VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PERCEPÇÕES ACERCA DO PARTO NORMAL

OBSTETRIC VIOLENCE: PERCEPTIONS CONCERNING NORMAL DELIVERY

Nathália Costa Melquiades de Medeiros[1]
Edmara Nóbrega Xavier Martins[2]
Francisca Elidivânia de Farias Camboim[3]
Maryama Naara Félix de Alencar Lima Palmeira[4]

RESUMO

O parto vem sendo frequentemente percebido como um processo patológico, que tem resultado na adoção da tecnologia do parto dirigido, no qual a mulher se encontra, geralmente, semi-imobilizada, com as pernas abertas levantadas, privada de alimentos e líquidos por via oral, sujeita à utilização de drogas para a indução do parto e ao uso rotineiro de episiotomia e eventual do fórceps. Este estudo objetiva identificar a experiência de mulheres primíparas diante de possíveis casos de violência obstétrica no parto normal. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado entre Março e Abril de 2016 na Maternidade Dr. Peregrino Filho, no município de Patos – PB, com 38 puérperas que passaram pelo processo de parto normal. O instrumento de estudo utilizado foi um roteiro de entrevista estruturado, sendo a pesquisa realizada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisas das Faculdades Integradas de Patos e tendo seguido os preceitos éticos em pesquisas. A partir da análise dos dados, foi visto que a maior parte das mulheres não sofreu violência obstétrica física, sendo o toque vaginal e a falta do acompanhante no parto as principais queixas entre elas. Conclui-se portanto que, apesar da manutenção de alguns costumes divergentes aos manuais de parto humanizado, foram encontradas respostas positivas entre as mulheres à respeito do sentimento no pós-parto.
Descritores: Parto Normal. Parto Humanizado. Violência contra a mulher.

ABSTRACT: Childbirth is currently perceived as a pathological process, which has led to the adoption of the technology of assisted delivery in which the woman is generally semi-immobilized with her legs open and raised, deprived of orally ingested food and liquids, subject to the use of drugs to induce labor and routine use of episiotomy and possibly the forceps. This study aimed to identify the experience of primaperous women possibly facing cases of obstetric violence in the care of normal delivery. This is a descritive study based on a quantitative aproach, performed between march and april of

[1] Acadêmica, concluinte do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP
[2] Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelas Faculdades Integradas de Patos - FIP. Especialista em Urgência e Emergência pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP
[3] Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP
[4] Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos –UNISANTOS. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP

2016 at Maternity Dr. Peregrino Filho, in Patos, Paraíba, with 38 puerperas, that went through normal delivery. Data was collected through structured individual interviews, and this research was conducted after the acceptance of Research Ethics Committee of Faculdades Integradas de Patos and followed the ethics precpts in research. Data has suggested that, most of the women did not suffer physical obstetric violence, however most of the women complained about vaginal touch and the lack of a coach during labor. Therefe, it can be concluded that despite the maintenance of some habits which are not done according to humanized childbirth manuals, positive responses were observed among women concerning postpartum feelings.
Descritores: Normal Delivery. Humanized Delivery. Violence against women.

INTRODUÇÃO

Atualmente o parto vem sendo percebido como um processo patológico, que tem resultado na adoção da tecnologia do parto dirigido, onde a mulher se encontra, geralmente, semi-imobilizada, com as pernas abertas levantadas, privada de alimentos e líquidos por via oral, sujeita à utilização de drogas para a indução do parto e ao uso rotineiro de episiotomia e eventual do fórceps. Esse é o modelo de atenção ao parto normal mais comum no Brasil, sendo realizado, quase sempre, por um médico em uma instituição de saúde hospitalar, razão pela qual é também chamado de parto normal hospitalar.

Fernando Magalhães e o professor Jorge de Rezende defendem que o adormecimento provocado pelo uso de narcóticos e o uso do fórceps vieram humanizar a assistência aos partos. A igreja Católica descrevia o sofrimento que antecede o parto como desígnio divino, castigo pelo pecado original, sendo quase que proibido qualquer alívio ou apoio aos riscos e dores causados pelo parto. Na Europa e Estados Unidos na primeira década do século 20, o parto sob sedação total começou a ser usado e ficou popular entre os médicos e as próprias parturientes. Iniciava-se com uma injeção de morfina no trabalho de parto, seguida de uma dose de um amnésico chamado escopolamina. Assim, a mulher sentia dor, mas depois de passado o efeito, qualquer lembrança consciente do parto era apagada. Também era feita a indução do parto com o uso de ocitócitos, o colo era dilatado com auxílio de instrumentos e o bebê retirado com uso de fórceps. A escopolamina tinha também efeito alucinógeno, e podia causar intensa agitação, as parturientes deveriam estar amarradas no leito, pois se debatiam, e causavam vários hematomas. E para evitar que fossem vistas nessa situação

constrangedora, os leitos eram cobertos, como uma barraca (DINIZ, et al; 2005); (DINIZ, et al; 2015); (DINIZ, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados. Com base neste entendimento a OMS recomenda uma maior participação do Enfermeiro Obstetra (EO) na atenção ao parto, tomando como referência a ideia de que sua formação é orientada para o cuidado, e não para a intervenção (OMS, 2014).

