

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: EXPERIÊNCIAS DE PUÉRPERAS PRIMÍPARAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA

Ane Laura Saraiva Messias*

Virgínia Oliveira Chagas**

Fabrícia Ramos Rezende***

Grazielly Rezende Pedra Prado****

Thaís Rocha Assis*****

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar situações de violência obstétrica durante o trabalho de parto. Trata-se de um estudo de caso interpretativo em que os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada nos domicílios de quinze puérperas que realizaram o parto em uma maternidade pública do município sede de uma Regional de Saúde localizada no Estado de Goiás. A análise temática interpretativa foi conduzida por meio das etapas de redução, organização dos dados, identificação das unidades de significado, construção dos núcleos temáticos e interpretação dos resultados. Os resultados foram organizados em dois núcleos temáticos: experiência vivenciada durante a fase inicial do trabalho de parto e a experiência vivenciada pela puérpera durante a fase expulsiva do trabalho de parto. Observou-se através dos relatos das participantes do estudo que, durante o trabalho de parto, houve pelo menos uma forma de violência obstétrica em que a assistência foi baseada na realização de intervenções ineficazes e sem o consentimento da parturiente.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Trabalho de parto. Parto humanizado. Assistência perinatal. Pesquisa qualitativa.

INTRODUÇÃO

O processo parturitivo, ao longo da história, passou por diversas transformações. Tradicionalmente, os partos eram realizados em domicílio, por parteiras; todos eles sem a presença masculina e na posição vertical. Com a inovação tecnológica, os partos passaram a ocorrer no hospital, dando início à cultura do parto hospitalar por ser ele mais seguro e oferecer uma assistência mais qualificada. Nesse cenário, observa-se emprego de técnicas invasivas e, muitas vezes, desnecessárias, como a utilização da episiotomia de rotina e o aumento do número de cesáreas eletivas⁽¹⁾.

No entanto, sob outra perspectiva, guiada por evidências científicas e em prol do nascimento e do parto humanizado, a Organização Mundial da Saúde (OMS), nos anos 2000, publicou o “Guia Prático de Assistência ao Parto Normal” em que recomenda o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento⁽²⁾. No Brasil, a publicação mais recente do Ministério da Saúde, o caderno “HumanizaSUS - Humanização do Parto e Nascimento” preconiza que haja o mínimo de intervenção e o respeito ao parto como um processo fisiológico e único na vida da

mulher, do parceiro e de seus familiares⁽¹⁾.

Desde então, o objetivo do Ministério da Saúde é reduzir a mortalidade materna e perinatal, garantir o acesso e a qualidade do pré-natal e da assistência ao parto e ao puerpério, além de aprimorar ações voltadas à atenção à gestante e à puérpera⁽¹⁾.

Apesar dessas diretrizes, várias pesquisas sobre as experiências das mulheres têm evidenciado que, durante a gravidez, no parto e no pós-parto, em diversos países, mulheres experimentam violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos, graves violações da privacidade e cuidado negligente nas instituições de saúde durante o parto^(3,4). Na Venezuela, esses acontecimentos são denominados violência obstétrica e são tipificados como crime em seus códigos penais⁽⁵⁾. No Brasil, o tema da violência obstétrica tem sido abordado em ações de diferentes instâncias do Ministério Público e em ação judicial, porém ainda não é considerada crime na legislação brasileira⁽⁶⁾.

Esse tipo de violência contra as mulheres tem sido conceituado como qualquer ato exercido por profissionais da saúde, no que concerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, decorrente de uma

*Fisioterapeuta. Graduada em Fisioterapia, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. E-mail: ane_laura@hotmail.com

**Farmacêutica. Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás (UFG) - Regional Jataí. Jataí, GO, Brasil. E-mail: virginiafarm@gmail.com

***Fisioterapeuta. Mestre em Ciências da Saúde, UFG - Regional Goiânia. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: fabriciarr@gmail.com

****Fisioterapeuta. Especialista em Cardiopulmonar e Terapia Intensiva, UFG - Regional Jataí. Jataí, GO, Brasil. E-mail: grazypedra@hotmail.com

*****Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde, UFG - Regional Jataí. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: rochafisio.thais@gmail.com

atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos⁽⁶⁾.

