

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIA LUCIANA DE ALCANTARA COSTA

**PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DE NORTE**

Juazeiro do Norte – CE
2019

MARIA LUCIANA DE ALCANTARA COSTA

**PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DE NORTE**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ma. Maria Jeanne de Alencar Tavares

MARIA LUCIANA DE ALCANTARA COSTA

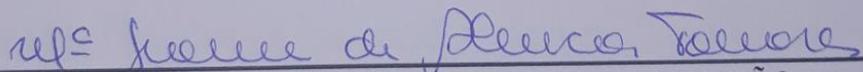
PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DE NORTE

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

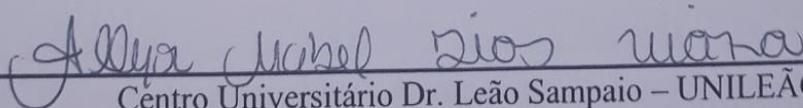
Orientadora: Prof.^a Msc. Maria Jeanne de Alencar Tavares

Aprovado em 06 de Junho de 2019.

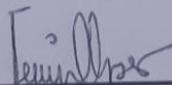
BANCA EXAMINADORA



Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO
Orientadora Prof.^a Msc. Maria Jeanne de Alencar Tavares



Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO
1^a Examinadora Prof.^a Esp. Allya Mabel Dias Viana



Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO
2^a Examinadora Prof.^a Msc. Geni Oliveira Lopes

AGRADECIMENTOS

Chego ao final da graduação com a sensação de realização de um sonho, este que para se realizar foram necessárias muitas noites em claro, muitas risadas em momentos de desespero, e hoje o sentimento que transborda é gratidão.

Primeiro agradeço aquele que me deu a vida, aquele que me sustenta, aquele que me dá a paz. Obrigada meu Deus por ter me mostrado a profissão que eu deveria seguir, ter me sustentado quando eu não tinha mais forças físicas para continuar, por fazer florescer em meu coração o amor pela enfermagem e me fez entender que "...Todas as coisas cooperam para o bem daqueles que amam a Deus, daqueles que são chamados segundo o seu propósito" (Romanos 8.28).

Meu obrigado as minhas orientadoras Prof^ª Juliana Fachine e Prof^ª Jeanne Alencar que estiveram presentes com toda sabedoria e me conduziram durante esta trajetória, e por toda a paciência, atenção, dedicação e apoio de sempre. E as professoras Mabel e Geni que será um prazer tê-las em minha banca. E a todos os professores que contribuíram para a minha formação.

Gratidão ao meu companheiro Roberto pelo apoio e incentivo, que apesar de toda dificuldade, lutamos juntos até aqui, a meu amado e querido filho Miguel, que Deus presenteou-me no início do meu curso, que é o amor da minha vida, que alegra todos os meus dias, que quando eu choro vem me abraçar e rezar comigo.

Em especial a minha amiga Elis, que com sua paciência e dedicação me ajudou na conclusão desse TCC. Afinal: "cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso." Charles Chaplin. Muito obrigada !!!!

*A violência só pode ser vencida a partir
da mudança do coração humano.*

Papa Francisco

RESUMO

O nascimento de um filho é um momento que deve ser prazeroso para uma mãe, sem danos físicos e psicológicos, evitando a violência da assistência obstétrica, onde existe o desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, além da falta de atenção qualificada e humanizada à mulher nas unidades hospitalares no processo parturitivo. Diante disso, surgiu o interesse pelo objeto de estudo desta pesquisa, sendo este a percepção das puérperas sobre a violência obstétrica em um hospital de referência no município de Juazeiro do Norte-CE. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo descritiva, exploratória, em uma maternidade, situada no município de Juazeiro do Norte Ceará. Participaram da pesquisa 23 puérperas que se encontravam na maternidade naquele momento. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada individual, com perguntas abertas, sendo realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2019. Foram respeitados os aspectos éticos legais de acordo com o preconizado na Resolução 466/12 assegurando dessa forma os direitos e deveres das participantes da pesquisa. Os dados coletados foram submetidos à análise de discurso onde foram organizados em três categorias: conhecer a vivência da mulher durante o trabalho de parto, identificar na percepção da amostra como ocorreu o atendimento dos profissionais de saúde e averiguar qual o comportamento da puérperas diante de uma violência obstétrica. O tratamento hostil constitui um dos obstáculos à humanização da assistência ao parto, essa temática atualmente está sendo bastante discutida, devido aos índices elevados de violência obstétrica sofrida pela puérperas. Diante disso as participantes já ouviram falar em violência obstétrica, porem falta o conhecimento e interesse das puérperas buscarem saber sobre os seus direitos dentro da instituição, onde encontram-se mais vulneráveis aos procedimentos realizados pelos profissionais de saúde. Podemos perceber que a existência de atos violentos no trabalho de parto e parto é verídico, sendo vivenciados pelas mulheres de forma desumana, acreditamos que outras formas de parir e nascer são possíveis e devem ser oferecidas a toda a sociedade, se exigirmos intervenções urgentes na assistência ao parto e nascimento.

Palavras Chaves: Parto. Violência. Assistência. Humanização no parto.

ABSTRACT

The birth of a child is a moment that must be pleasurable for a mother, without physical and psychological damage, avoiding the violence of obstetric care, where there is disrespect for the sexual and reproductive rights of women, besides the lack of qualified attention and humanized to women in hospital units in the parturitive process. Therefore, the interest in the object of study of this research arose, this being the perception of puerperal women about obstetric violence in a referral hospital in the municipality of Juazeiro do Norte-CE. This is a research with a qualitative approach of the descriptive type, exploratory, in a maternity, located in the municipality of Juazeiro do Norte Ceará. The study included 23 puerperal women who were in the maternity ward at that time. As an instrument for data collection, a semi-structured individual interview script was used, with open questions, being held in the months of January and February of 2019. The legal ethical aspects were respected according to the recommendations in resolution 466/12, thus assuring the rights and duties of the research participants. The collected data were submitted to discourse analysis where they were organized into three categories: knowing the experience of women during labor, identifying in the perception of the sample how the care of health professionals occurred and verifying the behavior of puerperal women in the face of obstetric violence. The hostile treatment constitutes one of the obstacles to the humanization of childbirth care, this theme is currently being widely discussed, due to the high indices of obstetric violence suffered by puerperal women. Thus, it was perceived that more than half of them have heard of obstetric violence but lack the knowledge and interest of puerperal women seeking to know about their rights within the institution, where they are more vulnerable to the procedures Performed by health professionals. We can see that the existence of violent acts in labor and childbirth is true, being experienced by women in an inhumane way, we believe that other forms of childbirth and birth are possible and should be offered to the whole society, if we demand **Urgent** interventions in childbirth and birth care.

Keywords: Childbirth. Violence. Assistance. Humanization in childbirth.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CGBP	Casas da Gestante, bebê e Puérperas
COFEN	Conselho Regional de Enfermagem
CPN	Centro de parto Normal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de Parto
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 O PARTO NO BRASIL	13
3.2 OS TIPOS DE PARTO	14
3.2.1 Parto Normal	15
3.2.2 Parto Cesário	16
3.2.3 Parto Natural	16
3.2.4 Parto Humanizado	17
3.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	19
3.3.1 Episiotomia De Rotina	21
3.3.2 Manobras De Kristeller	21
3.3.3 Aplicação De Ocitocina	22
3.3.4 Restrição Da Posição Do Parto	22
3.3.5 Violência Emocional	22
3.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO A PARTURIENTE	23
4 METODOLOGIA	25
4.1 TIPO DE ESTUDO	25
4.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO	25
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	26
4.4 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	26
4.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	27
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	27
5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	29
5.1 CARACTERIZAÇÕES DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO	29
5.2 CATEGORIAS DO ESTUDO	30
5.2.1 Conhecimento sobre violência obstétrica	30
5.2.2 Acolhimento no pré, trans e pó parto	31
5.2.3 Concepção da puérpera quantos aos seus direitos diante de uma violência obstétrica	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35

REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES	41
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	42
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO	43
APÊNDICE C- INSTRUMENTO DE COLETA (ENTREVISTA)	44
ANEXO.....	45
ANEXO A- Declaração de Anuência da Instituição Co-participante	46

1 INTRODUÇÃO

No final do século XVIII, as parteiras tinham um compromisso de realizar o parto nas casas das parturientes, era um momento em que a mulher se envolvia completamente em todo trabalho de parto, onde elas tinham autonomia em seu próprio corpo. No final do século XIX, surgiram mudanças por parte da medicina, onde o parto passa a ser uma atividade masculina, limitando a participação das parturientes (ZANARDO et al., 2017).

A OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na conduta humanizada durante o parto, tendo uma classificação de categorias: a, b, c e d. Que são, as práticas úteis que devem ser estimuladas, as práticas que são prejudiciais, as que devem ser utilizadas com cautelas e por fim, as práticas usadas de maneiras inadequadas (PEREIRA et al., 2018).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014), toda mulher tem direito a saúde, assistência e informações durante a gravidez, parto e puerpério. Abusos, negligência e qualquer tipo de afronta são considerados violência obstétrica. Toda parturiente tem o direito da equidade, perante informações, queixas e assistência (RODRIGUEZ, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), diversas formas de violência são marcadas na vida da mulher, iniciando pelo mau atendimento no pré-natal quando envolve algum tipo de discriminação direcionado à gestante, relacionado a cor, escolaridade, idade, números de filhos etc., induzir uma cesárea sem a concordância da gestante, também é um tipo de violência obstétrica. Os tipos de violência mais desrespeitosas contra a parturiente são; a peregrinação da gestante de sua residência para as maternidades, a violação do seu direito de escolha a um acompanhante, constantes exames de toque, muitas vezes realizados por um número excessivo de profissionais da área da saúde, aplicação de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, uso rotineiro de episiotomia, manobras de Kristeller, limitação da posição de parto, sem que a parturiente decida o que é melhor para ela no momento, exposição das parturientes a outros pacientes sem o uso de biombos (MARTINS e BARROS, 2016).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM N° 569 de 1/6/2000 afirma que a gestante deve ter acesso digno e de qualidade na assistência no pré-natal, parto e puerpério as gestantes e os bebês. O PHPN compreende dois fundamentos: o primeiro caracteriza que é dever das UBS acolher com dignidade a gestante, seus familiares e o recém-nascido, fazendo com que a instituição proporcione para a gestante um ambiente acolhedor. O segundo refere-se às medidas e procedimentos benéficos para a gestante e seu bebê, evitando assim intervenções desnecessárias causando riscos para a mãe e o recém-nascido (POSSATI et al., 2017).

Em 2011 o governo federal lançou a Rede Cegonha para proporcionar às mulheres

assistência e qualidade de vida a mulher durante a gestação, parto e pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Seu objetivo é reduzir a mortalidade materna e infantil. Essa assistência deve ser prestada a mulher desde o momento do planejamento familiar até o puerpério, e o bebê recebe assistência até os dois anos de idade. A Rede Cegonha implantou Centros de Parto Normal (CPN), onde a mulher é acompanhada por uma enfermeira obstetra ou obstetriz, num ambiente onde a gestante sintasse completamente à vontade e possa escolher como terá o seu bebê, como se movimentar livremente, ter acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor. A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação, tudo isso dentro do (SUS) Sistema Único de Saúde (BRASIL,2017).

Em razão a possível desrespeito aos direitos das mulheres no trabalho de parto e no parto, e por perceber a significância desses atos, em que as mulheres vêm sofrendo dentro das instituições de saúde. Este trabalho tem como objeto de estudo analisar a percepção das puérperas sobre violência obstétrica em um hospital de referência no município de Juazeiro do Norte. Com o interesse de identificar se a violência obstétrica pode causar algum dano futuramente para a mãe ou para o bebê, se as puérperas de fato conhecem algum tipo de violência obstétrica.

O interesse de abordar essa temática é identificar se realmente o cuidado e a assistência as puérperas estão sendo de fato prestado de forma humanizada. A importância deste trabalho tem como ponto de vista, compreender porque as puérperas permanecem submissas a esse tipo de violência e na maioria das vezes não se manifestam. A contribuição desse estudo é de significativa relevância para os profissionais de saúde, para que suceda um olhar mais humanizado em relação as puérperas, garantir mudanças na prática assistencial e reduzir as intervenções desnecessárias em todas as mulheres em trabalho de parto.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a percepção das puérperas sobre a violência obstétrica em um hospital de referência no município de Juazeiro de Norte.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a vivencia da mulher durante o trabalho de parto;
- Identificar na percepção da amostra como ocorreu o atendimento dos profissionais de saúde;
- Averiguar qual o comportamento das puérperas diante de uma violência obstétrica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O PARTO NO BRASIL

No século XIX as parteiras tornaram-se parte do sistema médico, mesmo não tendo o apoio necessário pelos profissionais médicos, a elas foi atribuído a realização do parto normal, sendo de grande relevância o papel das parteiras na comunidade. No século XX, chegou ao Brasil as tecnologias da medicina e da enfermagem, sendo que esse avanço era somente nas capitais, as parteiras continuavam prestando serviços à comunidade em especial as parturientes (PIMENTA et al, 2013).

Ao fim da segunda Guerra Mundial, onde a mortalidade materna e infantil era alta, os governos da época, decidiram afastar as parturientes de seu domicílio durante o processo de parturição, deixando isoladas em sala de pré-parto, quase sempre sem privacidade. Com o passar do tempo o parto tornou-se um evento hospitalocêntrico, onde as parturientes eram submetidas a medicações e processo cirúrgicos, tirando o domínio da mãe no parto e as parteiras foram se afastando de sua arte. Mesmo assim os índices de mortalidade materna e neonatal ainda permaneciam elevados (MATOS et al, 2013).

O parto naquele tempo era um evento terrível, as parturientes eram submetidas a intervenções desumanas para esquecerem do momento do parto, durante várias décadas do século XX, muitas mulheres deram a luz inconsciente, sob altas doses de medicamentos como a morfina e a escopolamina para sedar a mulher no momento do parto, onde ficou conhecido como "sono crepuscular", assim a mulher não sentia dor, porém não lembrava do parto, o colo era dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps, as mulheres era submetidas a ficarem amarradas durante todo o trabalho de parto, muitas vezes ficavam com hematomas pelo corpo (DINIZ, 2005).

Diniz (2005), no Brasil o parto inconsciente foi desenvolvido com uma mistura de duas substâncias, a morfina com a cafeína, também utilizando instrumentos no parto, ficou conhecido como "Lucina", nome de uma deusa. Alta morbimortalidade materna e perinatal começou a ser consideradas inaceitáveis, porém foi aderido formas mais seguras de anestesia, utilizando de forma fracionada nas etapas do pré-parto, parto e pós parto. Na década de 80, vários grupos oferecem assistência humanizada a gravidez e parto proporcionando mudanças na assistência.

As mortes materna e neonatal estão relacionadas a problema social e político, pelo desconhecimento de sua tamanha gravidade e da assistência precária oferecidas às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido. Durante muito tempo a morte de uma

mulher durante o estado gravídico, aborto ou parto era considerada uma fatalidade. Da mesma forma acontecia com o recém-nascidos (BRASIL, 2004).

O Governo Brasileiro tem como uma de suas prioridades na área da saúde as políticas públicas para atenção integral à saúde da mulher e da criança, tendo assumido internacionalmente o compromisso de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, e priorizando a redução da morte materna e neonatal. No entanto, essas ações devem ser executadas para garantir uma melhor assistência qualificada a essa parturiente, onde a participação social seja efetiva para assegurar o exercício da cidadania das mulheres e das crianças (BRASIL, 2004).

Em 1993, é fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que atualmente reúne centenas de participantes, entre indivíduos e instituições, que denuncia as formas de violência e constrangimento durante a assistência, especialmente as mulheres e crianças no momento do nascimento (DINIZ, 2005).

Em 2004 implementou-se o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, pelo Ministério da Saúde, com o principal objetivo de reduzir estas taxas. A realização da cesariana sem indicação adequada contribui para o aumento da morbimortalidade materna e infantil. Portanto, seu uso deveria ser apenas em complicações obstétricas, porém o Brasil ainda é um dos campeões das taxas de parto cirúrgico, o que exige uma mudança urgente, fazendo com que a mulher seja realmente a protagonista do parto (MALHEIROS et al, 2012).

O Pacto tem como princípios, o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais, de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal, e participação de gestores e organizações sociais (MALHEIROS, et al. 2012).

3.2 OS TIPOS DE PARTO

De acordo com Nascimento *et al* (2015), o parto é um evento natural e fisiológico na vida da mulher e de sua família, onde conduz a parturiente a ser a protagonista no parto o que não ocorre no parto cesáreo. O respeito à parturiente é fundamental para que o nascimento ocorra em momento único e especial na vida dessa mulher, ela tem o direito de participar das decisões relacionadas à sua saúde e ao seu corpo, inclusive do tipo de parto que será submetida. É dever ético e legal dos profissionais de saúde ofertar a essa parturiente

informações claras e completas sobre os cuidados, tratamentos e intervenções durante todo o trabalho de parto.

Nesse sentido a parturiente tem o direito dessas informações no pré-natal onde estabelece um vínculo com o profissional de saúde e gestante, determinando onde e por quem o parto será realizado ,deixando assim a mulher segura e ciente de possíveis complicações. (OLIVEIRA et al, 2002).