Define-se como "violência obstétrica" uma forma de violência contra a mulher, atos realizados por profissionais da saúde em relação ao corpo e os processos reprodutivos das mulheres, ocorrendo ao longo do processo de parto. Esse tipo de violência ocorre através do excesso de intervenções e onde os processos naturais sejam medicalizados e patologizados (ANDRADE; AGGIO, 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), os abusos e desrespeitos no parto em instituições de saúde acontecem de formas variadas, como: abusos verbais e humilhações profundas (muitas vezes relacionados ao machismo); violência física (como a manobra de Kristeller); ausência de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, como também procedimentos médicos coercivos ou não consentidos; falta de privacidade; negação de internação nas instituições de saúde; recusa em administrar analgesia; cuidado negligente durante o parto que pode levar a complicações evitáveis; detenção de mulheres nas instituições de saúde, após o parto, devido à incapacidade de pagamento; administração de ocitocina sintética; e também, a impossibilidade de acompanhante durante o parto.

Considerando esse contexto descrito, de violência no parto natural, questiona-se: qual a experiência vivida por mulheres primíparas durante o parto normal?

Este estudo objetivou identificar a experiência de mulheres primíparas no puerpério diante de possíveis casos de violência obstétrica; além de descrever a assistência prestada por profissionais de saúde às parturientes no período do pré-parto e às primíparas no período pós-parto; e descrever a ocorrência de possível violência obstétrica em mulheres no pós-parto imediato.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa que foi realizado na Maternidade Dr. Peregrino Filho, localizada no município de Patos, no período de Março e Abril de 2016.

A Maternidade Dr. Peregrino Filho é um serviço de referência no sertão paraibano, classificada como Hospital Amigo da Criança, pela UNICEF, apresenta 80 leitos, realizando uma média de 4.124 partos por ano de mulheres vindas de cerca de 67 municípios paraibanos e de outros estados (MPF, 2016).

A população do estudo foi delimitada por mulheres em puerpério que vivenciaram a experiência do trabalho de parto normal. A amostra foi composta por 38 primíparas que estavam no período de puerpério.

Foram utilizados como critérios de inclusão o fato de serem primíparas no puerpério e terem parido na maternidade Dr. Peregrino Filho. Foram utilizados como critérios de exclusão o fato de serem menores de 18 anos e não aceitarem participar da pesquisa.

A entrevista foi feita com pelo menos 24h após o parto, respeitando os momentos de descanso e refeições e momentos de amamentação.

O instrumento utilizado foi um roteiro estruturado de entrevista contendo perguntas objetivas, previamente elaborado pela equipe pesquisadora. A primeira parte do roteiro foi composta pelos dados de identificação pessoal e a segunda parte pelos dados de caracterização do parto.

A análise dos dados obtidos na pesquisa foi feita através da estatística simples, representados através de gráficos e tabelas acompanhadas da fundamentação teórica para embasar os achados do estudo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, localizado no município de Patos - PB, de onde obteve o consentimento legal para realização da pesquisa à luz dos princípios éticos, conforme Protocolo Nº CAAE52335115.1.0000.5181 realizada com autorização da Maternidade Dr. Peregrino Filho do município, levando-se em consideração os aspectos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos, conforme descrito na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tabela 1 – Caracterização das puérperas quanto à escolaridade e faixa etária (n=38), Patos – PB, 2016.

VARIÁVEIS		N	%
ESCOLARIDADE	Fund. Incompleto	2	5,26
	Fund. Completo	4	10,53
	Médio Incompleto	9	23,68
	Médio completo	20	52,63
	Superior Incompleto	1	2,63
	Superior Completo	2	5,26
FAIXA ETÁRIA	18 – 23 anos	27	71,05
	24 – 29 anos	9	23,68
	30 – 35 anos	2	5,26

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Com relação à faixa etária, observa-se que a maioria das mulheres entrevistadas (71,05%) tinha entre 18 e 23 anos, (23,68%) entre 24 e 29 anos e apenas (5,26%) entre 30 e 35 anos. Isso mostra que, além de primíparas, a maioria era jovem, o que acreditamos, 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.

Junior, Steffani e Bonamigo (2013) disseram em seu estudo que a idade das gestantes não influenciou expressivamente na escolha da via de parto. Porém, em dois outros estudos eles encontraram que a prioridade pelo parto natural é diretamente proporcional à idade, sinalizando para o aumento de cautela sobre as consequências de uma ou outra via de parto advindo do amadurecimento da mulher.

