

EMPODERAMENTO FEMININO NO PROCESSO DE PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO APÓS A INSTITUIÇÃO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO.

FEMALE EMPOWERMENT IN THE PREGNANCY, DELIVERY AND POST-DEPARTMENT PROCESS AFTER THE INSTITUTION OF THE PRENATAL AND BIRTH HUMANITY PROGRAM.

Cindy Enia Pimenta Magalhães; Leilane Barbosa de Sousa (Orientadora)

RESUMO: Objetivou-se analisar os efeitos do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no processo de pré-parto, parto e pós-parto. Trata-se de estudo longitudinal do tipo retrospectivo realizado durante os meses de setembro a novembro de 2016, no município de Pacoti, Ceará, em dois bairros do Centro da cidade. Participou do estudo quatorze mulheres, sendo que sete (primeiro grupo) pariram pela primeira vez antes do ano de 2002 e as outras sete (segundo grupo) pariram pela primeira vez após o ano de 2012. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada e submetidos à técnica de análise de conteúdo. Com ênfase maior no segundo grupo, a violência obstétrica começou a ser identificadas imediatamente na fase do pré-parto, com acrescente no parto e pós- parto. Conclui-se que, paradoxalmente, após o advento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, práticas de violência obstétrica tem se tornado mais frequentes, sugerindo a sensibilização e capacitação de profissionais de saúde para o parto humanizado.

Descritores: Humanização da assistência; Parto; Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze the effects of the Humanization Program in Prenatal and Birth in the process of prepartum, delivery and postpartum. This is a retrospective longitudinal study carried out during the months of September to November 2016, in the city of Pacoti, Ceará, in two districts of the city center. Fourteen women participated in the study, seven of them (first group) gave birth for the first time before the year 2002 and the other seven (second group) gave birth for the first time after the year 2012. The data were obtained through a semi-structured interview and Submitted to the content analysis technique. With greater emphasis on the second group, obstetric violence began to be identified immediately in the prepartum phase, with augmentation at delivery and postpartum. It is concluded that, paradoxically, after the advent of the Prenatal and Birth Humanization Program, obstetric violence practices have become more frequent, suggesting the awareness and training of health professionals for humanized childbirth.

Descriptors: Humanization of care; Childbirth; Obstetric nursing.

INTRODUÇÃO

A violência caracteriza-se como um grave fenômeno social que está em franca expansão, em todas as suas formas e, de modo especial, contra a mulher, ao longo da história e nos dias atuais ganhou caráter endêmico, fazendo-se cotidianamente presente em comunidades e países de todo o mundo, sem discriminação social, racial, etária ou religiosa (FONEITE; FEU; MERLO,2012). Logo, a violência contra a mulher apresenta-se em distintas expressões e uma delas tem sido muito presente e identificada como: violência obstétrica.

O parto é um acontecimento fisiológico em que a mulher depois de aguardar, em média 38 semanas do desenvolvimento da criança em seu ventre, começa a sentir as contrações como um sinal que o seu corpo está pronto para dar à luz o bebê. É consenso que muitos fatores psicológicos, estruturais e interpessoais interferem no momento do nascimento, e, por isto, é preciso propiciar à gestante um ambiente confortável e tranquilo a fim de deixá-la à vontade em um dos momentos de mais pura alquimia uma mulher.

O nascimento pode acontecer de forma natural, onde a criança passa pelo canal vaginal e o corpo da mulher em absoluta maestria se adapta para o momento, ou através da cesariana, que consiste essencialmente de um corte no abdômen e outro no útero, passando por outras camadas teciduais, onde se abre um espaço pelo qual o médico puxa o bebê (SILVA, et al.,2014). Segundo dados do (MS), 40% dos partos realizados no Brasil pela rede pública foram cesarianas e, na rede particular, esse número sobe para 85%; sendo que ambas as porcentagens estão bem acima da recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 10 a 15%.

Houve um tempo em que o parto acontecia na casa da própria parturiente, onde, ao invés de médicos e enfermeiros circundantes à mulher, aconchegavam-se em torno dela sua família, à espera da chegada do bebê, e a parteira, pessoa que conduzia todo o procedimento. Atualmente, ainda que em menor proporção, existem casos de pessoas que não procuram as maternidades e preferem parir em casa, com uma parteira ou uma equipe especializada. (FONSECA, 2008).

Com o advento da urbanização e da industrialização, os processos de trabalho, incluindo na área da saúde, passaram por profundas modificações, sobretudo no sentido da supervalorização de novas tecnologias. O ambiente familiar sai um pouco mais de cena

e, principalmente no meio urbano, o parto começa a acontecer em maior dimensão nos hospitais, com a presença de especialistas e demais profissionais da área. O nascimento tornou-se algo medicamentalizado, objetivo e nada singular (FONSECA, 2008).

A medicalização, por sua vez, transforma culturalmente as populações, originando um declínio na capacidade de enfrentamento autônomo das dores e adoecimentos (BASTOS, 2009). Esta contribuiu para o declínio da capacidade da mulher em lidar com o fenômeno do parto, sua imprevisibilidade e as dores do trabalho de parto. Percebe-se, portanto, a indispensabilidade de restituir ao processo do nascimento a soberania da mulher em todos os aspectos do parir (Brasil, 2014).

Com a adoção de novas tecnologias no processo de cuidar, pode-se afirmar que houve uma grande diminuição da mortalidade infantil e materna dada a medida do emprego do conhecimento científico nas condutas adotadas ao parto. De 1990 a 2012, a taxa de mortalidade infantil no Brasil reduziu 70,5%, de acordo com o (MS). Esperava-se, todavia, que a equipe de saúde agregasse os novos conhecimentos e tecnologias ao cuidado humanístico, para melhor atender a demanda de gestantes que gradualmente migraram de seus lares para os hospitais.