Diante desse cenário, acredita-se que conhecer a forma como a assistência ao parto tem acontecido, sob a percepção das mulheres, é fundamental para permitir a elaboração de estratégias de aprimoramento das ações em saúde e assegurar o cumprimento das diretrizes de humanização propostas pelo Ministério da Saúde, garantindo melhores indicadores de saúde materna e perinatal.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi identificar situações de violência obstétrica durante o trabalho de parto em uma maternidade pública.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso interpretativo conduzido segundo os pressupostos metodológicos da hermenêutica moderna, e que considera o conhecimento como construção histórica das relações sociais dialógicas e intersubjetivas entre o pesquisador e o participante. A preocupação central deste tipo de investigação científica é descrever e explorar um ou múltiplos casos em seu contexto real para compreender sua complexidade⁽⁷⁾.

Para selecionar as participantes foi realizado, inicialmente, um levantamento das puérperas no pós-parto imediato, na unidade de alojamento conjunto de uma maternidade pública, localizada no município de Jataí, sede da Regional de Saúde Sudoeste II, no Estado de Goiás, no período de setembro de 2015 a março de 2016.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: puérperas com idade igual ou superior a doze anos, primíparas, de feto único a termo, e que realizaram parto normal no centro obstétrico da referida instituição. Os critérios de exclusão foram: puérperas com transtornos mentais ou déficits cognitivos e puérperas cujos bebês foram a óbito.

As entrevistas foram agendadas por contato telefônico, feito após 30 dias do parto, em que as participantes do estudo foram informadas sobre a realização da entrevista em seu domicílio entre 40 e 45 dias de pós-parto, e que aquelas menores de idade deveriam estar acompanhadas por um responsável. Durante a entrevista, tomou-se o cuidado para que o responsável não interferisse na narrativa da parturiente menor de idade. Das 25 puérperas contatadas, oito se recusaram a participar, pois haviam retornado para o município em que residiam e duas não foram

encontradas nos telefones informados, após três tentativas em períodos e dias diferentes.

Foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas individuais, em profundidade, no período de outubro de 2015 a março de 2016, levando em consideração a reconstrução das informações obtidas por saturação teórica dos dados. As entrevistas foram conduzidas pela investigadora principal, sob supervisão de uma das pesquisadoras com expertise em coleta de dados qualitativos, no domicílio das participantes, a partir de um roteiro que contemplou variáveis socioeconômicas (idade, estado civil, raça, ocupação, renda familiar, nível de escolaridade e número de consultas pré-natais), e pelas seguintes questões norteadoras: Conte-me como foi para você a experiência na sala de pré-parto e na sala de parto. Como foi o atendimento recebido dos profissionais de saúde na maternidade durante o parto?

A análise interpretativa foi implementada por meio da leitura exaustiva das descrições de cada caso e das transcrições das entrevistas, o que assegurou às pesquisadoras uma impregnação dos dados. A análise qualitativa foi conduzida considerando as etapas de redução e organização dos dados, construção das unidades de significados, identificação dos núcleos temáticos e interpretação dos resultados, construídos a partir da narrativa dos participantes, do referencial teórico, das percepções e reflexões dos pesquisadores⁽⁷⁾.

Para conferir maior validade ao estudo, o processamento e a análise dos dados foram realizados de forma independente por duas pesquisadoras, que discutiram as divergências de interpretação. Todo o processo de interpretação foi conduzido coletivamente por meio da discussão, revisão e reelaboração das descrições e interpretações.

As participantes do estudo tiveram sua identidade protegida por nomes fictícios com o intuito de preservar o anonimato. Atribuiu-se a cada entrevistada o nome de uma mulher que integra a história do movimento feminista no mundo. Assim, os trechos das narrativas apresentados vêm seguidos pelo nome atribuído.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sob o protocolo nº 965.374/2015. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes do estudo apresentaram uma média de idade de 20,7 anos (DP=2,08), e uma média

de 8,7 (DP=1,3) consultas pré-natais realizadas. Com relação ao estado civil, nove (60%) estavam em união estável e seis (40%) eram solteiras. Quanto à raça, 12 (80%) se autodeclararam pardas. Sobre a ocupação, nove (60%) eram do lar, cinco (33,3%) tinham trabalho formal e uma (6,6%) era estudante. Com relação à renda familiar, 11 (73,3%) afirmaram receber de um a três salários mínimos. Quanto à escolaridade, nove (60%) possuíam o ensino médio completo.

Por meio da análise interpretativa, verificou-se que a experiência vivenciada pelas puérperas foi marcada por um processo que envolveu uma assistência ao parto baseada em costumes, sem evidências científicas, demonstrando, assim, a necessidade de garantir uma formação adequada aos profissionais da saúde e assegurar o direito da gestante à informação sobre todos os procedimentos a serem realizados no momento do parto. Desse modo, foram identificados os seguintes núcleos temáticos: “Experiência vivenciada pela puérpera durante a fase inicial do trabalho de parto” e a “Experiência vivenciada pela puérpera durante a fase expulsiva do trabalho de parto”.

Experiência vivenciada pela puérpera durante a fase inicial do trabalho de parto

Neste núcleo, foram agrupados os relatos sobre a comunicação desrespeitosa por parte dos profissionais de saúde na sala de pré-parto, a realização de intervenções traumáticas e consideradas ineficazes, o desrespeito à privacidade da gestante e a proibição do acompanhante do sexo masculino na sala de pré-parto.

Algumas participantes relataram formas de tratamento e comunicação hostis, com agressões verbais às gestantes, no momento em que elas expressavam seu sofrimento, seja com choro, gritos ou gemidos, o que evidenciou o menosprezo, a desconsideração dos profissionais de saúde pelas dores originárias do parto⁽⁶⁾, como demonstrado nas narrativas a seguir:

[...] uai eu senti sei lá... como se fosse um animal, não gostei nadinha [...] o jeito que ela (médica) me tratou, ela só falou assim: “sobe aí que eu vou ver quantos centímetros (dilatação)”. Na hora de descer eu... (entrevistada começou a chorar) escorreguei..., quase caí, ela (médica) falou: “você não está vendo a escada aí não?”, e eu sentido dor, nossa senhora... [...] eu achei muito errado o jeito dela (médica) falar, às vezes a palavra agride mais a pessoa do que um tapa, um chute, um murro né! (Margaret Fuller- 20 anos)

[...] as enfermeiras da noite me mandaram não gritar porquê não ia resolver. Eu achei que não era pra ser assim porque é meio difícil não gritar porque quem já teve neném de parto normal sabe o tanto que dói, a enfermeira da noite era a que mais pedia pra eu não gritar (Leonor da Aquitânia – 20 anos)

Alguns procedimentos considerados ineficazes ou desnecessários⁽¹⁾, como a orientação de puxos dirigidos (quando a parturiente realiza contrações abdominais para expulsar o feto sob a orientação de algum profissional de saúde) e a realização de amniotomia (rompimento artificial da bolsa amniótica para acelerar o parto) sem o consentimento e o esclarecimento da parturiente, aconteceram durante a fase inicial do trabalho de parto, conforme relatado pelas participantes:

[...]Jela (enfermeira) só explicou que quando as contrações iniciassem mais fortes, eu poderia fazer força porque iria ajudar a dilatar mais rápido. (Margaret Fuller – 20 anos)

[...] já estava oito centímetros e a bolsa não tinha rompido naturalmente mas, ela (enfermeira) não me explicou o porquê que ela ia romper (a bolsa), só disse: “vou romper sua bolsa pra ir mais rápido!” [...] (Margaret Fuller – 20 anos)

Não há evidências científicas de que a amniotomia diminua o tempo de duração do primeiro estágio do trabalho de parto⁽⁸⁾. Além disso, não há dados consistentes que possam definir o melhor momento de realizar o rompimento artificial da bolsa amniótica para acelerar a dilatação uterina. Sendo assim, esse procedimento não é recomendado como parte dos cuidados de qualidade para as mulheres em trabalho de parto⁽⁸⁾.

O uso de ocitocina sintética, com o intuito de acelerar o parto, e a realização de toques numerosos e dolorosos para verificar a dilatação do colo do útero foram também relatados pelas parturientes:

[...] desagradável mesmo foram os toques e o soro (ocitocina) [...] o pique arde muito até hoje [...] (Joana d’Arc – 20 anos)

[...] eles pegaram e puseram aquele sorinho de força em mim (ocitocina) [...] parece que é a mesma coisa que tá te rasgando [...] Teve uma hora que ele (médico) deu o toque... nossa, doeu sabe. Eu falava: “pela amor de Deus, quantas vezes o senhor vai fazer isso mais?” (Malala Yousafzai – 16 anos)

As práticas de toques vaginais foram frequentes e executados por mais de um profissional. Sabe-se, porém, que estes toques quando realizados repetitivamente podem trazer desconforto à parturiente,

além de não fazer sentido quando realizados por diversos profissionais, pois é possível avaliar a evolução apenas por um profissional⁽¹⁾.

Também é agravante o uso indiscriminado de ocitocina que aumenta a atividade uterina e pode resultar em hipóxia fetal, associando-se a uma cascata de intervenções subsequentes, como a amniotomia e a episiotomia^(1,9,10).

Além da realização destas técnicas, as participantes mencionaram o desrespeito à privacidade e a proibição do acompanhante do sexo masculino na sala de pré-parto da maternidade, que não possuía quartos individuais. Assim, todas elas ficavam em um mesmo ambiente durante a primeira fase do trabalho de parto, conforme descrito nas falas abaixo:

[...] a médica me falou que o acompanhante deveria ser uma mulher, mas, por lei pode ser homem ou mulher, a gente que escolhe [...]. Não deixaram meu marido entrar (na sala do pré-parto) [...], mas ele (marido) disse que sabia os direitos dele e entrou (na sala do pré-parto) (Marie Curie – 23 anos)

[...] eu achava que não tinha que ter aquele tanto de gente lá na porta, porque estava parecendo um show [...] eu achava que por ser hospital público, a privacidade não ia ser respeitada mesmo, mas acho que tinha que ter pelo menos um pouquinho [...] (Leonor da Aquitânia – 20 anos)

[...] era um pouco estranho aquele tanto de gente (na sala do pré-parto), e dor ao mesmo tempo, todo mundo (parturientes) tendo neném junto ao mesmo tempo [...] (Billie Jean King – 20 anos)

O direito ao acompanhante da escolha da gestante durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, é garantido por lei⁽¹¹⁾. Assegurar a elas, portanto, esse direito, deixam-nas mais confiantes, satisfeitas e felizes, diminuindo o sentimento de solidão, ansiedade e a vulnerabilidade da mulher⁽¹²⁾.

Como a maternidade do presente estudopossuía uma única sala de pré-parto para todas as mulheres, issoimpedia a privacidade das parturientes e, consequentemente, dificultou a presença do acompanhante. Acredita-se que a reorganização deste ambiente, associada a uma postura dos profissionais de saúde, reorientada para o paradigma da humanização, é fundamental para a garantia desse direito⁽¹⁾.

A essência do termo “humanizar” demonstra a mudança de paradigma sobre o parto - de uma visão tecnicista para outra de fenômeno fisiológico e que abrange uma experiência humana. Nesse novo paradigma, os profissionais de saúde têm a sua assistência centrada no mínimo de intervenção

possível, respeitando a fisiologia do parto, o que ameniza o sofrimento das mulheres^(1,13).

Nos achados da pesquisa, as práticas desnecessárias e ineficazes também foram observadas na sala de parto, no momento da expulsão do bebê, conforme apresentado a seguir.

Experiência vivenciada pela puérpera durante a fase expulsiva do trabalho de parto

Neste núcleo, foram agrupados os relatos sobre a atuação dos profissionais de saúde na sala de parto e a falta de informação das parturientes sobre as intervenções realizadas, muitas vezes, de forma desnecessária e sem o consentimento da gestante.

As falas abaixo ilustram a atuação dos profissionais de saúde com a parturiente:

[...] na hora que eu colocava as mãos na perna, ele (médico) danava comigo porque não podia [...] o médico era mais sério, mais bruto, pelo jeito dele falar lá na sala [...] ele (médico) tinha que ser mais calmo, falar mais delicado... ele (médico) foi bruto e sem educação [...] (Joana d’Arc – 20 anos)

[...] eu falava que estava doendo demais, e eles (médico e enfermeira) falavam alto comigo, e que eu iria cansar, que eu não estava ajudando, que era para eu fazer direito pra ajudar o neném [...] me dava raiva na hora, porque eu tava sentindo dor [...] eu fazia o que eles me pediam porque, eu não sabia o que era melhor pra mim e eles já têm experiência [...] (Jane Austen – 22 anos)

[...] eu falava para ele (médico) que eu tava fazendo força e ele (médico) falava: “mas a força que você está fazendo, o bebê não tá vindo”, eu disse: “mas, eu estou fazendo força”, ele (médico) disse: “não grita e na hora que for vir você faz força de fazer cocô pra sair”, e eu fazia força e nada... só sentia dor...só dor... [...] (Malala Yousafzai – 16 anos)

Estas falas revelam a comunicação desrespeitosa protagonizada pela equipe de saúde, e a ocorrência de atendimentos desumanos na assistência ao parto. Segundo a OMS, tais situações também são vivenciadas por mulheres nas instituições de saúde em diversos países⁽⁴⁾.

Além disso, as participantes mencionaram alguns procedimentos que interferiram na fisiologia do processo parturitivo, causando dor e/ou danos físicos, sem embasamento científico, como a utilização da manobra de Kristeller (aplicação de pressão com as duas mãos sobre o abdômen, na parte superior do útero, por um profissional que assiste o parto) e da episiotomia de rotina sem consentimento e, às vezes,

com o intuito de ensinar um outro profissional de saúde aprendiz⁽⁶⁾:

[...] eu senti que o pediatra fez uma pressão para baixo na minha barriga [...] eu tinha perdido as forças, mas eu achava que isso era normal [...]. (Leonor da Aquitânia – 20 anos)

[...] no parto ele (médico) falou assim: “eu vou dar o pique!”, aí eu falei: “vai me cortar aí?”, e ele (médico) disse: “eu já cortei minha filha!”. (Malala Yousafzai – 16 anos)

[...] durante o “pique” eu achei que o doutor falou com ironia comigo porque, eu senti que a anestesia tinha acabado e perguntei para ele quantos pontos ele ia dar porque, eu acho que são várias camadas, né! E ele (médico) falou irônico que ia ser uns 20 [...]. (Leonor da Aquitânia – 20 anos)

[...] eu acho que ele (médico) me usou pra poder ensinar ela (acadêmica) [...] cada vez que a neném tentava sair e não saía, ele (médico) dizia “mais anestesia e mais um cortinho” [...] eu não podia gritar [...]. (Simone de Beauvoir – 24 anos)

A realização de episiotomia esteve presente em diversas falas das participantes deste estudo. As entrevistadas afirmaram que não foram informadas sobre a quais procedimentos seriam submetidas e, revelaram, ainda, que não sabiam o porquê do procedimento, além de relatarem os incômodos sentidos no pós-parto.

Sabe-se que na episiotomia, realizada de forma rotineira em todas as mulheres, podem ocorrer a extensão do corte com lesão de esfíncter anal e retal, resultados anatômicos não satisfatórios, tais como, pregas cutâneas; assimetria ou estreitamento excessivo do intróito vaginal; prolapso vaginal; fístula reto-vaginal e fístula anal; aumento na perda sanguínea; hematomas; dor e edema locais; infecção; deiscência e disfunção sexual feminina⁽¹⁾.

Nessa pesquisa, apesar de não se tratar de uma maternidade - escola, evidenciou-se a cultura do ensino: o uso não informado e não consentido da realização da episiotomia por uma estudante de medicina para o treinamento desta intervenção. Nota-se que estes abusos fazem parte de uma cultura institucional, ocorrem com usuárias dos sistemas de saúde público e privado, e não são identificados como uma violação dos direitos das mulheres⁽⁶⁾. Por outro lado, a OMS declara que esses abusos são uma ameaça ao direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação⁽⁴⁾.

Nesse sentido, a OMS propõe, desde o ano 2000, mudanças no atendimento ao parto hospitalar e

medicalizado no Brasil, como a diminuição de rotinas excessivamente intervencionistas, que trazem riscos às parturientes, como a episiotomia, a amniotomia, o enema e a tricotomia e, particularmente, a cesariana⁽²⁾. Em 2011, o governo federal brasileiro lançou um programa denominado Rede Cegonha, que tem por objetivo criar condições políticas, institucionais e técnicas para a implementação de mudanças nos processos de trabalho, no que diz respeito à qualificação da gestão e da atenção materna e infantil, à humanização do cuidado, à garantia de direitos das/dos usuárias/os e à redução das taxas de mortalidade infantil (neonatal) e materna⁽¹⁾.

Os achados deste estudo estão em consonância com os da pesquisa “Nascer no Brasil”, quanto à realização de intervenções desnecessárias durante o parto, que mostrou que apenas 5% das entrevistadas tiveram partos sem nenhuma intervenção, 91,7% estavam em posição de litotomia, 53,5% foram submetidas à episiotomia, 36,4% receberam ocitocina, 39,1% sofreram a amniotomia, 36,1% receberam a manobra de Kristeller e apenas 18,7% contaram com a presença do acompanhante⁽¹⁴⁾. Nesta pesquisa, a região Centro-Oeste foi apontada como a região onde acontecem com mais frequência a manobra de Kristeller, a posição de litotomia e a prática da episiotomia⁽¹⁵⁾.