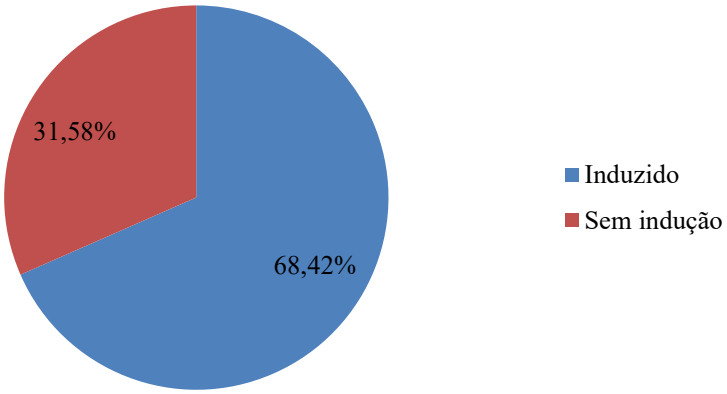
A maioria das entrevistadas (52,63%) respondeu ter ensino médio completo, (23,58%) cursou ensino médio incompleto, (10,53%) fundamental completo, (5,26%) Fundamental incompleto e superior completo e (2,63%) superior incompleto, respectivamente.

A escolaridade pode contribuir positivamente para o conhecimento a cerca do processo de trabalho de parto e diante da correta interpretação de todo o processo de parto. O nível de 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.

O nível de escolaridade e a renda salarial prevalente no estudo ora apresentada 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. Com relação a isso, entende-se que o estudo define suas perspectivas futuras e, por isso, a importância da escolaridade em suas vidas (CAMPOS; ALMEIDA; SANTOS, 2014).

Gráfico 1 – Caracterização das puérperas conforme tipo de parto (n=38), Patos – PB, 2016.



FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

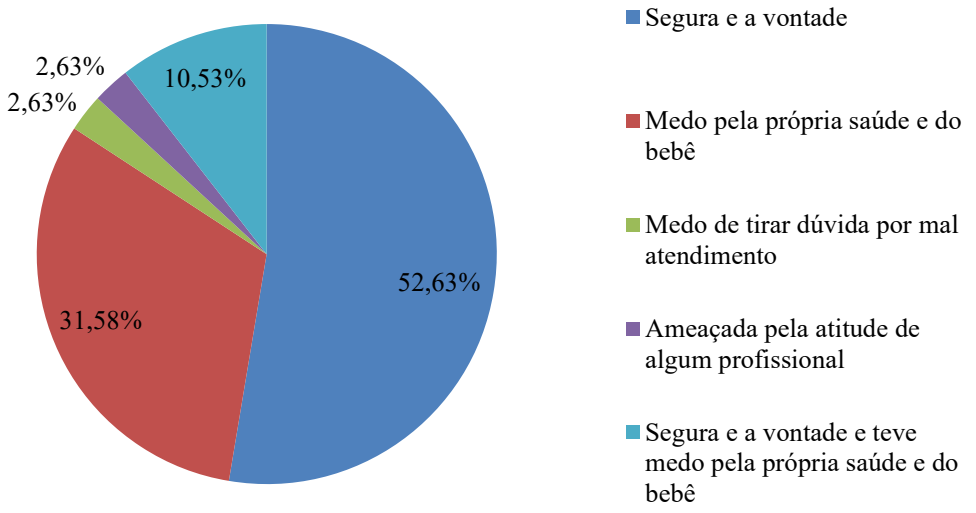
A maioria das mulheres (68,42%) respondeu ter vivenciado um parto normal induzido, ora por ruptura manual de bolsa, ora por administração de ocitocina sintética, por manobra de Kristeller, ou por episiotomia.

Partindo desta reflexão, pensamos se, de fato, é possível considerar estes partos como “normais”, visto que estas práticas acima citadas são muitas vezes utilizadas, não para favorecer o binômio mãe-filho, e não de modo realmente natural, mas favorecendo o profissional que assiste ao parto e/ou o serviço, no sentido de adequação às rotinas hospitalares, adequação de tempo para o profissional, beneficiando a maior produtividade com um número maior de partos realizados.

A medicalização incluída no processo de trabalho de parto e parto vem retirando o protagonismo da mulher, nele o profissional da saúde passa de coadjuvante a ator principal dessa experiência, destacando o aspecto patológico e biológico fazendo da gravidez uma doença, e reforçando as relações desiguais, podendo vir a cooperar para o grande número de intervensões desnecessárias, como consequência a violência obstétrica e de gênero (BRASIL, 2001 apud ANDRADE; AGGIO, 2014).