3.2.1 Parto Normal

Segundo a OMS, dar à luz a uma criança é um ato natural, quando a mãe e o bebê estão bem, o parto normal é um processo fisiológico na vida da mulher e exige poucas intervenções médicas, onde a parturientes é a principal protagonista, deixando ela ser a pessoa mais importante e ativa nesse momento (OMS, 2015).

O desenvolvimento do trabalho de parto varia de mulher para mulher, o ideal é identificar o seu início e suas fases clínicas, que são: o período de dilatação considera a fase inicial do TP, onde se inicia as primeiras contrações com intervalos mais extensos, passando por contrações mais curtas e dolorosas, até total dilatação do colo uterino. O segundo período é o expulsivo, onde começa com 10 cm de dilatação do colo uterino e finaliza com expulsão do feto. O terceiro período é a dequitação placentária, é o tempo entre a expulsão do bebê e a saída da placenta. O quarto e último período é o período de Greenberg, onde há possibilidade de ocorrer hemorragias, é de fundamental importância os procedimentos hemostáticos (REZENDE; MONTENEGRO, 2014).

Muitas mulheres ainda são submetidas a episiotomia, que é um procedimento cirúrgico para alargar a parte inferior da vagina, durante a fase de expulsão fetal. Não é indicado a realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo. A parturiente só deverá se submeter a uma episiotomia se houver sua indicação e justificativa, recomendando-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo entre 45 e 60 graus. Realizar analgesia efetiva antes da realização de uma episiotomia. A taxa de episiotomia encontra-se acima das recomendações da OMS, principalmente nas primíparas (BALLESTEROS, 2015).

3.2.2 Parto Cesário

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cesariana é um procedimento cirúrgico desenvolvido para reduzir as complicações da mãe ou da criança durante a gravidez e parto. Esta prática está sendo muito utilizado nos dias atuais, tornando-se rotina na vida das gestantes, deixando o parto natural em última opção. Estudos mostram que a cesariana tem contribuído para o aumento da morbidade materna, do tipo; hemorragia pós-parto, infecções e tromboembolismo, e quanto a amamentação, essas mulheres que são submetidas a cesariana passam por uma dificuldade maior para amamentar seus bebês em relação as mulheres de parto normal (OLIVEIRA, 2013).

O índice de cesárias no Brasil é de 40% na rede pública e 84% na rede privada, e esse número vem aumentando nas últimas três décadas, considerado elevado, alarmante e preocupante, onde o aceitável pela OMS é de 10% a 15% de cirurgias no total dos nascimentos. Estudos mostram que mulheres usuárias do setor privado, de mais escolaridades são as que mais realizam cesarianas (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016).

Estudos apontam que os partos cesarianos têm um maior índice de complicações puerperais, como hemorragia grave, internação em UTI, infecções, trauma obstétrico, histerectomia até mesmo a morte materna. Portanto as cesarianas devem ser realizadas com prudência, lembrando que esse tipo de procedimento é realizado para a redução da morte materna e neonatal, por outro lado essa prática associa um risco elevado de complicações maternas já citadas (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017).

3.2.3 Parto Natural

Segundo Oliveira e Gonzaga (2017), o parto natural é aquele realizado sem procedimentos ou intercorrências, voltado exclusivamente para o bem estar da parturiente do seu bebê. Além de rápida recuperação no parto natural, a mulher também se beneficia de baixo risco de infecção após o parto, tem aumento na produção do leite, fazendo o seu útero voltar mais rapidamente ao tamanho natural e há um maior benefício ao bebe, onde ele tem mais facilidade na respiração logo na passagem do canal vaginal. Assim que a mulher parir ela já pode receber seu filho em seus braços, deixando o bebê mais tranquilo e aumentando uma intimidade entre mãe e filho.

3.2.4 Parto Humanizado

É um tema crescente de interesse, onde busca um cuidado humanizado durante todo o trabalho parturitivo, ainda é um grande desafio porém é de fundamental importância que os profissionais de saúde estejam preparados para atender à gestante e seus familiares, respeitando os verdadeiros significados desse momento tão importante na vida da mulher (SILVA, 2012).

A humanização do parto promove o bem-estar da mulher e reduz riscos para ela e para o bebê, ao mesmo tempo em que possibilita conforto e segurança para o acompanhante. A Organização Mundial de Saúde desenvolveu uma classificação de práticas comuns na conduta do parto natural, essas condutas estão diretamente relacionadas à conscientização dos profissionais de saúde em reconhecer que a mulher é a principal protagonista do processo de parturição, devendo ter sua dignidade, individualidade e valores respeitados (SILVA, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no intuito de minimizar as práticas inapropriadas e desnecessárias ao parto, publicou, o Manual Assistência ao Parto Normal em 1996 que é um guia prático, com normas para a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde. Esse manual indica as práticas obstétricas e são classificadas em quatro categorias: categoria A, são as práticas úteis e que devem ser estimuladas, com plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, discutido em conjunto com a mulher e seu companheiro durante a gestação; avaliação do risco gestacional durante o pré-natal; respeitando a gestante sobre o local do parto ; fornecimento de assistência e segurança onde a mulher se confiante ; respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto; respeitar à escolha da gestante sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto ; ofertar líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; monitoramento fetal por meio de ausculta de forma interrupta; monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS; monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e em todo processo de nascimento; métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto ;liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, escolha de posições durante o trabalho de parto; administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto; condições estéreis ao cortar o cordão; prevenir o bebê de hipotermia; contato imediato precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre a estimulação do aleitamento materno; Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares (BRASIL,1996).

A categoria B, são as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, como o uso frequente de enema; uso rotineiro de tricotomia; infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto; uso rotineiro da parturiente na posição supina durante o trabalho de parto; exame retal; administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos; rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto; manobra de Valsalva durante o segundo estágio do trabalho de parto; massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto e revisão uterina manual após o parto (BRASIL, 1996).

Já na categoria C são as práticas sem evidências suficientes para serem recomendadas e que devem ser utilizadas com bastante cautela até mais esclarecimento, métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos; amniotomia precoce de rotina; pressão do fundo do útero durante o trabalho de parto ; manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto; manipulação ativa do bebê no momento do parto; uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão; clampeamento precoce do cordão umbilical e estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina (OMS, 1996).

Por fim a categoria D, que são as práticas frequentemente usadas de modo inadequado, do tipo: a restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto; controle da dor por agentes sistêmicos; controle da dor por analgesia peridural; monitoramento eletrônico fetal; uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto; exames vaginais de frequência, realizado por mais de um prestador de serviço; transferência rotineira da parturiente para outra sala durante o trabalho de parto; cateterização da bexiga; parto operatório; uso liberal e rotineiro de episiotomia e exploração manual do útero após o parto (BRASIL, 1996).

O Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de prestar um atendimento de qualidade a gestante, garantindo o respeito e autonomia a seus direitos, elaborou o programa de assistência integral à saúde da mulher (PAISM) se deu em 1983, mas foi a partir de 1984 que começaram efetivamente as ações básicas de assistência integral à saúde da mulher a sair do papel. Esse programa foi um marco nas mudanças que ocorreram na assistência à saúde das mulheres (MATOS et al, 2013).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), surgiu no ano de 1984, onde passou a ganhar destaque nos setores públicos e privados de atenção à saúde da mulher, além de incitar a participação do enfermeiro como protagonista na atuação desses serviços. Esse programa foi um ápice que transformou a assistência na saúde das mulheres, sua proposta e englobar mulher nas várias esferas e necessidades de saúde, entre elas, o

planejamento familiar, o pré-natal, a prevenção de câncer do colo uterino e de mamas; as infecções sexualmente transmissíveis; a assistência ao parto e puerpério e mais tarde para a atuação voltada à saúde de mulheres com idade superior a 50 anos (BRASIL, 2004).

O passo seguinte foi o surgimento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no ano de 2000, é um amplo processo de humanização da assistência obstétrica, tem como modelo da atenção integral, inclui também a necessidade de melhorar as condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como forma de diminuir a mortalidade materna e perinatal. O programa estabelece critérios de cuidado obstétrico, visando uma melhoria na qualidade da atenção (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Em 2011 o governo federal lança a Rede Cegonha para proporcionar saúde as mulheres, oferecendo qualidade de vida e bem estar durante a gestação, parto, pós-parto e o acompanhamento da criança até os dois primeiros anos de vida. Tem como objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Esses serviços são prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) onde a mulher tem assistência no planejamento familiar, no pré-natal, no parto e no puerpério (BRASIL, 2017).