No presente estudo, a posição de litotomia foi a única disponível para todas as entrevistadas parirem, apesar de um estudo de revisão sistemática concluir que as posições verticalizadas reduzem a duração do trabalho de parto, além de reduzirem as taxas de episiotomia e outras intervenções durante o parto⁽¹⁶⁾.

Sobre a alimentação, a ingesta hídrica e os movimentos corporais antes do parto, algumas entrevistadas afirmaram que foram impedidas de tais ações e, mesmo quando sentiam vontade de ingerir algum alimento ou água e/ou de se movimentarem, tiveram que acatar as instruções da equipe de saúde porque elas não foram orientadas e não sabiam, portanto, o que se passava nos seus corpos durante o período do trabalho de parto. Esse fato destaca a necessidade de um pré-natal que as instrua de maneira que elas saibam o que é benéfico, quais são os procedimentos desnecessários e de rotina, fazendo, assim, com que elas atuem como protagonistas de seus partos.

Nesta perspectiva, as práticas de cuidado com as gestantes nas instituições de assistência à saúde devem ser melhoradas. Deve-se prolongar o tempo das relações entre as gestantes e os profissionais de saúde.

A OMS recomenda a elaboração de um plano de parto para cada gestante juntamente com o profissional de saúde que acompanha o pré-natal. Esse instrumento permite às mulheres entenderem as práticas consideradas benéficas e eficazes, além de conhecerem os seus direitos durante o processo de parturição, contribuindo, desse modo, para devolver o protagonismo do parto às mulheres⁽¹⁷⁾.

Uma questão importante observada nesse estudo, durante as práticas obstétricas, foi a pressa dos profissionais de saúde, envolvidos na realização do parto das gestantes. Este fato diminui a autonomia das mulheres durante o processo de parturição, resultando em uma assistência ao parto focada apenas na decisão do médico e não nas reais necessidades fisiológicas da parturiente⁽¹³⁾.

Neste estudo, a imposição de uma série de intervenções, que não se baseia em evidências científicas, resultou em partos com desfechos dolorosos e traumáticos. Essa rotina às quais as mulheres foram submetidas, configurou-se numa violência obstétrica.

Torna-se necessário, portanto, adotar medidas preventivas e de superação deste tipo de violência com todos os envolvidos com a assistência ao parto. Apesar deste tema ser, ainda, pouco discutido entre as gestantes, por gerar constrangimentos à mulher em um momento de vulnerabilidade, a violência obstétrica constitui um problema de saúde pública⁽⁶⁾.

O cenário apresentado aponta para o questionamento sobre a formação dos profissionais de

saúde que assistem o parto. Deve-se primar por uma formação centrada na prevenção quaternária em saúde, ou seja, no princípio da intervenção mínima com o objetivo de diminuir riscos da hipermedicalização, e reduzir os danos e intervenções desnecessárias, a fim de minimizar as iatrogenias. Trata-se, pois, da aplicação do *primum non nocere* (primeiro não lesar), que é um dos fundamentos que norteiam as práticas em saúde⁽¹³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as entrevistadas sofreram alguma forma de violência obstétrica no atendimento durante o trabalho de parto. O modo de realização do parto foi conduzido por profissionais de saúde, com intervenções e sem a participação ativa das parturientes, tornando-o traumático e desumano. Essa vivência desrespeitosa do parto às mulheres, em sua primeira gestação, pode levá-las a acreditar que todo parto normal é violento e que a cesariana é a melhor opção.

Assim, torna-se necessário melhorar a assistência às mulheres em processo parturitivo, tomando esse processo mais humanizado e menos intervencionista, além de permanente capacitação dos profissionais de saúde.

Sugere-se, assim, novos estudos sobre a percepção dos profissionais de saúde, nesse cenário de assistência ao parto, que possibilitem identificar lacunas na formação acadêmica dos profissionais de saúde.

OBSTETRIC VIOLENCE: EXPERIENCES OF PUERPERAL PRIMIPARAE IN A PUBLIC MATERNITY

ABSTRACT

The present study aimed to identify situations of obstetric violence during labor. It is an interpretative case study in which the data were collected through a semi-structured interview in the homes of fifteen puerperal women who delivered the child in a public maternity hospital in the municipality from Regional Health Center located in the State of Goiás. The interpretative thematic analysis was carried out through the stages of reduction, organization of data, identification of meaning units, construction of thematic nucleus and interpretation of results. The results were organized in two thematic nucleus: experience during the initial phase of labor and the experience of the puerperal woman during the expulsive phase of labor. It was observed from the study participants' reports that during labor there was at least one form of obstetric violence in which care was based on ineffective interventions and without the consent of the patient.

Keywords: Violence Against Women. Labor. Humanizing Delivery. Perinatal Care. Qualitative Research.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: EXPERIENCIAS DE PUÉRPERAS PRIMÍPARAS EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo identificar situaciones de violencia obstétrica durante el trabajo de parto. Se trata de un estudio de casos interpretativo en que los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestructurada en los hogares de quince puerperas que realizaron el parto en una maternidad pública del municipio sede de una Regional de Salud ubicada en el Estado de Goiás. El análisis temático interpretativo fue conducido a través de las etapas de reducción, organización de

los datos, identificación de las unidades de significado, construcción de los núcleos temáticos e interpretación de los resultados. Los resultados fueron organizados en dos núcleos temáticos: experiencia vivida durante la fase inicial del trabajo de parto y la experiencia vivida por la puérpera durante la fase expulsiva del trabajo de parto. Se observó por medio de los relatos de las participantes del estudio que, durante el trabajo de parto, hubo por lo menos una forma de violencia obstétrica en que la asistencia fue basada en la realización de intervenciones ineficaces y sin el consentimiento de la parturienta.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Trabajo de parto. Parto humanizado. Asistencia perinatal. Investigación cualitativa.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Universidade Estadual do Ceará. Cadernos Humaniza SUS. Humanização do parto e do nascimento. vol. 4. Brasília (DF); 2014. Disponível em: http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf
2. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático [online]. Genebra; 2000. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/
3. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública* [online]. 2014; 30(1):S17-S32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
4. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde [online]. Genebra; 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.2_3_por.pdf
5. Venezuela. Tribunal Supremo de Justicia República Bolivariana de Venezuela. Lei nº 38.668, de 23 de abril 2007. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [online]. 2017. [citado 11 fev 2017]. Disponível em: <http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Organica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>
6. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, Niy DY. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção. *J Hum Growth Dev* [online]. 2015; 25(3): 377-376. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>
7. Yazan B. Three approaches to case study methods in education: Yin, Merriam, and Stake. *Qual Rep* [online]. 2015; 20 (2):134-152. Disponível em: <https://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2102&context=tqr>
8. Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev* [online]. 2013, Issue 6. Art. No.: CD006167. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub4>
9. Monteschio LVC, Sgobero JCGS, Oliveira RR, Serafim D, Mathias TAF. Prevalência da medicalização do trabalho de parto e parto na rede pública de saúde. *Cienc Cuid Saúde* [online]. 2016 out/dez; 15(4):591-598. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i4.33420>
10. Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R, Burguet A et al. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. *Rev Méd Périnat* [online]. 2017; 9:107-113. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s12611-017-0405-4>
11. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (BR). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União, Brasília* [online]; 2005. [acessado em 16 fev 2017]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-mulher/legislacao/lei_n_11.180_-_acompanhante.pdf
12. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc Anna Nery* [online]. 2014 abr/jun; 18(2):262-269. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140038>
13. Souza JP, Castro CP. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. *Cad Saúde Pública* [online]. 2014; 30(1): S11-S13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE02S114>
14. Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* [online]. 2014; 30(1):S5-S7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XED01S114>
15. Riesco MLG. Nascer no Brasil “em tempo”: uma questão de hierarquia das intervenções no parto? *Cad Saúde Pública* [online]. 2014; 30(1):S35-S36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO02S114>
16. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* (online). 2017 may; 25(2):CD002006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
17. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Rev Latino-Am Enfermagem. Forthcoming* [online]. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>

Endereço para correspondência: Thaís Rocha Assis. Endereço: Rua T-50, nº 962, Setor Bueno, Goiânia, Goiás. Brasil. CEP: 74.215-. Telefone: 62-98146-0226. E-mail: rochafisio.thais@gmail.com.

Data de recebimento: 31/10/2017

Data de aprovação: 16/3/2018