A humanização carrega interpretações diversas. No parto, é acreditar em sua fisiologia e apenas acompanhá-la; perceber, refletir e respeitar aspectos culturais, individuais, psíquicos e emocionais da mulher e sua família; é desenvolver o protagonismo do parto à mulher e é garantir-lhe o direito de acolhimento e escolha (MORAIS, 2014). A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano. Neste sentido, práticas que descaracterizam um parto humanizado podem ser consideradas como violência obstétrica.

No Brasil, o emprego do termo violência obstétrica é algo recente; porém, a agressão com mulheres em trabalho de parto é algo antigo, que vem, a cada dia, se tornando um problema de saúde pública em potencial agravamento, conforme explanou-se no dossiê “Parirás com dor”. Caracteriza-se por um conjunto de fatores que perpassam pela violência psicológica e física. Pode ser qualificado como violência obstétrica: agressões verbais, recusa de atendimento, privação do acompanhante, lavagem intestinal, jejum, episiotomia, separação do bebê da mãe logo após o nascimento, e todo procedimento que agrida fisicamente ou

psicologicamente a parturiente. De acordo com uma pesquisa feita da Fundação Perseu Abramo, uma em quatro mulheres sofrem violência obstétrica no Brasil.

Os maus-tratos na hora do parto, além de causar repercussões na saúde da mãe e da criança, podem marcar uma quebra de vínculo e confiança entre a mulher e a equipe de saúde, trazendo um desestímulo para que ela procure o atendimento obstétrico (OMS, 2015).

Em virtude disto, o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde (MS), elaborou políticas e programas que estabelecem as condutas apropriadas na hora do parto, lançando, em 2012, O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com intuito principal de garantir a acessibilidade, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

O parto humanizado necessita da capacitação e sensibilização da equipe dos profissionais de saúde que estão juntos à mulher, conduzindo-a passo a passo do parto; bem como do empoderamento da mulher acerca de seus direitos, o que, por vezes, é desconhecido por ela e por seus familiares.

O empoderamento é um neologismo originado da palavra *empowerment*, que significa delegar poder. Em se tratando de gestantes, significa permitir que cada mulher seja a protagonista de seu parto e que seu direito de parir seja resgatado com riqueza e plenitude. O empoderamento deve ser entendido como um processo pelo qual podem acontecer transformações nas relações sociais, culturais, econômicas e de poder. No parto, a mulher empoderada para o parto saberá o que se passa em seu corpo neste momento único e assim terá força para enfrentar os obstáculos externos e internos. (CARVALHO, 2008).

Quando a mulher passa a conhecer seus direitos enquanto gestante, tende a resistir diante do que lhe é forçado e imposto. O poder é resgatado e conquistado, fazendo-a autônoma e capaz. Por meio de informação, reflexão e conscientização, a mulher se empodera e suas escolhas serão respeitadas para que possa parir enfrentando os medos e as dificuldades naturais do processo.

Considerando que o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi elaborado como instrumento para sensibilizar equipes de saúde e a população acerca do parto humanizado, esta pesquisa foi desenvolvida a partir do seguinte questionamento: como se

caracterizam os partos, sob a perspectiva das pacientes, ocorridos antes e após o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento?

De maneira paradoxal, é curioso percebermos que profissionais que atuam na área da saúde e que, em tese, deveriam pautar suas condutas baseadas na ética e humanização, além de outras atitudes alinhadas com promoção do bem-estar da comunidade, acabam sendo alvos de críticas de má conduta em diversos aspectos, onde há apropriação do corpo da parturiente e processos reprodutivos da mulher, tirando-lhe a autonomia sobre seu próprio processo de parir (SOARES, 2015).

Com este trabalho objetivou-se conhecer a realidade das mulheres que necessitam partir de sua cidade à outra para terem seus filhos e, a partir disto, faremos uma análise crítica das políticas que, em tese, deveriam assegurar o binômio mãe-filho no momento do nascimento de forma humanizada e que não se descaracterizassem ao decorrer de todo o processo de parir.

Esta pesquisa propõe-se dispor de elementos do ponto de vista antropológico, abrangendo as dimensões sociais, culturais, econômicas e de gênero para compreender como a mulher entende e vive o processo de parto antes mesmo de chegar à maternidade. Ante exposto, torna-se forçoso que as práticas das atividades estejam livre de conceitos revestidos de senso-comum.

Por meio de busca na literatura, constatou-se que ainda não existem trabalhos publicados que analisem os efeitos do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento com mulheres residentes no Maciço de Baturité, muito embora estudos a nível nacional sejam identificados em numero bastante superior. Este é um trabalho que busca, além de promover a amplitude da mulher, sensibilizar os gestores e autoridades competentes com a problemática para que busquem estratégias que garantam o que preconiza o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, assegurando de forma responsável a saúde do binômio mãe-filho.

Diante disso, esta pesquisa foi delineada com o objetivo de analisar os efeitos do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) o partir de relatos de parturientes que tinham realizado parto natural e vivenciado a experiência do período de pré-parto, parto e pós-parto (PPP) de forma ininterrupta na maternidade.