Atualmente, a Rede Cegonha desenvolve ações em 5.488 municípios, alcançando 2,6 milhões de gestantes, entre elas está a implantação de Centros de Parto Normal (CPN), onde a gestante é acompanhada por uma enfermeira obstetra, onde a mulher recebe as informações sobre os seus direitos e esclarecimento sobre as suas dúvidas, como se movimentar livremente, a métodos não farmacológicos de alívio da dor, o direito de um acompanhante durante o parto. O Ministério da Saúde também repassa incentivos aos municípios para implantação das Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), para aquelas mulheres que não tem condições financeiras e necessitam de realizar o pré-natal distante de suas casas. Entre 1990 a 2012, a razão da mortalidade materna no Brasil caiu 56% (BRASIL, 2017).

3.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Segundo as informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) de 2015 no Brasil, os partos hospitalares representam 98,08% na rede de saúde. E as taxas de cesariana chega a 56% de acordo com Ministério da Saúde, tanto no setor público e privado. É considerado um número alarmante, onde a Organização Mundial da Saúde recomenda uma taxa entre 10 a 15% de cesária. Também existem altas taxas de

intervenções empregadas durante o pré-natal, parto e puerpério, que são denominadas de violência obstétrica (ZANARDO et al, 2017).

A violência obstétrica é caracteriza-se pela apropriação do corpo da mulher pelos profissionais de saúde, mediante um tratamento desumanizado, abuso de medicamentos e intervenções que causam a perda de autonomia da parturiente e da sua capacidade de decidir livremente sobre seu corpo, essa violência pode levar a consequências negativas e desastrosas para a qualidade de vida da mãe e seu bebê (SAUAIA; SERRA, 2016).

De acordo com Zanardo *etal* (2017), às intervenções realizadas durante o trabalho de parto, são aquelas em que as mulheres são submetidas a punção venosa, recebem ocitocina, é feito amniotomia, que é a ruptura da membrana que envolve o feto para acelerar o parto. Já em relação às intervenções realizadas durante o parto que são consideradas violência obstétrica são: a posição de litotomia onde a mulher permanece deitada com a face para cima e joelhos flexionados, manobra de Kristeller que é uma aplicação de pressão na parte superior do útero e realização de episiotomia onde é feito um corte na região do períneo. Esse número de intervenções quando são considerados excessivos e não tem indicação clínica é caracterizado por violência obstétrica.

Conforme Sauaia e Serra (2016), algumas atitudes também são consideradas violência obstétrica: quando o profissional de saúde não permite o contato do bebê com a mulher logo após o parto se o recém-nascido estiver bem, quando impede o alojamento conjunto da mãe e o neonato, dificulta e não apoia o aleitamento materno. Além de outros procedimentos dolorosos, desnecessários e constrangedores, tais como: uso rotineiro de lavagem intestinal (enema), retirada dos pelos pubianos (tricotomia), posição ginecológica sem o uso de biombos, deixando a parturiente sem privacidade e exposta aos outros pacientes, exames de toque vaginal rotineiros por diversos profissionais de saúde para verificar a dilatação de colo uterino, privar a parturiente de alimentos e água, imobilização de braços e pernas, entre outros.

Outra forma de violência obstétrica é o descaso e o desrespeito com as gestantes na assistência ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado, têm sido cada vez mais divulgados pela mídia por meio de relatos de mulheres que se sentiram violentadas. A violência física e psicológica durante o trabalho de parto provoca sofrimento psíquico nas parturientes (ZANARDO et al, 2017).

3.3.1 Episiotomia De Rotina

A episiotomia caracteriza-se por um procedimento cirúrgico realizado pelos médicos e enfermeiros obstetras (Portaria nº 11, de 07 de janeiro de 2015) para aumentar a abertura do canal vaginal facilitando a passagem do bebê, é feito uma incisão na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes essa incisão é realizada sem anestesia. A episiotomia afeta diversas estruturas do períneo, tais como os músculos, vasos sanguíneos e tendões, gerando em alguns casos, incontinência urinária e fecal, além de provocar dor nas relações sexuais, também há risco de infecção e laceração perineal, além de todas essas complicações interfere na estética da mulher. A episiotomia é a única cirurgia do Brasil, realizada sem o consentimento da paciente onde as mesmas não recebem informação sobre os riscos, possíveis benefícios e efeitos adversos (SAUAIA; SERRA, 2016).

3.3.2 Manobras De Kristeller

A manobra de Kristeller também conhecida como pressão fundal, é usada com frequência nos hospitais com a finalidade de acelerar a expulsão do feto. Consiste na aplicação de força na parte superior do útero, geralmente é realizada na segunda fase do parto, conhecida como fase de expulsão, visando empurrar o bebê em direção à pelve da mãe. O médico utiliza as mãos, braço, antebraço, joelho, e há casos mais absurdos, quando profissionais sobem em cima do abdômen da parturiente. Esse tipo de atitude consiste num flagrante desrespeito à integridade física da parturiente.

Desta forma, a manobra de Kristeller só deve ser utilizada como um último recurso quando o trabalho de parto natural está sendo muito difícil, de forma a diminuir a necessidade de fazer uma cesárea. O risco dessa manobra pode provocar para a parturiente; lesão dos órgãos internos, hematomas, fratura de costelas, hemorragias além disso, gera violência psicológica à gestante. Os riscos para o bebê é probabilidade de complicações decorrentes de distorcia de ombros, fratura de clavícula, trauma encefálico, hipóxia e outros (SAUAIA e SERRA, 2016).

3.3.3 Aplicação De Ocitocina

A ocitocina é uma medicação mais utilizada na obstetrícia para estimulação do parto, ela estimula a atividade uterina acelerando o trabalho de parto, quando usada de maneira indiscriminada sem indicação correta, causa o aumento significativo das dores durante as contrações e, se não for controlada pode causar sérias complicações para a mulher e o bebê. Em 2007, o Instituto para a Segurança da Prática Médica advertiu que a oxitocina é um medicamento que exige grande cautela, podendo levar desde a dor e sofrimento desnecessários ao aumento excessivo da frequência cardíaca da parturiente, pois apresenta um alto risco de danos quando usado incorretamente, além de causar dificuldades na oxigenação do bebê, bem como dano cerebral, taquissístolia uterina e compromete a frequência cardíaca do bebê (LOPEZOSA, MAESTRE E BORREGO, 2016).

3.3.4 Restrição Da Posição Do Parto

Com a medicalização do parto, a mulher foi obrigada a permanecer imobilizada e deitada, permanecendo em posição de litotomia que passou a ser considerada a posição mais adequada para a realização dos procedimentos hospitalares e adotada como clássica para o nascimento, pois essa posição favorecia o médico durante o exame e condução do parto, deixando a parturiente privada de seus movimentos. No entanto cada mulher deve ter a liberdade de escolha sobre a posição mais favorável no momento do parto. Muitas mulheres eram submetidas ao uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos, prejudicando a dinâmica do parto, tornando um momento desconfortável para a mãe e dificultando a oxigenação para o bebê (SAUAIA; SERRA; 2016).

3.3.5 Violência Emocional

Diferente do que a maioria das pessoas imagina, não é preciso ser agredida fisicamente para estar em uma relação violenta. A violência psicológica ainda hoje é uma das formas de agressão contra a mulher no ambiente médico-hospitalar. Esse tipo de violência é caracterizado por: privação de informações à parturiente acerca dos procedimentos realizados; pela forma de comentários ofensivos, insultuosos, discriminatórios ou humilhantes entre profissionais de saúde; quando a parturiente é tratada de forma grosseira, agressiva, e sem empatia; expor a parturiente a situações de medo, abandono, inferioridade ou insegurança;

reprender a parturiente pelos comportamentos, proibindo-a de expressar suas dores ou emoções; quando há uma demora do contato entre a mãe e o filho logo após o parto entre outras. A gestante maltratada durante seu estado gravídico pode carregar marcas por toda a vida, desenvolver quadro de estresse emocional constante, que se associa com baixa autoestima e isolamento dificultando sua relação com seu bebê e a sociedade (SAIAIA; SERRA, 2016).

3.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO A PARTURIENTE

O Ministério da Saúde atribuiu ao profissional enfermeiro o direito de realizar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede de atenção básica de saúde com a Lei do exercício profissional (DECRETO 94.406/87). A OMS recomenda uma relação harmoniosa entre gestante e enfermeiro, afirmando que a enfermeira obstétrica desempenha o papel mais adequado e com melhor custo-efetividade para prestar assistência à gestação e ao parto normal, observando os riscos e reconhecendo complicações caso a gestante apresente, assim detectando precocemente algumas complicações e conduzi-la para um profissional médico.

A atenção humanizada e de qualidade necessita do estabelecimento de condutas benéficas, sem a realização de intervenções desnecessárias, o respeito aos princípios éticos, garantindo privacidade e autonomia das parturientes e sua participação nas decisões e condutas a serem adotadas. O enfermeiro na prática assistencial, possuem grande significado para a mulher e seus familiares, onde o mesmo deve ter o compromisso com a qualidade do nascimento, empoderando a mulher para que a mesma possa com dignidade, segurança e autonomia vivenciar de forma plena o pré-natal, parto e puerpério (SAUAIA e SERRA, 2016).

