of episiotomy in Brazil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, SciELO Brasil, v. 29, n. 1, p. 1 – 2, 2007.

MEDEIROS, N. C. M. de et al. Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal. *temas em saúde*, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 1 – 26, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.816, de 29 de maio de 1998. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* nº 103, 2 jun. Brasília. Brasília, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto, aborto e puerpério. Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei Nº 11.108, De 7 De Abril DE 2005. Portal do MS. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-paravoce/saude-do-homem/lei-doacompanhante>>. Acesso em: 12/11/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização. 1. ed. Brasília - DF, 2013. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Humanização do parto e do nascimento. cadernos Humanizaus, Brasília - DF, v. 4, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus: informações de saúde. [online]. Estatísticas vitais. Nascidos vivos. 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>>. Acesso em: 08/11/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Versão resumida. Brasília, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. [S.l.], s.d. Cnesnet. datasus. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VComp=&VUnidade=1500702313049>. Acesso em: 30/04/2017.

MIRANDA, J. Z. Violência Obstétrica: Uma Contribuição Para O Debate A Cerca Do Empoderamento Feminino. 2015. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violencia-obstetrica_juliana-miranda.pdf>. Acesso em: 09/09/2016.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 651 – 657, 09 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=en&nrm=iso>.

NASCIMENTO, L. C. do et al. Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos. *Rev. enferm. UFPE on line*, v. 11, n. supl. 5, p. 2014 – 2023, 2017.

NOVAES, E. S. et al. Perfil obstétrico de usuárias do Sistema Único de Saúde após implantação da Rede Mãe Paranaense/Obstetric profile of public health system users after implantation of the Network Mother from the State of Paraná-Brazil. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 14, n. 4, p. 1436 – 1444, 2016.

PERCEPÇÕES SOBRE VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS NA ÓTICA DE PUÉRPERAS. Mayra de Castro Oliveira, Magno Conceição das Mercês. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(Supl. 6):2483-9, jun., 2017.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra, 2014. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 05/11/2017.

PRAGMATISMO POLÍTICO. “Na hora de fazer, não gritou”. 2013. Disponível em: <<https://www.pragmatismopolitico.com.br/2013/04/violencia-no-parto-contramulher.html>>.

Acesso em: 04/11/2017.

REIS, T. da Rosa dos et al. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 36, p. 94 – 101, 2015.

Violência obstétrica no processo de parturic, ão em maternidades vinculadas à

Rede Cegonha *Francisca Alice Cunha Rodrigues^a, Samira Valentim Gama Lirab, Poliana Hilário*

Magalhães^{b,}, Ana Luiza e Vasconcelos Freitas^b, Verônica Maria da Silva Mitros^b e Paulo César Almeida. ^{r e p}*
ro d c l i m . 2 0 1 7 ; 3 2 (2) : 7 8 - 8 4

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, Revista Mineira de Enfermagem, v. 10, n. 3, p. 240 – 246, 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANAJÁS. Direção Administrativa do Hospital Municipal de Anajás. Anajás, 2016.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, UNESP, v. 21, n. 60, p. 209 – 220, 03 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100209&lng=en&nrm=iso>.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. de Giácomo do; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, v. 26, n. 7, p. 517 – 525, 00 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000700003&lng=en&nrm=iso>.

SILVA, M. G. da et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. Rev. Rene, v. 15, n. 4, p. 820 – 828, jul-ago 2014.

OS SABERES DAS MULHERES ACERCA DAS DIFERENTES POSIÇÕES DE PARIR: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDAR. Lorena Sabbadini da Silva, Diva Cristina Morett Romano Leão, Amanda Fernandes do Nascimento da Cruz, Valdecyr Herdy Alves, Diego Pereira Rodrigues, Carina Bulcão Pinto. Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(Supl. 4):3531-6, set., 2016.

SILVEIRA, I. P. da; FERNANDES, A. F. C. Conceitos da Teoria Humanística no cuidar obstétrico. Northeast Network Nursing Journal, v. 8, n. 1, p. 78 – 84, 2016.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013, Issue 8. Art. No.: CD003930. DOI:

10.1002/14651858.CD003930.pub3 FAUNDES, A.; CECATTI, J. G. A. Operação cesariana no Brasil: incidência, tendências, caus

SOUZA, L. M. et al. A dor do parto: uma leitura fenomenológica dos seus sentidos. Universidade Católica de Brasília, 2007. VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. online, p. 32 – 46, maio 2011.

WHO. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em 15/01/2018.

ZANARDO, G. L. de P. et al. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA. Psicologia & Sociedade, Associação Brasileira de Psicologia Social, v. 29, n. 5, 00 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822017000100218&lng=en&nrm=iso>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ-UFGPA
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO MARAJÓ-BREVES**

QUESTIONÁRIO

Nº _____

Perfil sócio-econômico e demográfico

Qual sua idade?

1. () Até 19 anos 2. () 20 a 29 anos 3. () 30 a 39 anos 4. () 40 anos ou mais

Qual sua escolaridade?

1. () Ensino fundamental incompleto 2. () Ensino fundamental completo
3. () Ensino médio incompleto 4. () Ensino médio completo
5. () Ensino superior incompleto 6. () Ensino superior completo

Qual sua profissão/ocupação: _____

Onde você reside/mora?: _____

Qual seu estado civil?

1. () solteira 2. () casada 3. () separada 4. () sem registro 5. () união estável

Qual a renda da família?

1. () Até um salário mínimo 2. () Um a dois salários mínimos
3. () Dois a três salários mínimos 4. () Quatro a mais salários mínimos

Perfil obstétrico:

Qual o número de partos?

1. () Apenas um 2. () Dois 3. () Três 4. () Quatro 5. () >4

Qual a via de nascimento do(s) seu(s) filho(s)?

Normal: 1. () Um 2. () Dois 3. () Três 4. () Quatro ou mais

Cesárea: 1. () Um 2. () Dois 3. () Três 4. () Quatro ou mais

Qual o profissional assistiu seu último parto?

1. () Médico 2. () Enfermeiro 3. () Outro: _____

Sobre a assistência ao trabalho de parto e parto:

Você teve acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?

1. () Sim 2. () Não

Em caso afirmativo: Ele foi escolhido por você?

1. () Sim 2. () Não

Fizerem muitos exames de toque em você durante seu trabalho de parto?

1. () Sim 2. () Não 3. () Mais ou menos

Foi pedido permissão à você para realizar o exame de toque?

1. () Sim 2. () Não 3. () Às vezes

Permitiram você caminhar durante o trabalho de parto?

1. () Sim 2. () Não 3. () Mais ou menos

Você pode tomar água ou se alimentar durante o trabalho de parto?

1. () Sim 2. () Não 3. () Às vezes

Aplicaram alguma medicação em você no qual disseram que seria para apressar o seu parto?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei/não lembro

Foi solicitado que você não gritasse, gemesse ou expressasse sua dor de alguma forma?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei/não lembro

Pediram para você fazer força durante o trabalho de parto e parto, mesmo sem você ter vontade?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei/não lembro

Cortaram a sua vagina na hora do parto?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei/não lembro

Em caso afirmativo: Pediram-lhe permissão para cortar sua vagina?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei/não lembro

Você sentiu dor no local durante o corte?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei/não lembro

Em caso afirmativo: Sabe informar se foi realizada anestesia local para realizar esse corte?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei/não lembro

Você escolheu a posição para parir?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei/não lembro

Que posição você pariu?

1. () Deitada 2. () Semi-sentada 3. () Sentada 4. () Verticalizada
5. () Lateralizada 6. () Cócoras 7. () Outra posição _____

Empurraram a sua barriga para o bebê sair?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei/não lembro

O seu bebê foi para o seu colo logo depois que nasceu?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei/não lembro

Você foi tratada com grosseria, se sentiu agredida, maltratada ou humilhada por alguém no hospital?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei/não lembro

Em caso afirmativo: Por quem? _____

Você já ouviu falar sobre violência obstétrica?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei/não lembro 4. () Mais ou menos

O que você considera ser a violência obstétrica contra mulher durante a gestação, parto e pós-parto? Pode marcar mais de uma alternativa.

1. () Quando os profissionais fazem o que não queremos
2. () Quando os profissionais nos ofendem, humilham e nos tratam mal
3. () Quando os profissionais fazem procedimentos sem que haja indicação
4. () Quando os profissionais fazem procedimentos sem nos explicar o que é e para que
5. () Quando os profissionais fazem procedimentos sem pedir permissão
6. () Amarrar ou machucar a mulher durante o parto
7. () Quando os profissionais ficam tocando a todo momento
8. () Quando os profissionais proíbem de fazer alguma coisa
9. () Quando os profissionais fazem cesariana sem indicação ou permissão
10. () Quando os profissionais fazem procedimentos sem que haja indicação
11. () Outra: _____

Você acha que sofreu violência obstétrica durante esse processo de hospitalização? Se sim em que momento?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei/não lembro 4. () Mais ou menos

Dê uma nota de 0 a 10 para seu atendimento neste hospital durante seu trabalho de parto e parto.

Pesquisa em prontuário sobre o trabalho de parto e parto:

Ocitocina endovenosa: 1. () Sim 2. () Não

Episiotomia: 1. () Sim 2. () Não

Tricotomia/raspagem de pelo pubiano: 1. () Sim 2. () Não

Lavagem intestinal: 1. () Sim 2. () Não

Presença de acompanhante: 1. () Sim 2. () Não

Kristeler: 1. () Sim 2. () Não

Jejum: 1. () Sim 2. () Não

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ-UFPA
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO MARAJÓ-BREVES**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Para a conclusão do curso de graduação em enfermagem, realizarei uma pesquisa que tem por título: AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À MULHER NO ATENDIMENTO AO PARTO, EM UM HOSPITAL MUNICIPAL NO MUNICÍPIO DE ANAJÁS: um olhar na violência obstétrica, com o objetivo de descrever a prática de atenção ao parto na visão das puérperas assistidas no Hospital Municipal do Município de Anajás, no Pará. Convidamos você a participar do estudo respondendo a um conjunto de perguntas sobre seu trabalho de parto e parto, na forma de uma entrevista, que só será gravada se você autorizar, caso contrário, os pesquisadores registrarão as suas respostas por escrito em um caderno. Caso não saiba alguma pergunta ou lhe provoque constrangimento, você tem liberdade para não responder. Para evitar a preocupação de que seus dados sejam divulgados, deixamos claro que as informações obtidas serão utilizadas somente nesta pesquisa e guardadas por cinco anos e que na divulgação dos resultados seu nome não irá aparecer, pois usaremos como código o nome de flores. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos ou outro meio de comunicação e publicados em revistas. Sua participação no estudo é muito importante, pois ajudará na obtenção de informações, a respeito da “Assistência prestada no trabalho de parto e parto”, além de proporcionar dados relevantes para criação de estratégias, ou melhoria das que já são aplicadas em relação ao assunto. Esta pesquisa tem o risco de perda de sigilo, porém para garantir o seu anonimato utilizaremos código numérico para identificá-la. A qualquer momento você pode desautorizar os pesquisadores de fazer uso das informações obtidas ou afastar-se da pesquisa e todo material gravado e/ou anotado lhe será devolvido. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Este trabalho será realizado com recurso dos autores. Não haverá nenhum pagamento pela sua participação. Se você tiver dúvidas e desejar esclarecimentos sobre a pesquisa poderá fazer contato com a pesquisadora responsável, a Profª Elisângela Ferreira, fone: (91) 983954408; com pesquisadora membro Fabrícia Correia, fone: 982537455, se tiver qualquer dúvida com relação aos seus direitos.

Declaro que li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi as informações que me foram explicadas sobre a pesquisa. Concordo voluntariamente em participar desse estudo assinando este termo em duas cópias e uma ficará comigo. Todas as laudas deste termo devem ser rubricadas pelo participante, junto com o pesquisador colocando suas assinaturas na última página.

Breves,...../...../.....

Assinatura do voluntário

RG _____

Assinatura do pesquisador responsável

RG _____

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ-UFPA
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO MARAJÓ-BREVES**

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE

Para a conclusão do curso de graduação em enfermagem, realizarei uma pesquisa que tem por título: AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À MULHER NO ATENDIMENTO AO PARTO, EM UM HOSPITAL MUNICIPAL NO MUNICÍPIO DE ANAJÁS: um olhar na violência obstétrica, com o objetivo de descrever a prática de atenção ao parto na visão das puérperas assistidas no Hospital Municipal do Município de Anajás, no Pará. Convidamos você a participar do estudo respondendo a um conjunto de perguntas sobre seu trabalho de parto e parto, na forma de uma entrevista, que só será gravada se você autorizar, caso contrário, os pesquisadores registrarão as suas respostas por escrito em um caderno. Caso não saiba alguma pergunta ou lhe provoque constrangimento, você tem liberdade para não responder. Para evitar a preocupação de que seus dados sejam divulgados, deixamos claro que as informações obtidas serão utilizadas somente nesta pesquisa e guardadas por cinco anos e que na divulgação dos resultados seu nome não irá aparecer, pois usaremos como código o nome de flores. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos ou outro meio de comunicação e publicados em revistas. Sua participação no estudo é muito importante, pois ajudará na obtenção de informações, a respeito da “Assistência prestada no trabalho de parto e parto”, além de proporcionar dados relevantes para criação de estratégias, ou melhoria das que já são aplicadas em relação ao assunto. Esta pesquisa tem o risco de perda de sigilo, porém para garantir o seu anonimato utilizaremos código numérico para identificá-la. A qualquer momento você pode desautorizar os pesquisadores de fazer uso das informações obtidas ou afastar-se da pesquisa e todo material gravado e/ou anotado lhe será devolvido. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Este trabalho será realizado com recurso dos autores. Não haverá nenhum pagamento pela sua participação. Se você tiver dúvidas e desejar esclarecimentos sobre a pesquisa poderá fazer contato com a pesquisadora responsável, a Profª Elisângela Ferreira, fone: (91) 983954408; com pesquisadora membro Fabrícia Correia, fone: 982537455, se tiver qualquer dúvida com relação aos seus direitos.

Declaro que fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Breves,...../...../.....

Assinatura do voluntário

RG _____

Assinatura do responsável por obter o consentimento

RG _____

Assinatura do pesquisador responsável

RG _____