MÉTODO

O estudo apresentou um delineamento longitudinal do tipo retrospectivo para a estruturação metodológica deste trabalho. A pesquisa foi desenvolvida durante os meses de setembro a novembro de 2016 no município de Pacoti-CE, em dois bairros do centro da cidade. Participaram do estudo 14 mulheres, sendo que sete (primeiro grupo) pariram pela primeira vez antes do ano de 2002 e as outras sete (segundo grupo) que tenham parido pela primeira vez após o ano de 2012, período em que o PHPN completou dez anos de implementação.

A quantidade de amostras foi estabelecida a partir da saturação de dados coletados ao transcorrer das entrevistas, após a identificação de discursos com elementos comuns, principalmente, no segundo grupo.

O período em que ocorreu o parto foi determinado considerando que o PHPN foi instituído em 2002 e que, pelo menos dez anos depois (a partir de 2012), espera-se que esteja devidamente implantado em todas as maternidades. Foram incluídas as mulheres com idade superior a 18 anos, que tinham realizado parto natural e vivenciado a experiência do período de pré-parto, parto e pós-parto (PPP) de forma ininterrupta na maternidade.

O primeiro contato com as participantes aconteceu por indicação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam no local de estudo. No contato com as mulheres indicadas, foi feito o convite para participar da pesquisa e explicados os objetivos, procedimentos, benefícios e riscos do estudo. As mesmas que apresentaram disponibilidade em participar da pesquisa, foram conferidas as demais informações necessárias como, por exemplo, horário e local dos encontros. A pesquisa iniciou com a apresentação do Termo

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todas as participantes assinaram o TCLE. Após obtenção do TCLE assinado, foi iniciada a coleta de dados.

As informações foram obtidas por meio de uma entrevista no próprio domicílio das mulheres, onde foi resguardado o máximo da individualidade e privacidade das participantes. Cada encontro teve duração aproximada de duas horas e foram registrados por meio de diário de campo.. Os questionamentos caracterizam-se por conjunto de questões predefinidas, mas que mantiveram a liberdade das participantes expressarem suas experiências no processo de pré-parto, parto e pós-parto.

A entrevista semi-estruturada foi fundamentada nas seguintes questões:

Expectativas sobre o parto antes de vivenciá-lo:

- Antes de você parir pela primeira vez, qual o significado físico e sentimental que você tinha sobre o parto?
- Como você achava que seria o parto normal? Alguém lhe deu informações sobre como seria o parto normal? Se sim, quem e de que forma?
- Como você achava que seria tratada na maternidade antes do parto do parto?
- Como você achava que seria tratada na maternidade durante o parto do parto?
- Como você achava que seria tratada na maternidade depois do parto do parto?

Experiência de pré-parto, parto e pós-parto na maternidade:

- Como você foi recebida na maternidade?
- Como foi o tratamento dos profissionais que acompanharam o processo de parir?
- Como foi seu parto? Você pode escolher o que fazer durante este processo?
- Como você foi tratada na maternidade depois do parto?

Sentimentos vivenciados após o parto:

- Como você se sentiu depois do parto? Tudo aconteceu da forma como você gostaria? Se não, o que ocorreu de forma diferente?
- Você gostaria de vivenciar a mesma experiência outra vez? Por que?

Os dados obtidos, de caráter qualitativo, foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, composta pelas fases de: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação) (BARDIN, 2010).

Os depoimentos foram agrupados em quadros, que permitiram a comparação entre os dois grupos, bem como a análise a partir das seguintes temáticas: “Expectativas acerca do parto”, “Humanização no pré-parto”, “Humanização no parto” e “Humanização no pós-parto”.

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Após aprovação, foi iniciada a pesquisa. Na mostra dos resultados do estudo, foi garantido o anonimato das participantes. As participantes dos grupos foram denominadas como P1, P2, P3, P4, P5 e P6, e para diferencia-las dos grupos a qual pertenciam, se acoplou a sua denominação a sigla “G1” para participantes do GRUPO 1 e “G2” para as do GRUPO 2, respectivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 14 participantes da pesquisa foram separadas em dois grupos, sendo que o grupo 1 foram inseridas as mulheres que pariram até 2002, ano que se iniciou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, objeto de análise deste estudo; já o segundo grupo foi constituído por mulheres que pariram após 2012, ano em que o programa em análise completou dez anos em vigor.

As falas foram agrupadas em quadros.

Expectativas acerca do parto

- Quadro 01:

Na perspectiva de conhecer o significado físico e sentimental que as participantes tinham sobre o processo de parir antes de este acontecer, interrogou-se sobre o parto. Os depoimentos a seguir retratam a realidade apresentada:

G1	G2
“A primeira vez que fui ser mãe eu tinha medo. Medo da dor, medo de não saber cuidar do filho [...] Toda vida que eu via	“Eu achava horrível, tanto pelo dor, quanto pelo jeito que a mulher fica com as pernas arrenhadas.” (P1 G2)

<p>uma mulher grávida eu achava que ela ia sofrer; porque é um momento bonito, mas é um momento muito delicado.” (P1 G1)</p> <p>“Eu não sabia como era a dor, mas sempre quis ter parto normal pela recuperação que rápida. Eu achava muito bonito mulher grávida [...] eu sonhava em ter filhos.” (P2 G1)</p> <p>“Eu sempre quis construir uma família, mas não sabia nada do parto, eu não tinha noção de parto [...] Não me passava muita coisa pela minha cabeça, eu não tinha experiência nenhuma. Eu era muito inocente, pensava que ia provocar o menino. Eu acho que eu era muito inocente.” (P5 G1)</p>	<p>“Achava feio ficar de perna aberta [...] no começo eu não tinha experiência, nem imaginava muita coisa.” (P5 G2)</p> <p>“Sempre quis ter um parto normal para voltar mais rápido pra casa [...] mas quando eu completei 29 anos, aí achei que já estava na hora. Me preparei muito, fui até ao ginecologista para ver se tava tudo bem.”(P6 G2)</p>
--	--

Algumas participantes (04) do grupo 1 relacionaram o parto à dor; contudo, a maioria (05) reconheceu o momento como singular na vida da mulher e compreenderam o parto natural como de mais rápida recuperação. Uma revelou que não possuía nenhuma informação sobre o processo de parir. No grupo 2, poucas participantes (03) associaram o parto à dor; porém, algumas (02) apontaram o incômodo da posição ginecológica a qual eram impostam durante o processo e outras (02) afirmaram ter certeza da escolha pelo parto natural.