A Resolução de Nº 516/2016 (COFEN), alterada pela resolução nº 524/2016, normaliza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro obstetra na assistência ao parto normal sem distorcia. A distócia é uma patológicas do canal do parto que dificultam a evolução do trabalho de parto, apesar do útero se contrair normalmente, o bebê não consegue passar pela bacia por estar bloqueado fisicamente (REZENDE; MONTENEGRO, 2014).

É importante que o enfermeiro ofereça suporte durante o processo do parto a parturiente mostrando-se próximo, preocupado e disposto a cuidar e escutar a parturiente em suas dúvidas, anseios e medos existente sobre o parto, assim fortalecendo laços de confiança e afeição, fazendo deste, um momento de cuidado e conforto. O enfermeiro poderá esclarecer sobre a cesariana, como é realizado o procedimento cirúrgico, seus riscos e a importância quando é feita sua indicação. O enfermeiro também pode contribuir desmistificando à ideia

para a parturiente de que a cesariana é opção para um parto rápido e sem dor (OLIVEIRA et al; 2016).

Oliveira (2016), o enfermeiro obstetra que acompanha as parturientes durante o processo de parto deve entender que a comunicação é de fundamental importância na assistência a essa mulher, sabendo ouvir as necessidades das parturientes, valorizando sua história de vida, incluindo aspectos sociais, psicológicos e emocionais que podem influenciar de modo significativo na vivência do parto, o enfermeiro tem a autonomia de proporcionar vínculo entre equipe multiprofissional e a parturiente. Ao admitir uma gestante em trabalho de parto devem ser tomadas medidas para que se obtenha um parto seguro e tranquilo tais como: anamnese, diagnóstico de trabalho de parto, exame clínico, exame obstétrico, monitorização fetal, iniciar o partograma, está atento aos sinais de alerta como perda de líquido amniótico, sangramento uterina, contrações uterinas avaliando o intervalo entre elas, e diminuição de movimentos fetais. Desse modo, é responsabilidade de todos aqueles envolvidos na assistência, em especial o profissional enfermeiro que está no acolhimento inicial dessa parturiente, proporcionarem uma recepção de carinho e humanismo que a apoie neste momento tão importante, oferecendo bem estar a mulher e o seu bebê.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa.

Segundo Marconi e Lakatos (2008), a pesquisa exploratória tem como objetivo a formulação de questões ou de problemas, com a finalidade de estabelecer acontecimentos, ampliar uma intimidade do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno, para uma realização de uma pesquisa futura.

A pesquisa descritiva procura descobrir com exatidão os fatos ou fenômenos sem interferir. Na pesquisa descritiva, o pesquisador faz o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos. Ele deve apenas descobrir a frequência com que o fenômeno ocorre (MARCONI; LAKATOS, 2008).

A pesquisa qualitativa, segundo Marconi e Lakatos (2008) há uma relação dinâmica entre a realidade e o sujeito, nesse tipo de pesquisa as respostas não são objetivas e não tem o propósito de avaliar quantidades como resultados, e sim, de perceber o comportamento de um determinado grupo. A pesquisa qualitativa utiliza várias técnicas de dados, como a observação do participante, história ou relato de vida, entrevista e outros. A escolha da pesquisa qualitativa é feita quando o objetivo do estudo é entender o porquê de algo.

4.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

O local da pesquisa foi o hospital de referência localizado no município de Juazeiro do Norte-CE, por ser uma maternidade onde se encontra a população alvo do estudo e por possuir uma ampla demanda de partos, atendendo assim os objetivos da pesquisa. O hospital localiza-se na Rua São Benedito, Nº 243, bairro São Miguel na cidade citada acima. O mesmo foi fundado em 1955, sendo o primeiro a ser construído na cidade.

Ressalta-se que a autorização concedida pelo responsável técnico da Instituição, permitiu o livre acesso ao espaço físico do respectivo cenário do estudo, após a aprovação do comitê de ética, onde a coleta iniciou no mês de janeiro e o término em fevereiro de 2019.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população foi composta pelas puérperas ali presentes, onde o Hospital de Referência São Lucas realiza uma média de trezentos (300) partos ao mês, a coleta teve vinte e três (23) participantes, que concordaram a participar do estudo voluntariamente, a recorrência dos depoimentos caracterizou saturação, visto que os dados obtidos passaram a apresentar repetição. A mostra foi baseada em critérios de inclusão: puérperas maiores de 18 anos e que não apresentassem alguma intercorrência clínica, sendo consideradas puérperas de risco habitual, e como critérios de exclusão: puérperas menores de 18 anos, mulheres mentalmente incapacitadas e partos de alto risco. As mulheres que atenderam os critérios de inclusão, receberam o convite para participar da pesquisa.

4.4 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nessa fase da pesquisa, segundo Lakatos & Marconi (2010), inicia-se a aplicação dos instrumentos elaborados e das técnicas selecionadas, a fim de efetuar a coleta de dados.

O projeto obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, a coleta de dados iniciou-se a partir da autorização da direção do hospital (ANEXO A - ANUÊNCIA). As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A-TCLE) e Termo de Consentimento Pós Esclarecido (APÊNDICE B), elaborado segundo a resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE C), onde demanda preparo teórico e competência técnica do pesquisador, onde proporcionou situações de contato, ao mesmo tempo formais e informais, que teve a intenção de provocar um discurso livre, e que atendeu aos objetivos da pesquisa. As participantes responderam as perguntas norteadoras, permitindo a evolução espontânea do pensamento das mesmas e os resultados obtidos das informações foram informados as participantes e a leitura foi realizada para verificar se obteve fundamento para aqueles que vivenciaram a entrevista (DUARTE, 2004).

4.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram organizados e discutidos com base na literatura para a construção da pesquisa, através da análise do conteúdo. A finalidade da fase da análise de conteúdo será esclarecer uma percepção dos dados coletados, confirmar ou não os objetivos da pesquisa e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, a fim de conseguir respostas às suas indagações. Uma boa análise deve começar com uma incorporação que fundamentam a investigação. Para uma análise fidedigna, precisa antes de tudo compreender e interpretar os dados coletados, com as anotações das participantes do estudo em mãos. Para uma boa análise a compreensão é de fundamental importância na pesquisa, pois é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo (MINAYO,2012).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Essa pesquisa cumpriu todas as recomendações formais procedida da Resolução Nº 466/2012 do Ministério da Saúde, direcionando seu foco nas atribuições bioética dos estudos com a necessidade de valorizar o respeito pela dignidade humana e pela proteção aos participantes da pesquisa quando se trata de seres humanos (BRASIL, 2012).

Em seguida, conforme a resolução 466/2012 foi informado a todas as participantes sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE) que é um dever moral do pesquisador (BRASIL, 2012). As participantes da pesquisa assinaram o termo (TCLE) e tiveram suas dúvidas esclarecidas, garantindo o total sigilo das informações colhidas juntamente com o seu anonimato. A resolução 466/2012,afirma que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. O estudo apresentou risco mínimo. Também faz parte, a ansiedade e o medo de alterações das informações fornecidas ao pesquisador.

Foi explanado as participantes que elas teriam total privacidade durante a coleta de dados e a qualquer momento a entrevista poderia ser interrompida pelas mesmas, onde tiveram total sigilo nas informações. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, onde foi analisada sua viabilidade e cumprimentos as recomendações da resolução Nº 466/2012 e 510/16.

É importante informar que cada participante recebeu esclarecimentos sobre dúvidas acerca dos procedimentos, risco mínimo, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa, garantindo a liberdade de escolha em participar ou recusar-se a dar sua contribuição em qualquer fase da pesquisa. A privacidade e o sigilo quanto aos dados coletados foram assegurados pelo pesquisador, sendo todas identificadas pela letra P (Puérperas) seguida de

um algarismo arábico (P1, P2, P3,..., P23), conforme a realização das entrevistas. Não houve nenhum desconforto com as participantes, do tipo: estresse, raiva nervosismo, gritos e outros.

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

5.1 CARACTERIZAÇÕES DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra da pesquisa foi composta por 23 puérperas que pariram no Hospital e Maternidade São Lucas na cidade de Juazeiro do Norte Ceará, e que dispusera a participar da pesquisa, a coleta correspondeu aos meses de janeiro e fevereiro do ano de 2019.

O quadro abaixo demonstra o perfil socioeconômico e cultural das participantes da pesquisa.

Tabela 1- Distribuição das variáveis quanto ao estado civil e idade.

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA
Estado Civil	Nº
Casada	16
Solteira	7
TOTAL	23
IDADE	Nº DE PARTICIPANTE
18 a 20	06
20 a 30	13
30 a 40	4

(Fonte: Pesquisa direta, 2019).