Segundo a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre parto e nascimento” realizada em 2014, apenas 5% de mulheres realizaram partos normais sem intervenção no Brasil, e a pesquisa também mostra como no parto normal ainda predomina um modelo bastante medicalizado, com intervenções excessivas, procedimentos de rotina desnecessários segundo a OMS, causando dor e sofrimento que poderiam ser evitados (FARIAS, 2015).

Gráfico 2– Caracterização das puérperas conforme sentimento durante a internação (n=38), Patos – PB, 2016.



FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Em relação aos sentimentos vivenciados pelas mulheres, a maioria disse sentir-se segura e a vontade (52,63%) durante a internação. Outra parte (31,58%) relatou ter tido medo pela própria saúde e do bebê. Um grupo disse ter se sentido segura e a vontade, assim como medo pela própria saúde e do bebê (10,53%). Dois pequenos grupos (de 2,63% cada) relatou ter sentimento medo de tirar alguma dúvida por mal atendimento seguido de ameaçada pela atitude de algum profissional.

Percebe-se que o medo do novo e de ser incapaz de parir ou a vivência de algo que, até então, só era conhecido por depoimentos de vivências de outras pessoas é algo temido pelas mulheres primíparas. Tal situação desperta sentimentos como medo, dúvida e ansiedade os quais aparecem devido à experiência desconhecida prestes a ocorrer em seu corpo e na sua vida (SCARTON et al, 2015).

Tabela 2 – Caracterização do processo de parto, conforme posições no trabalho de parto e parto, segundo as puérperas (n=38), Patos – PB, 2016.

VARIÁVEIS		Nº	%
Posições no trabalho de parto e parto	Posição ginecológica	21	55,26
	Livre escolha para se movimentar	15	39,46
	Sentada ou reclinada	1	2,63
	De cócoras	1	2,63

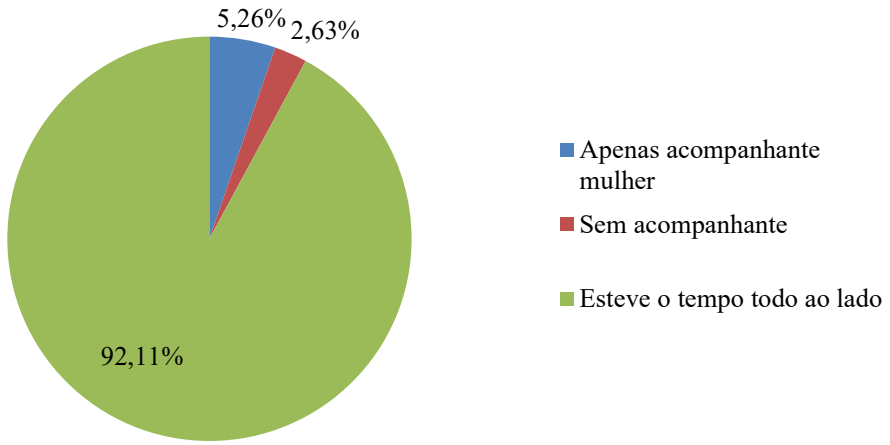
FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Quando perguntadas em que posições as mães ficaram durante o processo, houve variação de respostas, sendo a maioria (55,26%) em posição ginecológica no período expulsivo. O segundo item mais citado foi livre escolha para se movimentar no trabalho de parto (39,46%). As posições sentada ou reclinada também foram citadas (2,63%), assim como de cócoras (2,63%).

O fato de apenas 39,46% terem tido livre escolha pela posição na hora de parir, vai contra os direitos da mulher no momento do parto, fugindo assim da política de humanização proposta pelo Ministério da Saúde.

A OMS,em seu guia de Assistência ao Parto Normal recomenda que as mulheres tenham liberdade para escolher a posição que mais lhes agrade, em todos os estágio 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 (OMS, 1996 apud PINHEIRO; BITTAR, 2012).

Gráfico 3 – Caracterização do processo de parto, conforme presença de acompanhante, segundo as puérperas (n=38), Patos – PB, 2016.