Percebe-se que o medo da dor e sofrimento foi um dos elementos mais citados nos dois grupos, mas o incômodo com a posição ginecológica foi destacado apenas no grupo 2.

O dor do trabalho de parto é algo bastante difícil de mensurar, é sentido de modo bastante individual por cada mulher. Segundo Knobel (2006) a presença constante da dor no sentimento das mulheres tanto no trabalho de parto como no parto demonstra o quanto ela é presente em nosso sistema de saúde no que diz respeito ao atendimento ao parto, refletindo ainda sua valorização em nossa cultura.

Relacionado à posição ginecológica citada na fala de duas mulheres, esta foi adotada no parto com a sua medicalização, pois a posição de litotomia, no período expulsivo, passou a ser considerada mais adequada para a realização dos procedimentos hospitalares e adotada como clássica para o nascimento. No entanto, assim como outras intervenções obstétricas, essa posição foi adotada de maneira indiscriminada sem a devida avaliação de sua efetividade ou segurança (GAYSKI, 2009). A humanização do parto surge como uma forma de auxiliar e empoderar a parturiente, dando-lhe autonomia e informações necessárias sobre as técnicas comprovadas cientificamente para que a parturiente consiga ter um parto tranquilo, humanizado e normal, lhe dando a liberdade para escolher a posição do seu parto.

Além dos sentimentos sobre o parto natural em si, as participantes também expressaram as expectativas sobre a assistência que receberiam na maternidade, conforme pode ser verificado nas falas a seguir:

- Quadro 1.2:

G1	G2
<p>“Eu achava que ia ser bom, pois conhecia muita gente que trabalhava lá [...] eu não pensava muita coisa, mas achava que ia ser até bom.” (P3 G1)</p> <p>“Eu achava desde de sempre que ia ser mal tratada devido eu não ser casada, só amigada.” (P5 G1)</p> <p>“Pensei que eles iam pedir pra colocar força [...] não imaginava muita coisa.” (P6 G1)</p>	<p>“Eu achava que ia ser bem tratada.” (P1 G2)</p> <p>“Eu pensava que eles iam ser muito ignorantes, porque algumas pessoas me falavam [...] eu tinha muito medo de mal tratarem meu bebê. Só pensava nele.” (P2 G2)</p> <p>“Achei que ia ser super mal tratada, porque todo mundo fala que lá é um matadouro.” (P4 G2)</p> <p>“Eu achei que ia ser muito mal tratada, povo falava muito mal.” (P5 G2)</p>

No grupo 1, cinco mulheres acreditavam que seriam bem tratadas, apesar de que algumas relataram que se tratava de expectativas, pois não haviam sido muito bem informadas sobre o processo. Já as do grupo 2, a maioria de cinco mulheres tinham a expectativa de que

seriam maltratada, muito em parte por conta do relato de outras mulheres que haviam parido na mesma instituição. Destaca-se no discurso das mulheres do segundo grupo a quebra de confiança no serviço de saúde, idealizado pelo meio de relatos de outras usuárias que foram atendidas na mesma maternidade e sofreram violência na hora do parto. Desde forma, há uma distorção no que preconiza a principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que é assegurar a qualidade do acompanhamento da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

A mulher espera, naturalmente, que a maternidade seja um momento de plena felicidade. Este sentimento, por vezes, pode ser influenciado negativamente pelos relatos de experiências malsucedidas de outras mães que vivenciaram violência obstétrica, uma vez que há utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade das parturientes (ALMEIDA, 2016).

Sobre as expectativas acerca dos cuidados que receberiam na maternidade depois do parto, as entrevistadas manifestaram as seguintes ideias:

- Quadro 1.3:

G1	G2
<p>“Eu achei que um médico ia me examinar, tipo: verificar minha pressão [...] achei que assim que eu tivesse o bebê, eu ia ser alimentada.” (P1 G1)</p>	<p>“Eu achava que alguém ia ver se eu tava bem, se meu filho tava bem [...] que alguém ia me dar informações sobre tudo que era pra fazer com meu filho, como era pra cuidar dele.” (P1 G2)</p>
<p>“Eu achei que ia alguém me ver lá, fazer algum exame [...] eu achei que ia alguém me falar sobre amamentação.” (P3 G1)</p>	<p>“Eu pensei que depois do parto ia um médico vê se a gente tava pelo menos viva e que iriam pelo menos dar uma água [...]” (P4 G2)</p>
<p>“Não pensei nada não.” (P4 G1)</p>	<p>“Pelo que eu tinha escutado, achei que iria morrer de fome [...] até falei para o meu marido, que se eu morresse de fome, eu ligaria para a pizzaria” (P6 G2)</p>
<p>“Não imaginei nada, só tinha muita ansiedade dela nascer.” (P6 G1)</p>	

As expectativas sobre o pós-parto eram semelhantes nos dois grupos. As participantes, de forma geral, tinham expectativas positivas, pois acreditavam que seriam visitadas pelo médico para avaliação de seu estado geral, que receberiam água e alimentação (uma vez que ficaram em jejum), que seriam orientadas sobre amamentação e sobre outros cuidados com o filho.