Tabela 2- Distribuição das variáveis quanto ao nível de escolaridade e religião.

ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA
Ensino fundamental	8
Ensino médio	15
RELIGIÃO	FREQUÊNCIA
Católica	19
Outros	4

(Fonte: Pesquisa direta, 2019).

Zanardo et al. (2017), fala que mulheres de baixo nível de escolaridade estão mais sujeitas a sofrer algum tipo de violência obstétrica por não terem o conhecimento do assunto. Percebemos nos gráficos acima, que a maioria das participantes tem o ensino médio, porém das vinte e três puérperas entrevistadas doze tinham o conhecimento sobre violência obstétrica, e onze não sabiam do que se tratava, o que indica a falta de informação sobre o assunto.

5.2 CATEGORIAS DO ESTUDO

De acordo com a coleta de dados realizada utilizou-se uma entrevista semiestruturada, após a transcrição e análise das falas das participantes do estudo, obteve as seguintes categorias:

- Conhecimento sobre violência obstétrica
- Acolhimento e assistência no pré, trans e pós parto
- Concepção da puérpera quanto aos seus direitos diante uma violência obstétrica

5.2.1 Conhecimento sobre violência obstétrica

Nesta categoria iremos explicar recortes de falas das participantes que relatam um pouco sobre o seu conhecimento sobre violência obstétrica.

Vejam alguns recortes:

“Sim, [...] quando o médico faz algum tipo de procedimento errado, como apertar a barriga da mãe.” (P4)

“Sim, não sei explicar.” (P7)

“Não sei.” (P18)

“Sim, ignorância dos profissionais com a gestantes.” (P19)

“Sei por alto, mais não sei o que explicar.” (P21)

“Não ouvi falar.” (P23)

Definida pela Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência obstétrica sendo promulgada em 2007 na Venezuela, a Violência Obstétrica se dá pela apropriação dos profissionais da saúde pelo corpo e os processos reprodutivos da mulher, no que tange a desumanização no atendimento, os maus tratos, o excesso de medicações, tirando a da mulher a capacidade e autonomia de decidir e escolher sobre o seu próprio corpo e sua sexualidade (ZANARDO et al. 2017).

Podemos perceber que algumas participantes têm o conhecimento do assunto, porém outras não, a ausência do conhecimento da mulher faz com que ela seja cada vez mais exposta e não entender o seu direito. O nível de escolaridade, baixo nível social, a cor negra, mulheres vivendo em situação de rua estão nesse extremo, sujeitas a negligência e omissão de socorro (ZANARDO et al. 2017).

Esse tipo de violência tem tornado rotina dentro das instituições de saúde, porém já existem algumas mulheres que são conhecedoras quando o assunto é violência obstétrica.

Algumas falas das participantes relatam que tem o conhecimento, portanto a medida que o nível de instrução aumenta elas vão aceitar menos intervenções desnecessárias, uma boa assistência por parte dos profissionais de saúde fornecendo informações sobre assistência ao parto para as usuárias como rotina do pré-natal, de modo que o conteúdo possa ser explorando com calma nos meses em que a gravidez se desenvolve, desse modo contribui para gestante uma visão melhor sobre violência obstétrica.

A violência obstétrica é um tema que tem ganhado muito destaque, sendo bastante comum nas instituições públicas do Brasil, onde os principais tipos são: a falta de acesso a saúde, a omissão de atendimento e mau qualidade do mesmo, abusos cometidos por partes dos profissionais de saúde e desigualdade social. (GUIMARÃES; JONAS E AMARAL, 2018).

Podemos observar que algumas das participantes relatam que já ouviram falar em violência obstétrica, por tanto não sabem explicar, entende-se que as puérperas não tem autonomia no seu próprio corpo, e que de fato são os profissionais que conduzem o parto, esse tipo de conduta é bastante comum entre as puérperas, devido ao medo e ao mesmo tempo a vontade de livrar-se daqueles momentos angustiantes e de apreensão, onde deveria ser um momento emocionante na vida da mulher.

Contudo, percebe-se que o sistema de saúde do Brasil necessita de mudanças no atendimento, nos procedimentos e principalmente nos profissionais que sem dúvidas devem ser os primeiros a buscarem mudanças para que haja um momento harmonioso e de forma humanizada na vida dessas mulheres e no que diz respeito a divulgação e apoio dos serviços de saúde e orientações no pré-natal, talvez por se tratar ainda de um assunto proibido para com gestante.

5.2.2 Acolhimento no pré, trans e pó parto

Nessa categoria trazemos as principais falas das entrevistadas, onde foi explanada cada fala seguida de sua análise, tratando-se de acolhimento, e assistência no pré, trans e pós parto. Vejamos as falas:

“Alguns bons, outros nem tanto.”(P8)

“Tem umas que tratam bem, outras com abuso.”(19)

“Foram bons, não gostei muito do médico.”(P3)

Nestas falas, acredita-se que existem profissionais que desconhecem a importância da humanização no parto, insistem em práticas ultrapassadas e rotineiras, também o

esgotamento das equipes de profissionais contribui para que se distancie de um acolhimento digno e humanizado frente as mulheres.

A atenção e o cuidado prestados pelos profissionais neste momento devem ser redobrados, pois a mulher encontra-se tensa, frágil e receosa do que pode lhe acontecer, por isso a importância de um acolhimento humanizado dentro do serviço de saúde.

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569 de 01/06/2000, estruturou entre os seus princípios, o de assegurar à gestante atendimento digno e de qualidade durante a gestação, parto e puerpério, e o de dar-lhe direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade na qual será atendida no momento do parto (BRASIL, 2000).

O acolhimento que a equipe de saúde deve oferecer, precisa ser integral, afetuoso dedicado, resolutivo e responsável, a escuta deve ser primordial e ter somente uma finalidade, a de ajudar aquele que necessita do cuidado, pois a gestante encontra-se vulnerável em busca de amenizar o seu sofrimento (SILVA; SERRA. 2017).

O atendimento tardio a uma parturiente pode causar além do sofrimento alguns danos. Portanto todos os profissionais de saúde que fazem esse atendimento são cientes de todas as complicações existente que podem ocorrer durante o parto.

“Maravilhoso, principalmente uma técnica de enfermagem.” (P4)

“Gostei, fui bem acolhida” (P11)

Podemos observar nestas falas que as puérperas relatam sentir-se bem acolhidas, satisfeitas com o atendimento oferecido pelos profissionais da instituição, pois é diante desse atendimento que observamos quão é indispensável à presença de um profissional de saúde atento a todo o trabalho de parto, onde a gestante sinte-se acolhida e sendo avaliada em situação de risco para a mãe e o bebê, prevenindo possíveis problemas futuros.

No trabalho de parto deve-se haver compreensão de sua singularidade e a equipe de profissionais de saúde envolvido tem o dever de realizar um atendimento ágil e cauteloso para com cada parturiente de forma singular, pois a demora nesse tipo de atendimento pode ser fatal tanto para a mãe quanto para o bebê (RODRIGUES, et al, 2018).

“Me trataram muito mal.” (P21)

Percebe-se nesta fala a insatisfação da entrevistada no seu atendimento no serviço de saúde, ela demonstra um sentimento de indignação, e afirma com clareza a recepção hostil que foi submetida. Esse tipo de atendimento mostra que alguns profissionais não estão preparados

para acolher bem a parturiente e em momento algum foram criados vínculos de afeto e respeito a esse cuidado por parte dos profissionais.

O parto é momento muito importante na vida da mulher no qual ela espera ansiosamente pela chegada do seu filho. Sendo necessário que este evento seja momento tranquilo e prazeroso para a parturiente para que seja marcado positivamente em sua memória. A assistência humanizada no trabalho de parto serve justamente para que seja descartado o uso indevido de procedimentos e medicações desnecessárias atrapalhando o transcorrer natural do parto (FERREIRA et al. 2017).

Os profissionais do sistema de saúde devem estar aptos a conduzir de forma humanizada o atendimento à mulher, pois a mesma encontra-se frágil e vulnerável no momento do parto, são submissas a esses profissionais, recebendo os cuidados necessários ou não. O sistema de saúde é insuficiente no que diz respeito a humanização, mesmo com as iniciativas governamentais parecem não conseguirem seus objetivos (SAUAIA; SERRA, 2016).

A portaria do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (GM 569/200) e a Rede Cegonha (Lei 1.459/2011) preveem que toda mulher e sua família sejam recebidas com dignidade nos serviços de saúde, através de um ambiente acolhedor e atitudes éticas. Toda a mulher tem direito ao acesso a um atendimento à saúde digno, de qualidade e humanizado, de ser esclarecida com linguagem adequada, respeitosa, compreensível sobre o seu estado de saúde, procedimentos propostos, seus riscos e complicações.

Toda mulher tem o direito de participar das decisões sobre seu parto, sendo corresponsáveis pelas escolhas realizadas de modo informado, têm direito de escolher livremente seu acompanhante e é direito seu o sigilo de todas as suas informações pessoais.

5.2.3 Concepção da puérpera quanto aos seus direitos diante de uma violência obstétrica

É fundamental que as mulheres, gestantes e famílias conheçam e saibam como exigir esses direitos. Garantir o acesso e o acolhimento de todas as mulheres com início precoce do acompanhamento da gestação, desenvolvendo atividades de promoção à saúde, prevenção, cura e a reabilitação dos problemas que eventualmente venham a ocorrer nesse período através de procedimento de busca ativa, visitas domiciliares, educação em saúde, recepção e registro, convocação de gestantes, dispensação e fornecimento de medicamentos, fornecimento de laudos e atestados médicos, verificação de dados físicos, rotina de consultas e da solicitação e acesso a exames complementares, em particular nas unidades de saúde são direitos assegurados à toda gestante (SILVA; AREIAS; MARTINHO; et al, 2013).

Então, o profissional de saúde deve fornecer informações sobre o direito da mulher durante toda sua gestação, para que possa prevalecer o seu direito. Além disso, as mulheres retratam da submissão com os profissionais de saúde, pois o seu não questionamento repercute diretamente no poder do profissional, onde a mulher perde seu direito instituído, e o profissional prevalece a sua vontade.

Nas falas a seguir percebe-se que a P2 não faria nada, por não ter confiança de seus direitos, ficando assim, vulnerável aos profissionais, possibilitando sofrer uma violência de caráter institucional, podendo interferir no parto, pois a mulher fica angustiada, amargurada, com sensação de que não estão fazendo o melhor por ela. E isso pode causar um agravo a saúde obstétrica.

“Procurar meus direitos” (P1)

“Não faria nada, porque as vezes não dá em nada” (P2)

“Não sei como explicar” (P7)

“No momento não faria, só depois” (P21)

Nestes depoimentos reforça as noções de hierarquia, de modo que as necessidades de profissionais e instituições prevaleçam sobre as das mulheres. Desse modo alguns depoimentos demonstram que existe o direito conquistado, apesar de esclarecer que não tem o conhecimento dos mesmos.

Para que a realidade da violência nas instituições modifique-se, é necessário compreendê-las e denunciá-las, bem como assegurar que os casos em que ela aconteceu sejam sensibilizados e enfrentados. É também necessário que se cumpram as leis e normas vigentes do país, que garantem às mulheres o pleno exercício da cidadania, liberdade sexual e reprodutiva e direito à saúde. Por isso a grande importância das mulheres conhecerem seus direitos e exigí-los.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o que fora pesquisado a violência obstétrica ainda é um tema desconhecido para algumas mulheres, isto devido ao baixo nível de escolaridade que contribui para que elas não compreendam algumas intervenções desnecessárias, onde vem se tornando rotina dentro de unidades de saúde, porém, mulheres mais instruídas já são conhecedoras desses atos violentos.

Questionadas sobre os cuidados recebidos pela equipe de saúde, houve respostas positiva relacionado a escolha de acompanhante, respeito e escuta a paciente, esclarecimento de dúvidas que as puérperas apresentavam e facilidade de acesso ao serviço.

Por outro lado surgiram situações consideradas negativas frente a qualidade à assistência, como as diferentes formas de atuação dos profissionais com o decorrer do trabalho de parto, ou seja, o serviço apresenta uma variância de qualidade positiva e negativa. Algumas puérperas abordaram a incapacidade de paciência entre relação profissionais e parturientes.

Observamos que a criação de algumas estratégias do Ministério da Saúde se desencadeou nova proposta no que concerne ao atendimento ao parto normal, possibilitando aos profissionais e as instituições ligadas diretamente com essa assistência, mudança nos protocolos e atitudes diferenciadas das empregadas tradicionalmente, respeitando a parturiente, ao recém-nascido e aos seus familiares, possibilitando um trabalho de parto ativo e saudável.

Neste sentido as puérperas tendem a avaliar de forma positiva um modelo de atenção baseado nos preceitos da humanização, logo a atitude respeitosa, a comunicação, a relação interpessoal entre profissional e paciente, a objetividade e agilidade no atendimento às necessidades devem ser o norte para a qualidade da assistência prestada a mulher.

Indagadas sobre o comportamento diante de algum tipo de violência obstétrica houve divisão de opiniões entre as puérperas, algumas delas tem o conhecimento de seus direitos e afirmaram que denunciariam caso fossem submetidas a esse tipo de violência, no entanto, outras relataram que não teriam a coragem de denunciar, por medo de precisar da instituição novamente.

Percebemos que há uma necessidade de conhecimento sobre violência obstétrica na percepção das participantes, isso devido a falta de informação sobre o tema, que deveria ser relevante durante o pré natal, algumas das participantes tem o conhecimento sobre o tema, porem relataram de forma rasa e não muito segura.

Concluindo, após a realização desta pesquisa, ficou claro que ainda há intervenções desnecessárias no processo de parir, tornando-se imprescindível a realização de novas pesquisas com ampla divulgação de seus resultados, visando contribuir para construção de novos conhecimentos para profissionais da saúde no intuito de torná-los mais humanizados diante condutas relacionadas às parturientes no processo parturitivo.

REFERÊNCIAS

- ANDREUCCI, C.B; CECATTI, J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27 (6):1053-1064, jun., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/03.pdf>. Acesso em 29 out. 2018
- BALLESTEROS-MESEGUER, C.; et al. Episiotomia e sua relação com diversas variáveis clínicas que influenciam seu desempenho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2793, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0334.2686>. Acesso em 31 de out. 2018.
- BALANCIERI, L. . Períodos clínicos do parto. **Saúde da Mulher II** – 2013. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/salaEstudo/materiais/p187969d7638/material9.pdf>. Acesso em 17 out. 2018
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000**. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/SPN_PHPN.php. Acesso em 07 abr. 2019
- BRASIL. Organização Mundial de Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=3E7C8B35EE4F49C79B87B09C53413E85?sequence=3. Acesso em: 28 set. 2018
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Brasília- 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha>. Acesso em 24 nov. 2018
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília – DF.2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 29 out. 2018
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília – 2004. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf>. Acesso em 31 out. 2018
- BRASIL, CNS, **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – p. 59. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 30 set. 2018
- BRASIL. Governo do Brasil. **Parto normal fortalece a saúde do bebê**. Assuntos Saúde, 2015 Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2015/01/parto-normal-fortalece-a-saude-do-bebe>. Acesso em 20 out. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal do Ministério da Saúde**. Rede Cegonha. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha>. Acesso em 02 out. 2018

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (3): 627, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. Acesso em 28 out. 2018

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Editora UFPR. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/n24/n24a11.pdf>. Acesso em 07 out. 2018

EDITORIAL. Revisão ética na pesquisa em ciências humanas e sociais. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 36, nº. 133, p. 857-863, out. Dez., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v36n133/1678-4626-es-36-133-00857.pdf>. Acesso em 02 out. 2018.

FERREIRA, Luiza Mairla Soares et al. Cuidados de enfermagem no trabalho de parto e parto: a percepção das mulheres. Universidade Regional do Cariri (URCA), Brasil 2017. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1102/263>. Acesso em 07 abr. 2019

GUIMARAES, Liana Barcelar Evangelista; JONAS, Eline; AMARAL, Leila Rute Oliveira Gurgel do. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v.26, n.1, e43278, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2018000100205&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 07 abr. 2019

LOPEZOSA, P.H; MAESTRE, M.H; BORREGO, M. A.R. Estimulação do trabalho de parto com ocitocina: efeitos sobre os resultados obstétricos e neonatais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2744, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0765.2744>. Acesso em 03 out. de 2018.

KONDO, M.M; MIYADAHIRA, S.; ZUGAIB, M. O fórcepe ainda é necessário?. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 289, Dec. 2002 Disponível em: . <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302002000400025>. Acesso em 24 out. 2018.

OLIVEIRA, J.D.G. de; et al. Percepção de enfermeiros obstetras na assistência à parturiente. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, 10(10):3868-75, out., 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11454/13277>. Acesso 03 out. 2018

OLIVEIRA, Ana Rita. Fatores associados e indicações para a prática de cesariana: um estudo caso-controlo. **RevPortMed Geral Fam**, Lisboa, v. 29, n. 3, p. 151-159, maio 2013. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732013000300003. Acesso em 21 out. 2018.

OLIVEIRA. S. M. J. V. de; et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.10 no.5 Ribeirão Preto Set./Out. 2002. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500007. Acesso em 17 out. 2018

OLIVEIRA, Vde F. dos S; GONZAGA, M.F.N. Benefícios do parto humanizado com a presença do acompanhante. **Revista Saúde em Foco** – Edição nº 9 – Ano: 2017. Disponível em: http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2017/025_beneficios_parto_humanizado.pdf. Acesso em 22 out. 2018.

MASCARELLO. K.C, HORTA, B.L, SILVEIRA, M.F. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **RevSaudePublica**.2017;51:105. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000389.pdf. Acesso em 21 out. 2018

MALHEIROS, P.A; et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 329-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2>. Acesso em 31 out. 2018

MARCONI, A. M.; LAKATOS, M. E. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINS, Aline de Carvalho; BARROS, Geiza Martins. Você vai dar à luz na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. **Rev. dor**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 215-218, Sept. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000300215&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 set. 2018

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, etapas e confiabilidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 out.2018

PEREIRA, Belmiro Gonçalves et al . Resultados neonatais no parto vaginal espontâneo comparados aos dos partos com fórceps de Simpson-Braun em primíparas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 1, p. 9-13, Fev. 2004 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032004000100002>. Acesso em: 24 out. 2018

PEREIRA, S.B; et al. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **RevBras Enferm.**,2018;71(suppl 3):1393-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt_0034-7167-reben-71-s3-1313.pdf. Acesso em 23 set. 2018

PIMENTA, D. G; et al. O parto realizado por parteiras: uma revisão integrativa. **Rev. Enfermería Global**. Abril 2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/pt_enfermeria2.pdf. Acesso em 15 out. 2018

POSSATI, A.B; et al. Humanização do parto na ótica de enfermeiras. **Escola Anna Nery**,21(4) 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf. Acesso em: 28 set. 2018

RATES, C.M.P.; COSTA, M.R. e; PESSALACIA, J.D.R. Caracterização de riscos em protocolos submetidos a um comitê de ética em pesquisa: análise bioética. **Rev.**

Bioét., Brasília , v. 22, n. 3, p. 493-499, dez. 2014 .Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 12 out. 2018.

REZENDE, J. F.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 13^aed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

RISCADO, L. C.; JANNOTTI, C. B.; BARBOSA, R.H.S. A decisão pela via de parto no brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. **Texto contexto - enferm., Florianópolis** , v. 25, n. 1, e3570014, 2016 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>. Acessos em 21 out. 2018.

RODRIGUES, Diego Pereira. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO DO PARTO E NASCIMENTO. **Rev. enferm UFPE** online., Recife, 12(1):236-46, jan., 2018. Disponível em: [/periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23523/26086](http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23523/26086). Acesso em 07 abr. 2019

RODRIGUEZ, M.J.H. Representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto. **Dissertação** (Pós-Graduação em Enfermagem) UFSC. Florianópolis/SC 2016. Disponível em: [ttps://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/175878/345609.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/175878/345609.pdf?sequence=1). Acesso em 22 set. 2018

SAUAIA, A.S; SERRA, M.C. de M. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, | e-ISSN: 2526-0022| Brasília | v. 2 | n. 1 | p. 128 - 147 | Jan/Jun. 2016. Disponível em: <http://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/download/1076/1072>. Acesso em 02 out. 2018

SILVA, Delmo Mattos da, SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. **Revista brasileira de direitos e garantias fundamentais**/ v. 2017. Disponível em: indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/2586. Acesso em 07 abr. 2019

SILVA, R.C da; et al. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. **Rev.Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3): 629-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a08.pdf>. Acesso em 28 out. 2018

SILVA, L.C.F.P da; AREIAS, L. L. ; et al. Direitos da gestante e do bebê: uma revisão bibliográfica. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 113, jun 2013. Disponível em: <https://bdpi.usp.br/item/002451695>. Acesso em 07 abr. 2019

ZANARDO, G.L.P, ET AL. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicol. Soc.** vol.29. Belo Horizonte, 2017. Epub 10-Jul-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>. Acesso 20 set. 2018

APÊNDICES



APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr.(a).

Maria Luciana de Alcantara Costa, CPF: 989 191 303 10, Universidade Leão Sampaio está realizando a pesquisa intitulada "PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM HOSPITAL DE REFERENCIA NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE", que tem como objetivos geral, analisar a percepção das parturientes sobre a violência obstétrica em um hospital de referência no município de Juazeiro de Norte- CE, e como objetivos específicos:

- Verificar o conhecimento das parturientes sobre a violência obstétrica.
- Investigar os tipos de procedimentos realizados com as parturientes que caracterizam violência obstétrica.
- Identificar as dificuldades enfrentadas pelas parturientes diante de algum tipo de violência.

Para isso, está desenvolvendo um estudo que consta das seguintes etapas: inicialmente será visitado o Hospital de referência São Lucas para autorização da pesquisa no Município do Juazeiro do Norte-CE (ANEXO A), nesse hospital haverá entrevista com formulário semi-estruturada, com as parturientes maiores de 18 anos ali presente. Este estudo se caracteriza de natureza qualitativa, onde apresentará resultados através das informações colhidas das participantes. Por essa razão, a Sra. está sendo convidada a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em entrevista com formulário semi-estruturada, contendo perguntas abertas e fechadas. Toda as informações que a Sra. nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. Suas respostas e dados pessoais serão confidenciais e seu nome não aparecerá nos formulários, e nem quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso a Sra. aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista. A entrevista poderá expor as participantes em situações constrangedoras, por ser um conteúdo que explana a intimidade da mulher, também faz parte, a ansiedade e o medo de alterações das informações fornecida ao pesquisador.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar Maria Luciana de Alcantara Costa ou Maria Jeanne de Alencar Tavares no endereço Rua da Gloria, nº 20, bairro São Bento, na cidade do Crato Ceará ou nos telefones (88) 996538665. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Leão Sampaio.

Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, recebendo uma cópia do mesmo.

Local e data

Assinatura do Pesquisado



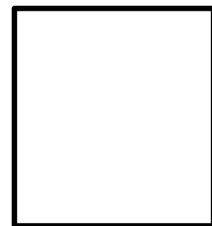
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu _____, portador (a) do Cadastro de Pessoa Física (CPF) número _____, declaro que, após leitura minuciosa do TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores.

Ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente da pesquisa (**“PERCEPÇÃO DAS PUERPÉRAS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE”**), assinando o presente documento em duas vias de igual teor e valor.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador



APÊNDICE C- INSTRUMENTO DE COLETA (ENTREVISTA)

Formulário semi- estruturado

- **Identificação**

-Número da entrevista: _____

-Idade: _____ . .

-Estado civil: ()Solteiro () Casado () Viúvo ()Separado () Outros.

- Religião: _____.

- Alfabetizado: ()Sim ()Não

- Nível de instrução: Ensino fundamental _____

Ensino Médio _____

Ensino superior _____

1-Você já ouviu falar em violência obstétrica? Qual?

2- O que você acha que a mulher deve fazer diante de uma conduta que caracteriza violência obstétrica?

3-Como você se sentiu durante o seu trabalho de parto?

4- Houve algum momento marcante?

5- Quem escolheu o seu acompanhante?

6- fale um pouco sobre sua alimentação durante o trabalho de parto.

7- Quando ocorreu o seu primeiro contato com o seu bebê?

8- Como se sentiu durante os toques vaginais?

9- Como foram as condutas dos profissionais de saúde que lhe prestaram assistência?

10- Caso você fosse submetida a algum tipo de violência obstétrica, o que você faria?

ANEXO

ANEXO A- Declaração de Anuência da Instituição Co-participante


HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUCAS

Rua São Benedito, n.º 243, São Miguel - Juazeiro do Norte/CE | CEP 63010-545


HOSPITAL MUNICIPAL SÃO LUCAS
**Declaração de Anuência da Instituição
Co-participante**

Eu, MARIA JEANNE DE ALENCAR TAVARES, RG 96029319107 SSP-CE, CPF 47750448349, coordenadora do Núcleo Acadêmico de Ensino e Pesquisa, declaro ter lido o projeto intitulado "PERCEPÇÃO DAS PUERPERAS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO JUAZEIRO DO NORTE-CE" de responsabilidade da pesquisadora, Profa. Maria Jeanne de Alencar Tavares RG: 96029319107, CPF: 47750448349 que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do CEP, autorizaremos a realização desta pesquisa no HOSPITAL MATERNIDADE SÃO LUCAS, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução de número 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante da presente pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Juazeiro do Norte-CE 07 de Dezembro 2018

Maria Jeanne de Alencar Tavares
Assinatura e carimbo do responsável institucional

Jeanne Alencar Tavares
Enfermeira Obstetra
COREN - 098513

Rua São Benedito, 243 - São Miguel - 63020-080 - Fones: 8821410131 / 21410744
CNPJ: 11422073/0001-98