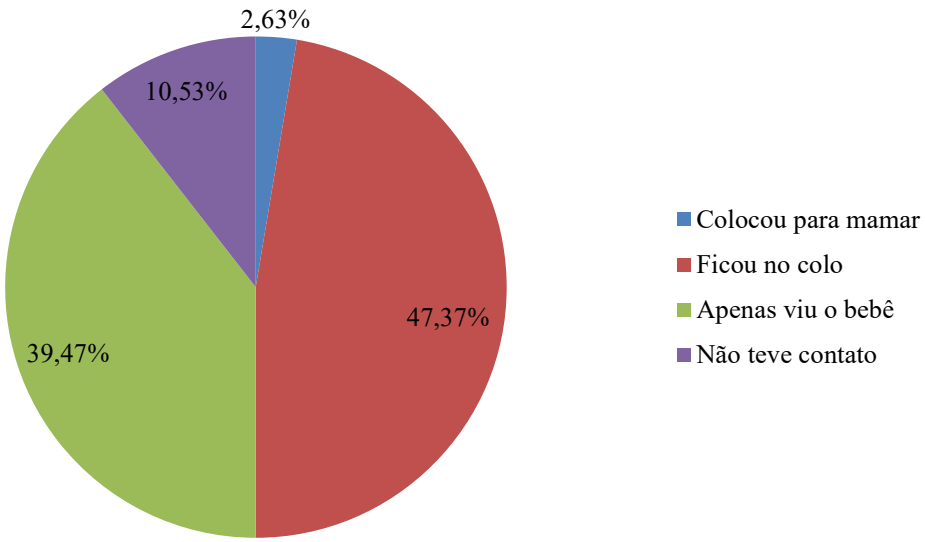


FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Quanto à presença de acompanhante durante o processo de trabalho de parto, verificou-se que 92,11% puderam ficar com seus acompanhantes e 5,26% só puderam ser acompanhadas por mulheres. Apenas 1 das entrevistadas relatou ter ficado sozinha (2,63%), pois o pai da criança era o único parente que poderia acompanhá-la, no entanto, a instituição só permite a presença de mulheres nas salas de pré-parto.

O Brasil tem publicado leis de temáticas específicas, como a Lei nº 11.108 de 2005, que prevê o direito a, pelo menos, um ou uma acompanhante, escolhido (a) pela gestante, durante todas as fases do parto, no SUS. Sobre esse tema, a Resolução Normativa da ANS nº 262 de 2011 e a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária de 2008, entre outros direcionamentos garantem a presença de acompanhante em dependências da rede privada (GIL, 2015).

Gráfico 4 – Caracterização do processo de parto e nascimento, conforme o primeiro contato com o bebê, segundo as puérperas (n=38), Patos – PB, 2016.



FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

O primeiro contato que a maioria (47,37%) das mães tiveram com o bebê logo nos primeiros instantes de vida, foi do mesmo ter sido colocado no colo da mãe, antes dos cuidados imediatos. A segunda maioria (39,47%) relatou ter apenas visto o bebê e logo em seguida, o profissional ter levado-o para o berço aquecido. Um pequeno grupo relatou não ter tido contato imediato e apenas uma colocou o bebê para mamar antes dos cuidados imediatos.

Entende-se a importância e necessidade dos cuidados imediatos nos primeiros minutos de vida, mas tão importante quanto, é o vínculo mãe e filho estabelecido a partir destes momentos. Acredita que o ato de ser colocado no colo da mãe após o nascimento é um estímulo à termorregulação; quando não há urgência aos cuidados imediatos, esse contato tem a importância de aumentar o vínculo afetivo, assim como promover o estímulo da produção de leite.

Apesar do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno ser muito difundido, muitos serviços não respeitam o desejo da mãe em amamentar seu bebê logo ao nascer, mesmo que não haja nenhum impeditivo clínico para isso. Em algumas maternidades, só é permitido que a mãe fique em alojamento conjunto com seu bebê

depois de várias horas após o nascimento, ainda que não haja nenhum impeditivo clínico que justifique a separação mãe-bebê. Essa demora dificulta o início da amamentação e afeta a duração do aleitamento materno exclusivo (CIELLO, et al, 2012).

Tabela 3 – Caracterização das puérperas conforme sentimento no pós parto (n=38), Patos – PB, 2016.

Sentimento no pós-parto	N	%
Feliz e realizada pelo seu próprio bem-estar e do bebê	33	86,84
Frustrada pelo parto não ter sido como planejado	3	7,89
Preocupada com complicações de saúde do bebê	2	5,26

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Em relação ao sentimento no pós-parto, 86,84% disseram sentir-se feliz e realizada pelo seu próprio bem-estar e do bebê, seguido de 7,89% frustrada pelo parto não ter sido como planejado. Um pequeno grupo respondeu ter ficado preocupada com possíveis complicações de saúde do filho.

Os sentimentos de felicidade e bem-estar, manifestados nessa fase estão ligados basicamente ao nascimento do bebê. Com isso, ressalta-se que o processo de parto envolve um conjunto de dúvidas e preocupações que se iniciam na descoberta da gestação e permanecem latentes, surgindo quando a mulher pressente que o nascimento está por vir. Confirma-se em estudo que com o nascimento do filho, as mulheres mostram alívio pela superação da dor e de todo sofrimento, além de felicidade em poder ver o filho nos braços (SCARTON et al, 2015).

Tabela 4 – Caracterização das puérperas conforme procedimentos que foram feitos sem permissão ou explicação prévia (n=38), Patos – PB, 2016.