Humanização no pré-parto

A assistência à mulher no enfrentamento do trabalho de parto não deve ser singularizado ao alívio da dor. Necessita-se colocar em prática a empatia, a atitude de escutá-la, ouvi-la e acalmá-la, favorecendo um ambiente favorável onde a ela se sinta cuidada (Coelho et al., 2005).

Os profissionais de saúde tem o dever de garantir assistência em todas as etapas do nascimento, assegurando a dignidade da mulher, de seus familiares e do recém-nascido, como assim preconiza o PHPN.

As participantes desta pesquisa vivenciaram as seguintes experiências na recepção da maternidade:

- Quadro 02:

G1	G2
<p>“Fui levada pra sala de parto pra fazer um exame de toque [...] eles me pediram pra tirar e roupa e fiquei lá na sala de pré-parto.” (P1 G1)</p> <p>“Quando eu cheguei eu fui direto fazer o exame de toque e só tava com dois centímetros de dilatação e voltei pra casa. De madrugada as dores aumentaram e eu voltei pro hospital e fiz outro exame de toque [...] depois fiquei lá sozinha até as dores aumentarem muito e achar que eu ter o bebê. Aí chamei a enfermeira.” (P2 G1)</p> <p>“Eu fui mal recebida por não ser casada.</p>	<p>“Fui mal tratada [...]. Teve uma hora que eu respondi grossa também [...] quando cheguei lá na maternidade ela saiu na frente e me deixou pra trás. Só olhava para o computador [...]” (P1 G2)</p> <p>“Eu fui de carro próprio e cheguei la com uma tia do meu marido. Eles falaram só com ela. E acho que foi melhor um pouco porque ela tinha muito conhecido lá [...] eu acho que se não fosse a minha acompanhante, teria sido pior [...]” (P2 G2)</p> <p>“Fiquei na recepção uns 10 minutos e depois foram lá chamar o médico [...] eu</p>

<p>Tive que pagar pra ela fazer meu parto” (P5 G1)</p> <p>“Quando eu cheguei lá tava sentindo muita dor e me colocaram na sala de espera e me fizeram exame de toque e lavagem intestinal [...] depois disso ninguém foi lá. Se eu não tivesse ido chamar a enfermeira, tinha tido a menina em cima da cama.” (P7 G1)</p>	<p>passsei o dia no hospital sem comer, fui mal recepcionada , mas depois que eu peguei amizade melhorou.” (P4 G2)</p> <p>“Cheguei lá sentindo muita dor, mas tinha que ter uma guia de referência. Meu marido voltou pra Pacoti para pegar a referência, pois só poderia ser atendida com isso. Quando eles viram que eu sentia muita dor, eles me colocaram sem guia mesmo lá em um quarto [...] quando meu marido chegou eu já tinha era tido a bebê. Foi rápido.” (P6 G1)</p>
---	---

No grupo 1, para cinco mulheres a experiência mais marcante foi o exame de toque, sendo que uma delas explicou que teve que pagar para que o parto fosse realizado. No grupo 2, foram verificados relatos de falta de acompanhamento qualificado (03), sendo que em um destes casos houve barreira na recepção da parturiente por conta da falta de guia de referência, mesmo esta se encontrando em trabalho de parto.

Na fala de uma das mulheres, quando insurge o relato de que a mesma pagou o parto devido à negação de atendimento pelo fato da participante não ser casada, houve uma grave quebra de um dos pilares que direcionam o Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade do atendimento. Além disto, tal afirmação se encontra em um dos tipos de violência obstétrica, a negação de acolhimento e assistência.

Na fala de duas participantes do segundo grupo, surge o tratamento inadequado das profissionais de saúde que as assistiram, causando desamparo e também discordo com a política de humanização do nascimento.

Em relação ao exame de toque, utilizado no final da gravidez para verificar a dilatação e a espessura do colo do útero, descida e posição da cabeça do feto e rompimento da bolsa, é um procedimento que pode causar dor e desconforto e deve ser explicado a mulher assim que houver necessidade de fazê-lo. Evidencia-se ainda, a imposição de intervenções que podem ser dolorosas, prejudicando a integridade física da mulher, desrespeitando a sua autonomia

quando há desconhecimento por parte da parturiente do procedimento que está sendo realizado (ALMEIDA e BORGES, 2016).

O acompanhamento da mulher entre a recepção e o início do parto é essencial, uma vez que neste intervalo a dor tende a aumentar e a paciente necessita de assistência qualificada para aliviar desconfortos e se sentir plena para um parto tranquilo. Sobre esse momento, verificou-se que o acompanhamento empregado ocorreu de acordo com os seguintes relatos:

- Quadro 2.1:

G1	G2
<p>“A questão da atenção dos profissionais foi péssima, parecia que eu tava sozinha no hospital. Eu gritava e ninguém vinha [...] eu acho que era pra ter mais atenção pra quem vai por uma vida no mundo. Por que uma vida é tão importante [...] na hora que passou a dor, eu tava sentada e senti vontade de ir ao banheiro. Quando sentei no vaso, pelo cansaço e o sono, acabei cochilando. FOI quando a enfermeira gritou –ACORRDAAAA, TU NÃO PODE DORMIR. Senão ele nasce e taca a cabeça no vaso- . Eu fiquei assustada e me deu vontade até de chorar. Fiquei até com medo de ir ao banheiro.” (P1 G1)</p> <p>“Na hora que eu fui fazer o exame de toque doeu muito e eu chorei, foi quando a auxiliar disse – só tá chorando agora, imagine na hora de ter- isso me deixou muito chateada, porque eu sentia muita dor [...] eu prometi nessa hora que ela disse isso que eu não ia chorar e nem</p>	<p>“Alguns me trataram bem, mas tinha uma enfermeira meio ignorante [...] elas tratavam mal todo mundo que ia chegando, além de mim [...] me perguntaram se eu tinha feito teste de HIV. Ela nem deixou eu terminar de falar e já foi furando meu dedo ” (P1 G2)</p> <p>“O médico me atendeu numa boa [...] tinha uma técnica meio chata, mas o restante foi legal.” (P3 G2)</p> <p>“Fui mal tratada [...] quando elas esquecem alguma coisa dizem que vão pegar e não voltam, deixam a gente lá esperando [...] eu já tinha feito o exame e voltei pra sala do pré-parto [...] Ela empurrou o dedo com força na hora de fazer o exame de toque, eu acho que deveria ser mais delicado” (P5 G2)</p> <p>“Me colocaram lá em um quarto e a enfermeira perguntou se eu estava sentindo dor e saiu. Ela só voltou porque minha mãe chamou ela e disse que a bebê já estava nascendo [...] eles só</p>

<p>gritar.” (P2 G2)</p> <p>“Uma mulher enfermeira falou assim: quem não era casada não era pra ter filho, isso ficava pra prostituta. Só quem podia ter filho era mulher casada. E eu não era casada, só vivia com um homem [...] em geral foram um pouco ignorante” (P5 G1)</p>	<p>socorrem a gente quando vê que está nas ultimas mesmo [...] eu acho que só fui atendida por um médico lá porque o meu médico particular era amigo dele e disse que iria ligar pra ela me esperar. Ele tem uma cara de rabugento.” (P6 G1)</p>
--	--

Verificaram-se situações de violência obstétrica ainda antes do parto e nos dois grupos. O abandono (07), a violência verbal (05) e o exame de toque excessivo (02) foram os tipos de violência obstétrica mais citados. A penalização da mulher com a dor em virtude de ter engravidado, especialmente em um dos casos em que se tratava de mãe solteira, revela a falta de ética no cuidado, principalmente em um momento em que a paciente se encontrava em situação de vulnerabilidade emocional e física.

O abandono, umas das violências mais citadas no Grupo 2, está em total discordância com o que estabelece o PHPN, pois o programa prevê que a parturiente tenha assistência qualificada, onde lhe seja garantido um parto tranquilo, minimizando os riscos a saúde da criança e da mulher (BRASIL, 2002).

Humanização no parto

O processo do parto em si, na dinâmica relatada pelas participantes deste estudo, aconteceu quando elas foram encaminhadas para a sala de parto e foram colocadas em posição ginecológica.

Diante disso, solicitou-se para as entrevistadas que relatassem o que aconteceu de mais marcante no momento em que entraram na sala de parto. Os relatos desvelaram as seguintes realidades:

- Quadro 03:

G1	G2
“[...] quando eu levantei a perna eu levei	“[...] o médico subiu na minha barriga pro

<p>um choque naquela luz e ela disse que eu tava mentindo [...] na hora da força eu peguei no braço da enfermeira e ela pediu pra soltar e não tocar mais [...] ela me cortou e não me disse pra que era [...].” (P1 G1)</p>	<p>menino sair mais rápido [...] Colocaram injeção de força no meu braço. Mas só conseguiram depois de sete vezes que tentaram, fiquei roxa [...] só fiz o que eles mandaram [...] ao invés de me darem o menino , rebolaram foi o menino em cima de mim.” (P1 G2)</p>
<p>“A auxiliar não esperou a placenta sair. Meteu o braço umas 4 vezes pra tirar a placenta e eu quase não aguento de dor. Eu dizia - mulher já tá bom! Pelo amor de Deus, eu não aguento mais-. E ela dizia - Eu tenho que fazer isso, não pode ficar resto de placenta dentro- [...] eles fizeram um corte tão grande que eu passei o mês todo doente depois do parto. Eu fiquei muito machucada.” (P2 G1)</p>	<p>“Eu não fui informada sobre nenhum procedimento que era feito comigo [...] depois que meu filho saiu e passou uns 5 minutos, foi como eu tivesse tido um outro menino e eu não sabia o que estava acontecendo. [...] o médico empurrava a minha barriga depois que meu filho sair e eu não sabia o que estava acontecendo, mas era a placenta.” (P3 G2)</p>
<p>“Com três dias quebrou os pontos e saiu um pedaço de gases. O médico tinha esquecido lá e eu fiquei com os pontos quebrados, ficou podre.” (P4 G1)</p>	<p>“Eu fui costurada à sangue frio, eu sentia a agulha entrando. Elas diziam que tava com anestesia, mas eu sei que não estava [...] a enfermeira subiu em cima de mim. Minha filha tem a cabeça achatada. Acho que foi disso [...] fui cortada até perto do anus [...] tiraram minha placenta com ferro [...] quando a neném já tava coroando eles colocaram ocitocina e a dor amentou demais” (P4 G2)</p>
<p>“O médico me tratou bem [...] ele disse que me cortou só porque disse que eu não tinha passagem [...] ele avisou que ia cortar [...] eu só obedecia e nada mais.” (P6 G1)</p>	<p>“[...] eles me cortaram e costuraram a sangue frio. Ei, aquela agulha de costurar é torta, né?! Eu sentia ela entrando e saindo. Doeu demais.” (P5 G2)</p>
<p>“As meninas “auxiliares” empurravam demais minha barriga [...] eu só obedeci [...] eu acho que eles não costuraram</p>	<p>“Foi tranquilo, mas eu só fiz o que mandaram.” (P7 G2)</p>

direito, a minha filha rasgou tudo quando passou, e as consequências vieram depois.” (P7 G1)	
--	--