VARIÁVEIS		N	%
Procedimentos feitos sem permissão ou explicação prévia	Episiotomia/episiorrafia	20	52,53
	Administração de soro/ocitocina	15	39,47
	Restrição ao leito (incluindo período expulsivo)	4	10,52
	Manobra de Kristeller	9	23,68
	Repetidos exames de toque/realizado por diferentes profissionais	27	71,05
	Enema	4	10,52
	Tricotomia	1	2,63
	Analgesia	7	18,42
	Nenhum desses procedimentos	7	18,42

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Quando perguntadas sobre quais procedimentos foram feitos sem permissão ou explicação prévia, 71,05% das mulheres disseram que foi o toque vaginal, 52,53% disseram que foi a episiotomia. Outras respostas que merecem atenção são as que citam o uso de ocitocina no soro e a manobra de Kristeller.

Acreditamos que tais procedimentos são nocivos a mãe, pois aumentam as dores e consequentemente o sofrimento no processo de parto, fazendo com que ela não tenha uma participação satisfatória no trabalho de parto. Pensamos que esses procedimentos possam gerar algum trauma físico ou psicológico, como no caso da manobra de Kristeller que pode causar laceração no períneo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), enfatiza que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados. Com base neste entendimento a OMS recomenda uma maior participação do Enfermeiro Obstetra (EO) na atenção ao

parto, tomando como referência a ideia de que sua formação é orientada para o cuidado, e não para a intervenção (OMS, 2014).

Práticas como: realizar cesariana ou episiotomia na paciente, sem consentimento; proibi-la de ser acompanhada por pessoa de sua escolha; submetê-la a procedimentos desnecessários, dolorosos ou humilhantes, como a lavagem intestinal, realização do exame de toque repetitivo por diferentes profissionais, impor que o parto vaginal seja feito em posição ginecológica; administrar hormônios no corpo da mulher para acelerar o processo de parto; tratar a mulher gestante, parturiente, puérpera ou em situação de abortamento de forma agressiva, humilhante, desrespeitosa, zombeteira, ou em tom de ameaça, de forma que ela se senta constrangida ou inferiorizada são os tipos mais comuns de violência obstétrica, como especifica a *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia,* atualizada em 2014 (GIL, 2015).

Tabela 5 – Caracterização das puérperas quanto à oferta de algum método não farmacológico para alívio da dor (n=38), Patos – PB, 2016.

VARIÁVEIS		N	%
Alívio pra dor não farmacológico	Bola	4	10,53
	Massagem	6	15,79
	Ambos	2	5,26
	Nenhum	26	68,42
Alívio pra dor farmacológico	Sim	3	7,89
	Não	35	92,11

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

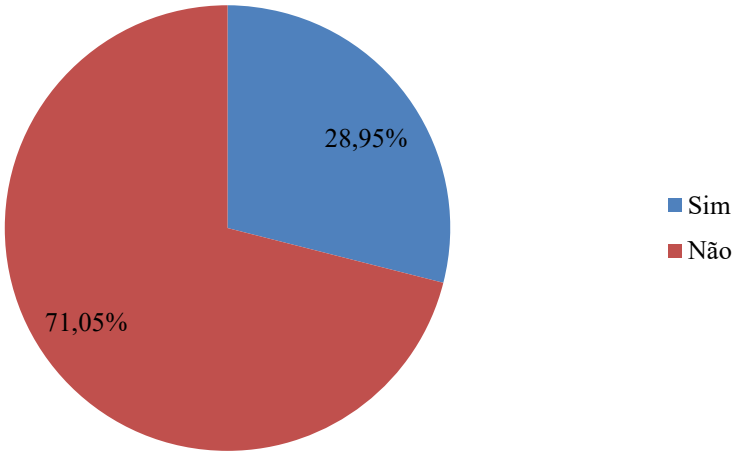
Quando perguntadas sobre métodos não farmacológicos, 68,42% das parturientes responderam não ter recebido nenhum tipo de assistência para alívio das dores. 15,79% relatou ter recebido massagem e 10,53% ter sentado na bola terapêutica para alívio das dores. À respeito de métodos não farmacológicos, 68,42% das parturientes responderam não ter recebido nenhum tipo de assistência para alívio das dores. 15,79% relatou ter recebido massagem e 10,53% ter sentado na bola terapêutica para alívio das dores.

Um ponto que merece destaque nessa questão é o fato do serviço disponibilizar de uma “sala de parto humanizado” (assim intitulada), onde encontra-se métodos como bolas suíças, barras de apoio, TV com vídeos e profissionais capacitados. Sendo que nesta pesquisa, constatou-se que a grande maioria dos partos ali realizados não utilizaram esse espaço para o alívio das dores e consequentemente uma evolução

satisfatória do parto.Vale acentuar que existe resistência de algumas paciente para a utilização da sala.

O papel do profissional é, além de orientar a mulher no geral tal como saber lidar com a dor e com o desconforto e fazer adequadamente os exercícios respiratórios; estimulá-la a fazer uso de chuveiro, à deambulação, a praticar exercícios de agachar e levantar e o uso da bola, aplicar-lhe massagem ou fazer uso de qualquer recurso para tornar o processo em si menos doloroso e fazer com que a mulher fique mais relaxada e colaborativa (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

Gráfico 5 – Caracterização das puérperas quanto à privação de água ou alimento (n=38), Patos – PB, 2016.



FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

A respeito da privação de alimento ou ingestão de água, 71,05% das entrevistadas disseram ter bebido água ou ter feito algum lanche leve durante o trabalho de parto. Já 28,95% relataram terem sido privadas de água ou alimento no pré-parto.

Entre as entrevistadas que respondeu terem sido privadas de água ou alimento, grande parte delas disse que a equipe de saúde que negou esse direito, usava como justificativa a possibilidade do parto evoluir para uma cirurgia cesárea, sendo assim, encontramos justificativa para tal restrição.

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).

Tabela 6 – Caracterização das puérperas conforme complicações no pós-parto e tipos de complicação (n=38), Patos – PB, 2016.

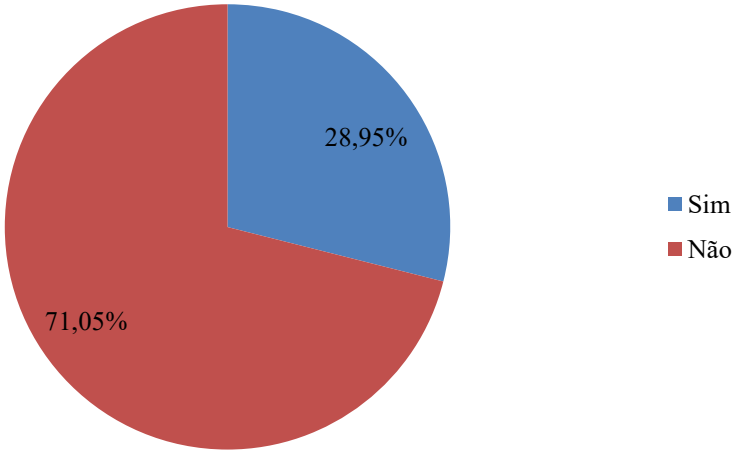
VARIÁVEIS		N	%
Apresentou complicação no pós-parto	Sim	10	26,32
	Não	28	73,68
Tipo de complicação	Infecção de pontos	1	10
	Dificuldades para amamentar	7	70
	Ambas	2	20

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

A respeito de complicações no pós –parto, 73,68% das puérperas responderam não ter sofrido nenhuma complicação. Já 26,32% disse o contrário. Vale lembrar que o questionário investigou esta perspectiva de modo abrangente, sem diferenciar complicações físicas, psicológicas, emocionais e/ou sociais. No entanto, entre as mulheres que disseram sofrer complicações no pós-parto, 70% disseram que a principal complicação era a dificuldade na amamentação. Apesar da maioria das entrevistadas ter relatado que sofreram intervenções desnecessárias antes e/ou durante o parto, as mesmas julgam, em sua maioria, não terem sofrido complicação no pós-parto.

Salgado 2012 diz que as vítimas têm dificuldade de superar o trauma. Há indicações, inclusive, que violência obstétrica cause o aumento de episódios de depressão pós-parto (SALGADO, 2012.)

Gráfico 6 – Caracterização das puérperas quando perguntadas se o parto foi diferente da expectativa (n=38), Patos – PB, 2016.



FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Quando perguntadas sobre qual era a expectativa em relação ao parto, a maioria (71,05%) respondeu de forma positiva. Ou seja, elas disseram que o parto foi exatamente o que esperavam. Já um grupo menor (28,95%) disse que o parto não superou as expectativas.

Segundo Marque, Dias e Azevedo (2006) a desvalorização do parto normal e a crescente adoção de técnicas cirúrgicas intervencionistas demonstram como a população sofre com a carência em informação em saúde. Segundo os autores, a falta de informação por parte das parturientes fazem com que as mulheres tenham dificuldades em participar da decisão das técnicas adotadas durante o parto, este fato poderia ser amenizado com a prática da humanização na assistência em saúde.

Segundo Pinheiro e Bittar (2012) em sua pesquisa grande parte das mulheres entrevistadas deu ênfase ao aspecto doloroso do parto vaginal, considerando a experiência do parto normal como satisfatória, apesar da dor, que é "esquecida" depois do nascimento do bebê.