Durante o processo de parto, também foram identificadas violências obstétricas nos dois grupos. Foram citadas: violência verbal, manobra de Kristeller, retirada precoce da placenta e erro médico tanto na episiotomia quanto na episiorrafia. No grupo 2 também houve relato de violência verbal e manobra de Kristeller. Três pacientes relataram que o processo foi tranquilo porque obedeceram às ordens da equipe de saúde.

A manobra de Kristeller, que foi relatada por algumas das mulheres, é usada com frequência nos hospitais com a finalidade de acelerar a expulsão do feto. Consiste em uma manobra na parte superior do útero, durante as contrações do parto, visando empurrar o nascituro em direção à pelve. Utiliza-se as mãos, braço, antebraço, joelho, e em casos mais absurdos as pessoas sobem em cima do abdômen da parturiente. O fato consiste num flagrante desrespeito à integridade física e nos casos mais comuns pode provocar: lesão dos órgãos internos, hematomas, fratura de costelas, hemorragias e contusões e além disso gera violência psicológica à gestante. Ademais, expõe a criança ao aumento da probabilidade de complicações decorrentes de distócia de ombros, ruptura de clavícula e trauma encefálico (ALMEIDA e BORGES, 2016).

Apesar das pacientes terem sofrido violência, as mulheres não denunciaram os abusos sofridos. Em algumas situações, quando a parturiente se dá conta da violência praticada contra ela, opta pelo silêncio, muitas vezes pelo medo de ser abandonada pelo profissional em um momento onde está altamente vulnerável ou ainda por não se sentir apoiada quanto à denúncia. Outros fatores contribuem ainda para que a mulher violentada não denuncie a prática, a saber, crer que não possui provas suficientes do ato de violência sofrido; desacreditar na justiça e ainda por desconhecer as atitudes que se configuram como violência obstétrica (ALMEIDA e BORGES, 2016).

Humanização no pós-parto

O pós-parto exige cuidados humanizados a fim de manter a integridade da saúde do bebê e bem-estar da mãe. Esse período é importante, por exemplo, para a amamentação eficaz e intervenção imediata em casos de hemorragia.

A vivência desse momento pelas participantes deste estudo ocorreu das seguintes formas:

- Quadro 04:

G1	G2
<p>“Eu senti muito frio e senti muita fome. Ninguém me deu comida, mas eu pedi [...] ninguém me deu informação, só me orientaram na hora que o bb não conseguia pegar no bico do peito.” (P1 G1)</p> <p>“Vez enquanto eles iam lá [...] a enfermeira foi me explicar como era amamentação.” (P3 G1)</p> <p>“Nessa parta já foi melhor. A menina que foi me ensinar sobre amamentação foi educada, me ensinou a colocar o menino pra mamar” (P5 G1)</p>	<p>“[...] depois do parto fiquei com muita fome e desmaiei no banheiro quando fui fazer xixi [...] me deixaram no quarto e não foram mais lá [...] no outro dia, uma enfermeira veio me perguntar se eu tava dando de mamar. Ela nem me deixou falar e logo pegando no meu peito e puxou. Doeu muito, mas eu não falei nada [...] só uma enfermeira me perguntou se eu tava bem.” (P1 G1)</p> <p>“Eu chorava muito com dor e eles não queriam me dar remédio [...] as comidas de lá são muito pouca [...] eu não recebi nenhuma informação, só um livro e um kit que tinha uma pomada.”</p> <p>“Não deixaram meu marido me acompanhar, e minha irmã ficou comigo [...]” (P3 G2)</p> <p>“[...] não tinha lençol limpo depois de eu ter tido o bebê, fiquei com a roupa de cama suja [...] a comida era pouca e a agua era salobra.” (P4 G2)</p>

A experiência do pós-parto foi positiva para a maioria (05) das participantes do grupo 1. Já no grupo 2, a maior parte (05) relatou momentos desagradáveis no pós-parto envolvendo o jejum prolongado, negligência no alívio da dor, violência física no manejo da amamentação, falta de informações sobre autocuidado e falta de higiene do ambiente..

A orientação é essencial para a mulher em todas as etapas do parto. No pós-parto, muitas vezes ela não possui conhecimentos suficientes para realizar o cuidado consigo e com o recém-nascido. É necessário informá-la quando cuidados no momento e posteriores à sua permanência na maternidade (CLARISSE, 2014).

Os relatos anteriores descrevem uma série de ações características da violência obstétrica na fase do pós-parto, o que culminam em mal estar físico e psicológico das mulheres que já passaram por um processo exaustivo do parto, além do risco de adquirir infecção visto o relato de insalubridade do ambiente.

Depois de tudo que experienciaram, questionou-se às mulheres se elas se submeteriam ao mesmo processo. Os depoimentos a seguir demonstram que o processo fisiológico em si não representa um impedimento para uma nova gravidez, mas sim a vivência da assistência recebida.