CONCLUSÃO

Mais da metade dos partos ditos naturais foram na verdade induzidos, contudo mesmo diante das intervenções e de alguns dos procedimentos possivelmente não serem recomendáveis, pouco mais da metade delas se sentiu segura. Também a maioria das mulheres relatou ter se mantido na posição ginecológica, assim como muitas delas disseram ter livre escolha para se movimentar. A grande maioria das mulheres teve acompanhante durante o pré-parto, mas não no momento de parto, sendo este obrigatoriamente do sexo feminino, como determinava o serviço. Também a maioria das mulheres recebeu o bebê no colo nos primeiros minutos após o nascimento.

O sentimento demonstrado pela maioria das mulheres no pós-parto era de felicidade e realização pela própria saúde e do bebê. À respeito do exame do toque vaginal, a maioria disse ter sido de forma dolorosa, bem como não foi negado método farmacológico para alívio das dores. A maioria das mulheres disse não ter sido feito nenhum procedimento sem sua permissão, contudo, entre as que passaram por procedimentos oque mais se repetiu foi a episiotomia. Em relação à métodos não farmacológicos para alívio das dores, a maioria disse não receber nenhum, seguido de um grupo que recebeu massagem. A maioria das mulheres não foi privada de água ou alimento, bem como não sofreram complicação no pós-parto. A principal dificuldade encontrada no pós- parto foi para a amamentação; apesar disso e de outras situações encontradas as mulheres mostraram-se satisfeitas com o processo no geral.

Apesar de se acreditar, que as intervenções pré e intra-parto desnecessárias possam causar complicações no período de pós-parto, a maioria das entrevistadas relatou não ter sofrido complicações no pós-parto. No entanto, pode-se refletir: será que as mulheres leigas são capazes de julgar o que é ou não uma complicação? Será que nos primeiros dias pós-parto (quando as entrevistas foram realizadas) deu-se tempo suficiente para que possíveis complicações já fossem perceptíveis? Será que as complicações restringem-se ao aspecto físico? Talvez esta reflexão seja um viés nesta pesquisa, e sugere-se mais aprofundamento em pesquisas futuras. Ainda existe a necessidade de modificações para a realização do parto humanizado conforte os manuais do ministerio da saúde, mas muitos avanços aconteceram.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. Violência Obstétrica: a dor que cala. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas.** Universidade Estadual de Londrina, 27 a 29 de Maio de 2014. Disponível em: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf

_____. Ministério da Saúde (BR). Manual Técnico do pré-natal e puerpério. **Atenção qualificada e humanizada.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília:Ministério da Saúde; 2005.

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

CAMPOS, A. S.; ALMEIDA, A. C. H.; SANTOS, R. P.; Crenças, Mitos e Tabus de Gestantes Acerca do Parto Normal; **Rev Enferm UFSM** 2014 Abr/Mai; 4(2):332-341

CIELLO, C.; CARVALHO, C.; KONGO, C.; DELAGE, D.; NIY, D.; WERNER, L.; SANTOS, S.K. Dossiê Parirás com Dor. **Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres.** 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br> Acesso em 22 de out de 2015

DINIZ, C. S. G. Humanization of childbirth care in Brazil: the numerous meaning of a movement. **Ciência Saúde Coletiva.** 2005; 10(3).

FARIAS, K. G.; Quando a Lente Muda o Retrato: Um Olhar Sobre a Violência Obstétrica; XI Colóquio Nacional Representações de Gênero e Sexualidades. **Anais Gênero e Sexualidade XI** Volume 1, 2015, ISSN 2177-4781. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br**>**; acesso em 4 de Maio de 2016

GIL, S. T. **Breve análise sobre a violência obstétrica no Brasil.** In: XI Colóquio Nacional Representações de Gênero e de Sexualidades, 2015, Campina Grande, PB. Anais Gênero e Sexualidade XI. Campina Grande, PB. : Realize Eventos e Editora, 2015. v. 1.

JUNIOR, T. L.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L.; **Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras.** In: Rev. bioét. (Impr.). 2013; 21 (3): 509-17

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A Percepção da equipe de Enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Ana Nery de**

Enfermagem. 2006. V10, N3 P.440-447 Disponível em: http://www.eerp.usp.br/ph-nursing-producao-cientifica/

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: um guia prático.** Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1996.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lobo. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia**, Canoas , n. 37, p. 212-227, abr. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 maio 2016.

SALGADO, H. O. **A experiência da cesárea indesejada**: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. [acesso em 11 de nov de 2015] Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28012013-160810/>.

SCARTON, Juliane et al . "No final compensa ver o rostinho dele": vivências de mulheres-primíparas no parto normal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 36, n. spe, p. 143-151, 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br >. acessos em 11 maio 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.pub3FAUNDES, A.; CECATTI, J. A. Operação cesariana no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública.** 1991;7(2):150-73