G1	G2
“Não. Desse sofrimento todo, não. Queria que tivesse sido bem humano.” (P1 G1)	“Sim, mas só porque lá é a única opção.” (P1 G2)
“Não. Jamais. Ave Maria” [...] Se eu fosse uma pessoa ruim tinha detonado a auxiliar que me fez sofrer pra todo mundo. Mas eu fiquei calada, nem pro médico eu falei [...]” (P2 G1)	“Gostaria de ter vivenciado tudo de novo, só que com mais informação.” (P3 G2) “Eu teria outro menino lá por que é o jeito [...]” (P4 G2)
“Só por conta que me senti humilhada, porque se fosse de outra maneira, eu queria tudo de novo.” (P5 G1)	“Teria coragem mais não, é muito sofrido.” (P5 G2)

As pacientes relataram que se sentiram realizadas pelo fato de terem se tornado mães, mas muitas não gostariam de passar pela mesma experiência em virtude de fatos relacionados aos procedimentos (ou falta deles) empregados pela equipe de saúde durante o processo de pré, trans e pós-parto. O sofrimento e a humilhação foram citados no grupo 1; enquanto que no grupo 2 as participantes destacaram que a maternidade em que pariram é a única opção da

região, apesar das práticas de violência obstétrica. Neste grupo, no entanto, uma das mulheres ressaltou que gostaria de vivenciar a experiência, mas com mais informação.

O parto humanizado necessita da capacitação e sensibilização da equipe dos profissionais de saúde que estão juntos à mulher, conduzindo-a passo a passo do parto; bem como do empoderamento da mulher acerca de seus direitos, o que, por vezes, é desconhecido por ela e por seus familiares. Pelo desconhecimento de seus direitos, estas acabam por ficarem submetidas às relações existentes entre os profissionais que se sentem com o domínio do corpo feminino (CARVALHO, 2008).

CONCLUSÃO

De maneira categórica as narrativas das participantes apontaram para posturas desumanizadas adotadas pelos que as auxiliaram no processo de parir, corroborando para que mesmo depois de dez anos do advento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, práticas que descaracterizam a segurança, qualidade e humanização do parto persistem nos métodos assistenciais de profissionais de saúde da região, não havendo melhorias significativas na assistência à parturiente. Os relatos de violência obstétrica denunciam a necessidade imediata de capacitação e sensibilização de profissionais de saúde para o parto humanizado.

REFERÊNCIAS

Referência: ALMEIDA, Enea de Stutz e; BORGES, Paulo Cesar Corrêa. **DIREITOS HUMANOS E EFETIVIDADE: FUNDAMENTAÇÃO E PROCESSOS PARTICIPATIVOS.** Santa Catarina: Copyright, 2016.

Bastos S, Silva AL, Beraldi B. Direito à autonomia em saúde: onde mora a vontade livre? In: Keinert TMM, Paula SHB, Bonfim JRA, organizadores. As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. São Paulo: **Instituto de Saúde**; 2009. p. 109-117.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006 – relatório. Brasília: MS; 2008.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.2029-2040, jul. 2008. Mensal.

Cátia Paranhos Martins (Org.). **Caderno HumanizaSUS: Humanização do parto e Nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Coelho MJ, Neves EP, Santos RS, Pereira A, Pereira M, Figueiredo NMA. Conforto e suas interfaces como cuidar e os cuidados de enfermagem. **Rev. Enferm.** Atual. 2005 Jul-Ago; 5 (28): 7-13. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): O Ministério; 2001.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Artigo Article**, São Paulo, p.627-637, 2005. Semestral.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Artigo Article**, São Paulo, p.627-637, 2005. Semestral.

Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev bras crescimento desenvolv hum** 2010; 19(2):13-26.

Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor” – **Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa - Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres**, 2012, p. 28-29. Disponível em <http://partodoprincipio.blogspot.com.br/2013/06/cpmi-sobreviolencia-contr-mulher.html>. Acesso em 02/12/2016.

FONSECA NETO, Manuel Dias de. TEMPO DE NASCER: O cuidado humano no parto e nascimento. 2. ed. Rio de Janeiro: **Ver Curiosidades**, 2008.

FRANCA, Bruna Suellen da Silva et al. VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL OBSTÉTRICA NO AMBIENTE HOSPITALAR. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.1-4, ago. 2014. Semestral. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/view/2368>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

FONEITE, J;FEO,A; MERLO, J.T. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Ver Obstet Ginecol Venez. v.72,n.1, 2012. Disponível em:http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322012000100002&script=sci_arttext Acesso em: 02 de dezembro de 2016.

Leny A. Bomfim Trad. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.777-796, maio 2009. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a13v19n3.pdf>>. Acesso em: 03 de setembro de 2016.

Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: **Secretaria de Políticas de Saúde**; 2002.

PEROVANO, Dalton Gean. Manual de Metodologia Científica: Para a segurança pública e defesa social. São Paulo: Jurua Editora, 2014.

SOARES, Bruno Porto et al. Violência obstétrica e suas implicações. **Renome: REVISTA NORTE MINEIRA DE ENFERMEM**, Minas Gerais, v. 4, n. , p.93-94, jun. 2015.

Semestral. Disponível em:
<<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/47/47>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

Soares JCRS, Camargo Júnior KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface** (Botucatu) 2007; 11(21):65-78.

SILVA, Susanne Pinheiro Costa e et al. PARTO NORMAL OU CESARIANA?: FATORES QUE INFLUENCIAM NA ESCOLHA DA GESTANTE. Revista de Enfermagem da Ufsm, Santa Maria, v. 1, n. 4, p.1-9, 12 jan. 2014. Semestral.

Tornquist CS 2004. Parto e poder: análise do movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFSC.