



Identificação de situações de violência obstétrica a partir do relato de puérperas cadastradas na estratégia de saúde da família de um município do interior de Minas Gerais

Identification of situations of obstetric violence, partial of the report of puerperas registered in the family health strategy of a municipality of the interior of Minas Gerais

Identificación de situaciones de violencia obstétrica a partir del informe de puerperas inscritas en la estrategia de salud familiar de un municipio del interior de Minas Gerais

Deniara Santos¹, Flávia Liz de Carvalho¹, Marina Borges Prado¹, Isadora de Oliveira Acorinti Santos¹, Beatriz Dutra Brazão Lelis¹, Raquel Dully Andrade¹

¹Universidade do Estado de Minas Gerais, Passos, Minas Gerais, Brazil.

RESUMO

Introdução: A violência obstétrica é um problema social, no qual a mulher é deixada em segundo plano no cenário parturitivo.

Objetivo: Identificar situações de violência obstétrica a partir do relato de puérperas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família de um município do interior de Minas Gerais.

Métodos: Trata-se de pesquisa descritiva, realizada com a aplicação de um formulário a 80 puérperas cadastradas nas Unidades de Saúde da Família e tabulação em planilha eletrônica.

Resultados: Os resultados apresentaram puérperas de 18 a 45 anos. Quanto ao tipo de parto, 33 (41,25%) foram cesáreas, indicando que ainda é superior ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Entre as mulheres que realizaram parto normal, 31 (65,96%) relataram que o exame de toque foi recorrente e 32 (68,09%) disseram que foi utilizada medicação para acelerar as contrações uterinas. A maioria teve a presença de acompanhante, porém 6 (7,50%) relataram que não foi permitida a entrada de acompanhante. A maioria das puérperas 52 (65%) desconhecia o significado do termo violência obstétrica, 59 (73,75%) mulheres relataram que nunca sofreram violência obstétrica e 21 (26,25%) já sofreram.

Conclusão: Aponta-se a necessidade de maior enfoque em atividades de educação em saúde sobre o assunto, em especial para gestantes e seus acompanhantes desde o acompanhamento pré-concepcional e pré-natal.

Palavras-chave: Obstetrícia; Violência; Obstétrica; Puerpério.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence is a social problem, in which the woman is left in the background in the parturitive scenario.

Objective: Identify situations of obstetric violence from the report of postpartum registered in the Family Health Strategy of a municipality in the interior of Minas Gerais.

Methods: This is descriptive research, conducted with the application of a form to 80 postpartum women registered in the Family Health Units and Tabbles in Electronic Spreadsheet.

Results: The results had 18 to 45 years old. Regarding the type of delivery, 33 (41.25%) were cesarean sections, indicating that it is still higher than the World Health Organization (WHO). Among the women who performed normal delivery, 31 (65.96%) reported that the touch exam was recurring and 32 (68.09%) said that medication was used to accelerate uterine contractions. Most had the presence of

escort, but 6 (7.50%) reported that the escort was not allowed. Most of the postpartum 52 (65%) were unaware of the meaning of the term obstetric violence, 59 (73.75%) women reported that they never suffered obstetric violence and 21 (26.25%) have already suffered.

Conclusion: There is a need for greater focus on health education activities on the subject, especially for pregnant women and their caregivers since pre-concept and prenatal care.

Keywords: Obstetrics; Violence; Obstetric; Puerperium.

RESUMEN

Introducción: la violencia obstétrica es un problema social, en el que las mujeres quedan en el fondo del escenario parturitivo.

Objetivo: Identifique situaciones de violencia obstétrica del informe de posparto registrado en la estrategia de salud familiar de un municipio en el interior de Minas Gerais.

Métodos: Esta es una investigación descriptiva, realizada con la aplicación de un formulario a 80 mujeres posparto registradas en las unidades de salud familiar y los tables en la hoja de cálculo electrónica.

Resultados: Los resultados tuvieron entre 18 y 45 años. Con respecto al tipo de entrega, 33 (41.25%) eran cesáreas, lo que indica que todavía es más alto que la Organización Mundial de la Salud (OMS). Entre las mujeres que realizaron entrega normal, 31 (65.96%) informaron que el examen táctil era recurrente y 32 (68.09%) dijeron que se usó medicamentos para acelerar las contracciones uterinas. La mayoría tenía la presencia de escolta, pero 6 (7.50%) informaron que la escolta no estaba permitida. La mayoría de los 52 posparto (65%) desconocían el significado del término violencia obstétrica, 59 (73.75%) mujeres informaron que nunca sufrieron violencia obstétrica y 21 (26.25%) ya han sufrido.

Conclusión: Existe la necesidad de un mayor enfoque en las actividades de educación para la salud en el tema, especialmente para las mujeres embarazadas y sus cuidadores desde la atención previa al concepto y prenatal.

Palabras-clave: Obstetrics; Violence; Obstetric; Puerperium.

INTRODUÇÃO

A violência é um problema social que se expande em todas as suas formas, entrando em destaque na atualidade, uma vez que é uma das transgressões mais frequentes dos direitos humanos e constitui-se como um problema de saúde pública que gera custos econômicos e sociais elevados (SARAIVA; SERRA, 2016).

Deste modo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), violência é definida como: o uso da força física ou do domínio, em ameaça contra si mesmo, contra outra pessoa, ou contra uma comunidade, que resulte em lesão, morte, detimento psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (PÉREZ; OLIVEIRA; LAGO, 2015).

A violência obstétrica está relacionada à forma de organização dos serviços e da organização das práticas assistenciais; pode-se observar uma acessibilidade ruim com pouca permeabilidade dos serviços e dos profissionais às usuárias do SUS, e a manutenção das maternidades em condições inadequadas para o desenvolvimento de um cuidado que deveria ser integral (BARBOZA; MOTA, 2016).

Além disso, Rattner ressalta os tipos de violência que ocorrem no cenário parturitivo e em discussão separa em quatro divisões as quais propõe a violência verbal e/ou psicológica (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional), a violência física (incluindo a não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), a violência por negligência e a violência sexual, práticas que constroem e fundamentam o imaginário popular que associa a experiência do parto a um momento traumático e doloroso e que provoca angústia e ansiedade nas mulheres (BARBOZA; MOTA, 2016).

No contexto assistencial, a mulher tem ficado em segundo plano no cenário do nascimento, dependente das ações de profissionais e sujeita a um ambiente controlado, em que as instituições são regidas por ordens e protocolos que rompem com as interações humanas e segregam a mulher de seu contexto social e cultural, fazendo-a desacreditar na sua capacidade fisiológica de realizar o parto (JARDIM; MODENA, 2018).

Acredita-se que o progresso da obstetrícia e o cuidado humanizado podem ser iniciados através da enfermagem e que tal mudança deve ser iniciada ao adquirir conhecimento científico para respaldar as ações, o processo de cuidado e o processo do parto (SILVA, et al 2014). Diante desse cenário, este estudo buscou identificar situações de violência obstétrica a partir do relato de puérperas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família de um município do interior de Minas Gerais.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva. O estudo foi realizado em um município situado na região sudoeste de Minas Gerais que possui população estimada em 113.998 habitantes e área territorial de 1.338,070Km² (IBGE, 2018). A cidade conta com um hospital privado, um hospital filantrópico de grande porte, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 23 unidades de saúde da família, três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um centro especializado de atendimento (Serviço de referência em diagnóstico, tratamento e acompanhamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais).

A amostra foi composta por mulheres em um período de até seis meses pós-parto, cadastradas nas Unidades de Saúde da Família que contém o maior número de puérperas cadastradas. Sendo assim, o projeto foi desenvolvido com as puérperas cadastradas nas Unidades de Saúde da Família Penha I, Novo Horizonte, Vila Betinho, Jardim Polivalente, Coimbras I, Coimbras II, São Francisco e Casarão visto que são os bairros onde existe um quantitativo maior de puérperas cadastradas.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2019, no Serviço de Atenção Primária de Saúde da cidade de Passos-MG após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEMG. Para a coleta foi utilizado um formulário que foi preenchido durante consulta de puericultura na unidade ou em visita domiciliar conforme disponibilidade das participantes indicadas pela equipe de acordo

com critérios de inclusão.

Para identificar as situações de violência obstétrica o presente estudo foi estruturado através da abordagem quantitativa. Os dados obtidos pelo instrumento utilizados foram analisados e interpretados através da estatística descritiva simples.

A realização da pesquisa contou inicialmente com um ofício enviado para aprovação à coordenação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) onde foi realizada a pesquisa, e ainda com um termo de consentimento livre e esclarecido que foi assinado por todas as participantes deste estudo.

Também é importante frisar que aos participantes foi resguardado o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento, a garantia de que a participação ou não na pesquisa não interferiu em suas atividades no serviço; que as informações fornecidas foram mantidas em sigilo, foi assinado e entregue uma via do termo de consentimento livre e esclarecido.

O trabalho foi desenvolvido dentro dos princípios éticos da Resolução nº510, do Conselho Nacional de Saúde, expedida em 07 de abril de 2016. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi realizada entrevista com 80 puérperas cadastradas nas Estratégias de Saúde da Família através de visita domiciliar; as idades variam entre 18 e 45 anos de idade, descritas na tabela 1, a maioria é solteira, mas mantém relacionamento estável com o pai da criança; prole de 1 a 8 filhos sendo, a maioria dos partos anteriores: vaginais, grande parte das entrevistadas reside em bairros de maior vulnerabilidade social.

Tabela 01: Distribuição das mulheres pesquisadas segundo idade. Passos, 2019. MG.

Idades	Número de entrevistadas
18-23 anos	31
24-29 anos	15
30-354 anos	21
36-41 anos	10

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao tipo de parto, 47 (58,75%), foram partos normais e 33 (41,25%) foram cesáreas. Para as mulheres que realizaram parto normal, todas informaram que não passaram por tricotomia e/ou enema, totalizando 80 (100%) que não fizeram esses procedimentos.

Os dados obtidos sobre o tipo de parto indicam que a cesárea ainda tem grande peso ao realizar a escolha, contradizendo o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015), pois a cesárea possui seus riscos como toda cirurgia e deve ser indicada em casos que tenham necessidade. Preconiza-se que a cesárea contabilize até 10% dos partos, 28 pois assim permite a associação com a diminuição da taxa de mortalidade materno-infantil, porém, pode ser considerado um resultado quando comparado a outros estudos, a maioria dos partos realizados foram cesáreas, obtendo quase 52% do total (LEAL, et al 2014).

Sobre a realização de procedimento desnecessário, como a tricotomia e o enema, notou-se que foi preservada a autonomia da mulher, tendo como base que esses procedimentos não trazem

benefício e nem interferem durante o trabalho de parto, e no que se refere à prática do enteroclisma sugere que os trabalhadores de saúde estão cientes dos malefícios trazidos por essa prática (CARVALHO, et al 2010).

Ainda entre as mulheres que realizaram parto normal, 31 (65,96%) relataram que o exame de toque foi recorrente e 16 (34,04%) disseram que não. Expondo na Figura 1a a quantidade de vezes do exame e na Figura 1b os profissionais que o realizaram.

O toque vaginal é indispensável para a avaliação do trabalho de parto, porém é um fator de incômodo e constrangimento para a mulher, visto que ele é um procedimento que expõe muito a parturiente e também devido à frequência do exame e a forma como ele é realizado pode causar desconforto e até dor.

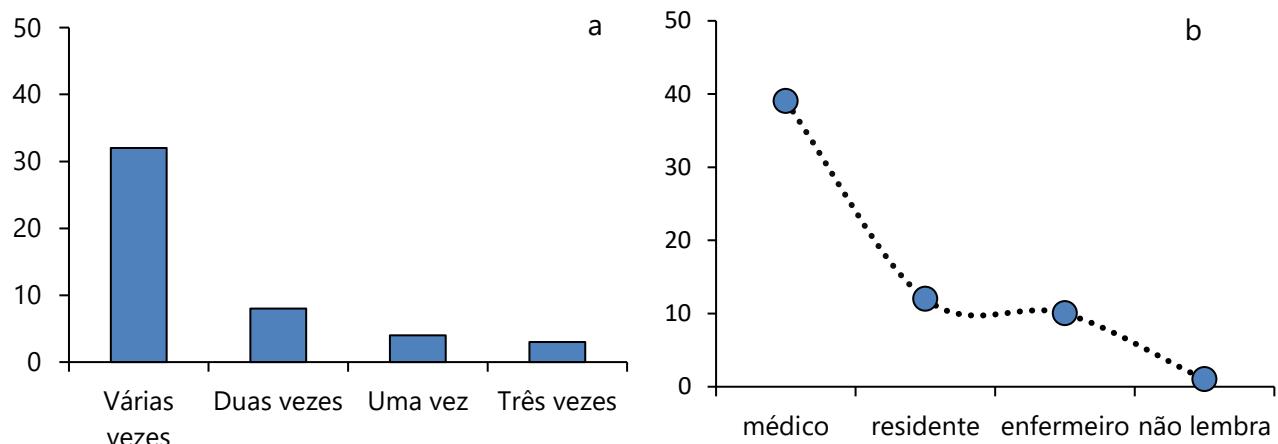


Figura 01: Quantidade de vezes que o exame de toque foi realizado (a) e profissionais que realizaram o exame de toque.

As 80 (100%) mulheres negaram o uso de fórceps ou extrator a vácuo durante o trabalho de parto. Segundo informações fornecidas por profissional que atua no local de estudo, lá não existe extrator a vácuo e o uso de fórceps somente é feito em último caso, e neste caso, quando necessário, o profissional médico tem o dever de orientar a parturiente. Trinta e três partos normais (70,20%) não tiveram que fazer episiotomia e em 14 (29,80%) foram realizados. Já a rafia por laceração esteve presente em 32 (68,09%) partos, e em 15 (31,91%) partos não foi necessário o procedimento. Em relação à amniotomia, 24 (51,06%) relataram que foram submetidas ao rompimento da bolsa e 23 (48,94%) não se submeteram ao procedimento.

Realizando um comparativo com o trabalho de Leal et al. (2014), pôde-se perceber semelhança no que se refere à episiotomia já que foi um procedimento realizado pela minoria das mulheres, mesmo com uma variação dos valores (40%). Porém, ocorreu o oposto na rafia em que a maioria das mulheres foi submetida e, assim, com relação à laceração durante o parto. Em relação à amniotomia, pôde-se perceber quase uma equiparação de resultados, mas, ao comparar, notou-se que houve aumento significativo nessa prática (LEAL, et al 2014).

Em relação à anestesia no trabalho de parto 41 (87,23%), relataram que não foram anestesiadas e 6 (12,77%) foram. A maioria das mulheres que tiveram parto normal relatou que nenhum profissional apertou a barriga para empurrar o bebê, de acordo com a Figura 2a.

O processo de analgesia durante o trabalho de parto é um procedimento que já vem sendo utilizado e, a partir de abril de 2019, no hospital onde as mulheres estudadas realizaram o parto começou a contar com a disposição da equipe de anestesia para os casos indicados. Esse procedimento tem como objetivo diminuir a dor durante o trabalho de parto. Percebeu-se que, embora a técnica peridural contínua permita a deambulação e uma dose de manutenção, ela está associada ao aumento do risco de utilização do fórceps, prolongamento do trabalho de parto, e o aumento do uso de ocitocina e o bloqueio da musculatura esquelética, que é um dos efeitos mais indesejáveis, pois tem como consequência a diminuição da dinâmica uterina e a força muscular. No entanto, ainda de acordo com o estudo, o uso da anestesia e analgesia pode apresentar malefícios

tanto para parturiente quanto para o recém-nascido, por isso, a equipe multidisciplinar deve analisar a escolha do método anestésico de acordo com a individualidade de cada parturiente.

Os estudos evidenciam que não existem benefícios na prática da Manobra de Kristeller, e não recomendam a prática dessa manobra, por provocar incômodo e aflição na mulher (FERREIRA, COSTA, ANDRADE 2018).

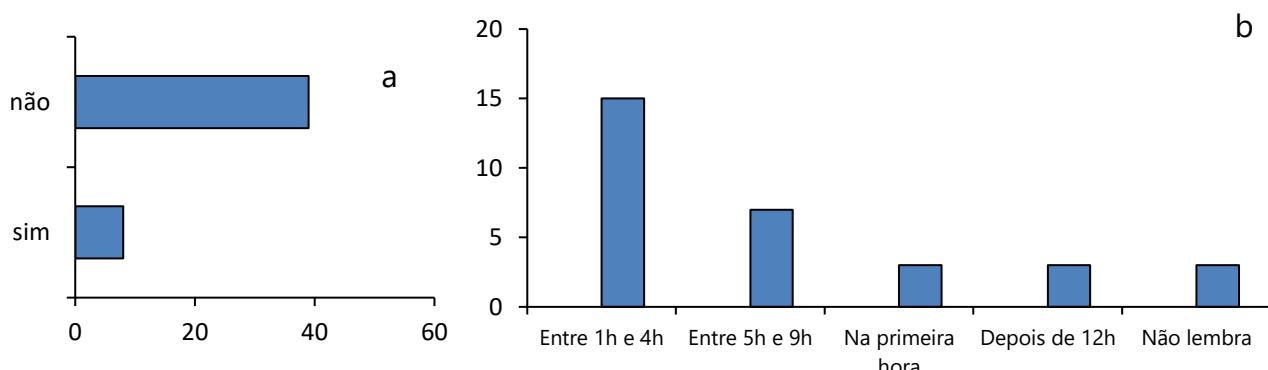


Figura 02: Distribuição das puérperas que foram ou não submetidas à Manobra de Kristeller (a) e Tempo de administração da ocitocina sintética após o início de trabalho de parto (b).

Em relação a posição de nascimento do bebê, 31 (65,96%) mulheres não puderam escolher a posição de nascimento, já 16 (34,04%) tiveram opção de escolha e preferiram ter o filho deitada. Foi perguntado se as mesmas tiveram a liberdade de caminhar durante o trabalho de parto e 44 (93,62%) responderam que sim e 3 (6,38%) disseram que não.

Observou-se que a maioria não pôde escolher a posição de nascimento para o bebê, isso tira a autonomia de escolha da puérpera que se enquadra numa forma de VO.

Sobre a utilização de medicação para acelerar as contrações do útero, 32 (68,09%) disseram que foi utilizada a ocitocina sintética e 15 (31,91%) não utilizaram, em relação ao tempo que demorou a administrar a medicação após o início de trabalho de parto, estão descritos na Figura 2b. E a percepção das mulheres sobre o uso dessa medicação está descrita na Figura 3a.

A obstetrícia valoriza a preservação da fisiologia do organismo e prioriza tecnologias não invasivas de cuidados de enfermagem evitando a administração de ocitocina na parturiente, sendo que esta é uma substância produzida pelo hipotálamo, e tem a função de promover a contração da musculatura uterina, no entanto, condutas de medicalização levam a prescrição regular do soro acrescido de ocitocina sintética, com o principal intuito de acelerar o parto e neste caso o soro torna-se um fator de invasão e interferência nos mecanismos próprios da fisiologia do organismo durante o trabalho de parto (COSTA, et al 2016).

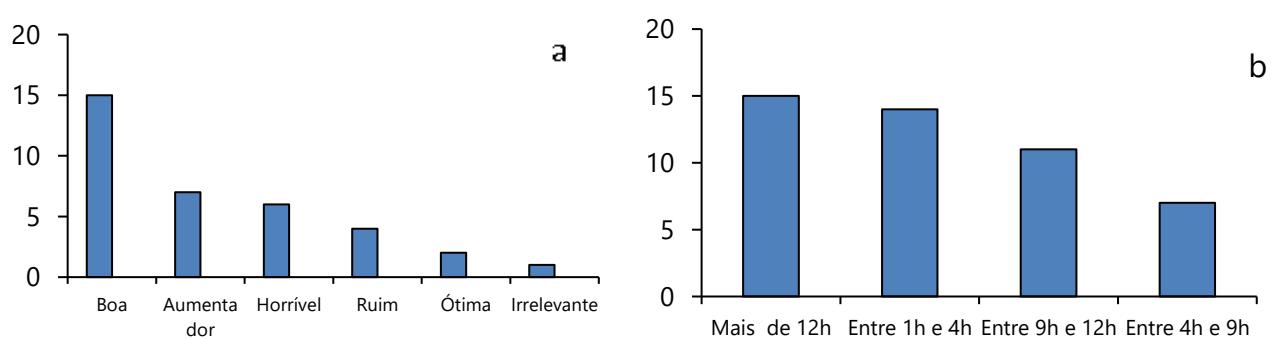


Figura 03: Percepção das puérperas sobre o uso de ocitocina sintética (a) e duração de trabalho de parto (b).

Em relação a quanto tempo durou o trabalho de parto segue descrito na Figura 3b. Uma parcela de 39 (82,98%) disseram que puderam comer e beber durante o trabalho de parto e 8 (17,02%) responderam que não. A maioria foi avisada de todos os procedimentos realizados 40 (85,10%) e 7

(14,90) não foram avisadas.

Com o passar do tempo, para auxiliar e diminuir o tempo de trabalho de parto, a inserção da fisioterapeuta na assistência vem aumentando cada dia mais. As gestantes que fizeram uso de suas técnicas e recursos relataram algum tipo de melhora, seja no alívio da dor, no relaxamento ou na diminuição dos estágios de parto, além de recuperar uma participação mais ativa da parturiente em todo o processo do parto, e com o lançamento do programa de humanização do parto e nascimento, a fisioterapia obstétrica veio para tornar o processo de parturição mais agradável e eficaz ao binômio mãe-filha durante o trabalho de parto, no qual as técnicas de fisioterapia contribuem diminuindo a tríade medo-tensão-dor, promovendo reeducação da função respiratória. Além disso, os hospitais vêm adquirindo cada vez mais métodos para minimizar a dor e tornar o parto mais humanizado, entre eles estão às técnicas de respiração, massoterapia, utilização de bola, banhos, deambulação ativa, aromaterapia, cromoterapia e musicoterapia (SOUZA, SILVA, COSTA 2018).

A maioria 74 (92,50%) pôde estar com acompanhante de sua preferência como mostra a Figura 4a, sendo que 6 (7,50%) relataram que não foi permitida a entrada de acompanhante. Na Figura 4b, segue descrito como a puérpera se sentiu durante o trabalho de parto.

Para contribuir neste processo foi criada uma lei, cuja finalidade era de garantir a gestante um acompanhante, de sua livre escolha e durante todo o processo relacionado ao 0 5 10 15 20 Mais de 12h Entre 1h e 4h Entre 9h e 12h Entre 4h e 9h 33 pré-parto, parto, pós-parto e também puerpério imediato, a lei que garante esse direito é a Lei 11.108 de 07 de Abril de 2005, também chamada de Lei do acompanhante, sendo oriundo da alteração na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, apesar da lei já existir a muito tempo, observou-se que ainda existem mulheres que não conhecem seus direitos e algumas mulheres tiveram o direito de acompanhante negado por parte da instituição (VASCONCELOS, 2014).

A parturiente durante o trabalho de parto pôde demonstrar sentimentos, principalmente o medo e a dor, sendo assim é de suma importância que a equipe realize um atendimento humanizado no intuito de deixar a puérpera mais tranquila (VASCONCELOS, 2014).

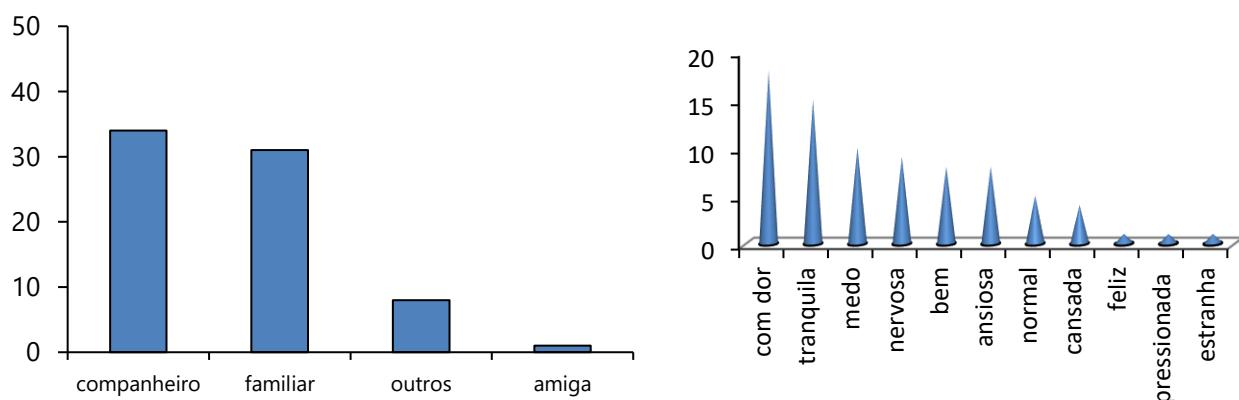


Figura 04: Descrição do acompanhante que as mulheres entrevistadas tiveram durante o trabalho de parto (a) e relação de como a puérpera se sentiu durante o trabalho de parto (b).

Em relação às mulheres que realizaram cesárea, a Figura 9 expõe com quantas semanas as puérperas tiveram o bebê. Quanto ao agendamento prévio da cesárea, 20 (60,60%) não tiveram o agendamento prévio e 13 (39,40%) tiveram. Dezoito mulheres (54,55%) teriam parto normal, mas por alguma complicação, tiveram que fazer a cesárea e 15 (45,45%) já estavam com o procedimento marcado.

A cesariana a pedido materno é considerada aquela desempenhada em uma gestante que, a princípio, não tem indicações médicas e nem contra-indicação para tentativa do parto vaginal. Existem controvérsias sobre a realização da cesariana a pedido, pois pode envolver riscos potenciais e incluir complicações em gravidezes subsequentes, como, por exemplo, rotura uterina, placenta prévia e acretismo placentário, e seus potenciais benefícios englobam um menor risco de hemorragia pós-parto na primeira cesariana e menos complicações cirúrgicas quando comparada ao parto vaginal,

alguns estudos defendem que esse tipo de cesariana não deve ser realizado antes de 39 semanas (CÂMARA et al, 2016).

A maioria passou pelo trabalho de parto antes da realização da cesárea, sendo 21 (63,63%) e 12 (36,37%) não passaram pelo trabalho de parto, 23 (69,70%) relataram que a cesárea foi realizada em situação de emergência “os motivos encontram-se descritos na figura” 5a (30,30%) não foram realizadas em situação de emergência. Em relação à sedação durante o procedimento, 28 (84,85%) disseram que não foram sedadas e 5 (15,15%) foram sedadas.

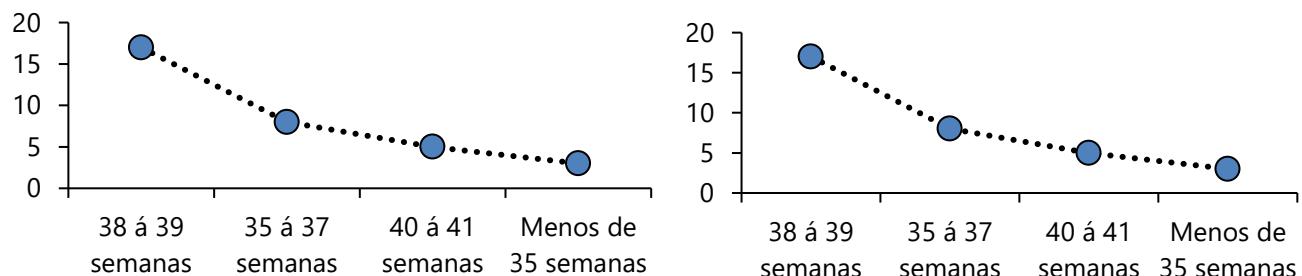


Figura 05: Descrição das semanas de nascimento dos bebês (a) e motivos de realização da cesárea (b).

Em relação ao pós-parto, a maioria relatou que foi respeitada a hora da primeira mamada, sendo 70 (87,5%) e, 10 (12,5%) disseram que não. Em 67 casos (85,40%), o bebê foi colocado em contato com a mãe. Já o mesmo não aconteceu com 13 mulheres (14,60%). No que diz respeito ao plano de parto, a maioria não teve 64 (87,50%) e 16 (12,50%) tiveram um plano de parto.

De acordo com as leis vigentes no país que instituem diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS), o contato pele a pele imediato e contínuo, ou seja, colocar o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, e ainda, estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães que vivem com HIV ou HTLV trazem benefícios para a mãe e o recém-nascido (MINISTÉRIO, 2014).

Em contrapartida ter apoio social na gestação e no puerpério e manter relações sociais positivas podem proteger a gestante contra a depressão pós-parto (DPP), e podem minimizar o impacto que os fatores de risco podem causar o que pode ser confirmado por vários estudos da área (OLIVEIRA et al, 2019).

Em relação ao suporte profissional no trabalho de parto, 76 (95%) tiveram e 4 (5%) relataram que não tiveram suporte, quanto à eficiência do suporte prestado por parte da equipe 69 (86,25%) acharam que foi suficiente e 11 (13,75) acharam que não foi o suficiente. Na Figura 06a seguem descritos quais profissionais prestaram esse suporte de acordo com as entrevistadas.

Em relação à presença do pai durante a gestação, parto e pós-parto ficou evidenciado que a maioria teve a presença, sendo 74 (92,50%) e 6 (7,50%) não tiveram por motivos de separação e por motivo de privação de liberdade. No que diz respeito ao tipo de sentimento após o parto fica demonstrado na Figura 06b.

Atualmente verificam-se transformações paradigmáticas referentes ao foco dos cuidados de enfermagem em saúde materna e temos cada vez mais o pai como papel preponderante e foco de atenção dos cuidados, pode percebe-se cada vez mais a importância do mesmo na gravidez e assim, considera-se que a participação do pai pode ser explicada pelo modelo biopsicossocial (MAGALHÃES, 2018).

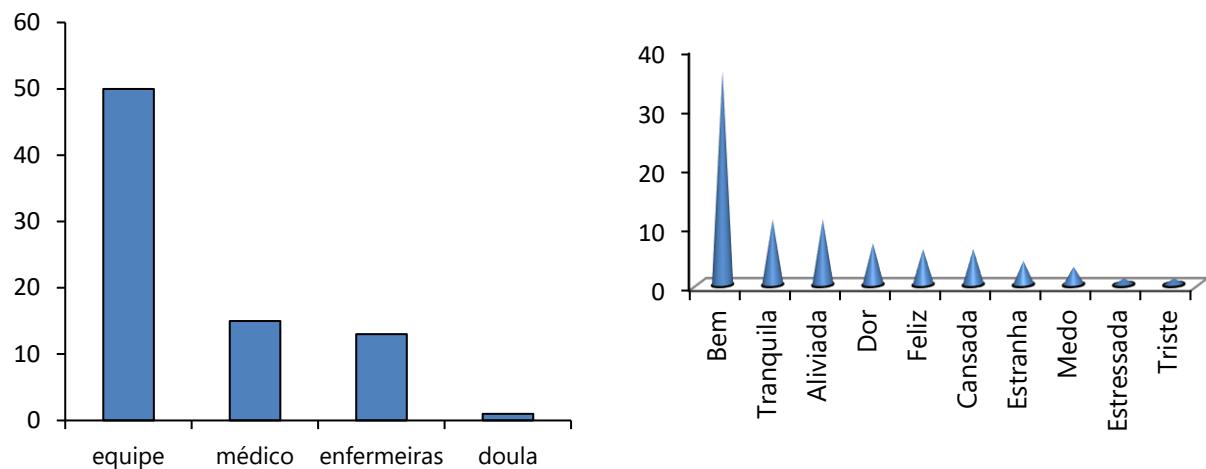


Figura 06: Descrições de como as puérperas se sentiram após o parto (a) e descrições de como as puérperas se sentiram após o parto (b).

Fonte: Dados da pesquisa

Questionadas sobre problemas psicológicos, a maioria relata que não foi diagnosticada com nenhum problema, sendo 75 (93,75%) e 5 (6,25%) foram diagnosticadas com depressão. As mesmas relataram que já possuíram o diagnóstico e seguem em tratamento com psicólogo. Relataram também que se sentiram muito acolhidas pela equipe de saúde 74 (92,50%) e 6 (7,50%) não se sentiram acolhidas.

Estudos sugerem que os fatores de risco associados à DPP podem envolver aspectos biológicos e psicossociais, tendo como os principais algum episódio depressivo prévio antes ou durante a gestação; histórico familiar de transtornos; conflitos familiares; estar exposta a situações estressantes; falta de apoio social e financeiro; gravidez na adolescência ou indesejada; complicações no parto e dificuldades em lidar com o bebê devido a comportamento, temperamento ou doença, enquanto o apoio social, familiar e conjugal auxilia na preparação física e psicológica para as mudanças advindas com a maternidade são variáveis relevantes (OLIVEIRA et al, 2019).

Três mulheres (3,75%) relataram que se sentiram agredidas verbalmente pela equipe de saúde e 77 (96,25%) não tiveram problemas. Na Tabela 02 seguem descritos alguns sintomas relatados pelas puérperas.

Após a gestação e sobretudo após o parto, muitas transformações, principalmente as de cunho emocional, acometem as mulheres, que podem ser causadas por alteração hormonal, que, por sua vez, podem se caracterizar por tristeza, transformações no seu físico, medo, ansiedade e outros, que na maioria dos casos esses sintomas desaparecem rapidamente, mas, para algumas mães, eles persistem por um tempo maior (OLIVEIRA et al, 2017).

Tabela 02: Descrição de alguns sintomas das puérperas no pós-parto.

Sintomas	Número de entrevistadas
Ansiedade e nervosismo	35
Mudança de humor	21
Vontade de chorar	19
Perda de apetite	15
Solidão	12
Tristeza	11
Dificuldade de concentração	11
Nenhum	40

Nas Figuras 7a e 7b seguem descritas as mudanças que as puérperas fariam no parto e pós-parto. Observou-se que a maioria das entrevistadas não mudaria nada no parto ou pós-parto. A maioria das

entrevistadas mudaria o tipo de parto. Constatou-se que, entre as mulheres que preferiram a cesariana, o motivo mais frequente foi “não sentir dor” e para as que preferiram o parto vaginal, o principal motivo foi “melhor recuperação” no pós-parto (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017).

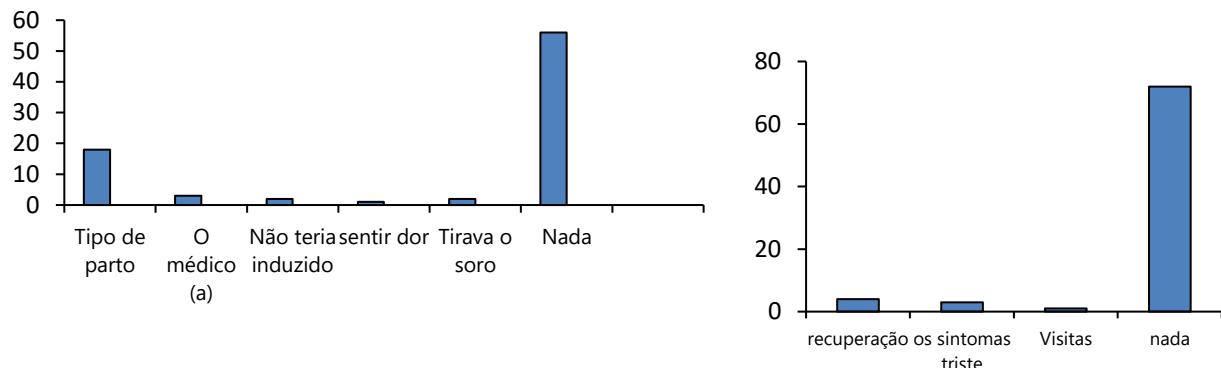


Figura 07: Mudanças que as puérperas fariam no parto (a) e mudanças que as puérperas fariam no pós-parto (b).

Em relação ao conhecimento sobre violência obstétrica, 52 (65%) não sabiam o que significava e 28 (35%) disseram saber e ter conhecimento sobre o assunto. A maioria relata que nunca sofreu esse tipo de violência sendo 59 (73,75%) e 21 (26,25%) relataram que já sofreram violência obstétrica, como descrita na Figura 16.

Observou-se que 26,25% das mulheres relataram vivência de VO, de maneira semelhante, neste estudo foi frequente a situação de mulheres submetidas a procedimentos selecionados como marcadores assistenciais de violência no processo do parto que não identificaram estas práticas como VO, deste modo, pode-se observar que a prevalência de VO foi subestimada, refletindo o desconhecimento e a falta de informação das mulheres sobre as recomendações assistenciais no parto e nascimento, práticas abusivas e sem respaldo científico utilizadas ainda de forma frequente (LANSKY, et al 2019).

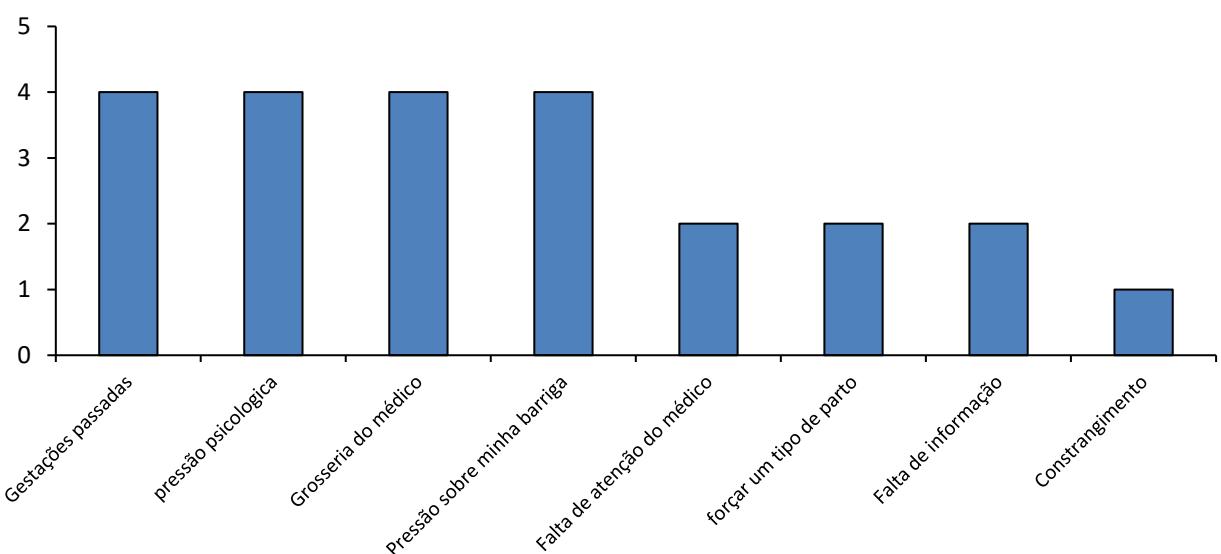


Figura 08: Tipo de violência obstétrica sofrida.

Em relação a ter mais gestações, a maioria das mulheres relatou que não pretendem ter mais filhos: 67 (83,75%). E 13 (16,25%) pretendem ter mais filhos, sendo a preferência pelo parto normal 9 (69,23%) e 4 (30,77%) pela cesárea.

A maioria das entrevistadas não quer ter mais filhos visto que muitas já são multíparas e quando se discute o ponto de vista da mulher quanto aos motivos pela preferência da via de parto, observa-se neste e em outros estudos a preferência ao parto vaginal com a melhor e rápida recuperação no

pós-parto, reafirmando o que foi observado, outro estudo evidenciou que as mulheres que preferiram a via vaginal o fizeram por atribuírem a cesariana uma recuperação no pós-parto mais dolorosa e demorada. Já por outro lado, estudos relatam que o principal motivo pela preferência da cesariana pelas mulheres foi o medo de sentir dor no parto vaginal e também o sofrimento atribuído ao parto vaginal (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017).

CONCLUSÃO

Ao longo do tempo, vem se propondo medidas para diminuir a violência contra as mulheres, principalmente em relação à Violência Obstétrica. Observou-se que a assistência obstétrica recebida pelas mulheres pesquisadas se mostrou satisfatória em relação às propostas das políticas públicas atuais.

Entretanto, foi possível identificar que ainda acontecem situações de violência obstétrica, o que torna questionável o alcance de campanhas e orientações sobre parto humanizado na sociedade atual. Tal violência muitas vezes está relacionada à falta de conhecimento da mulher, a um acompanhamento de pré-natal falho ou incompleto, a falhas na atuação dos profissionais de saúde e às rotinas dos serviços de maternidade.

Os resultados demonstraram que a maioria das mulheres teve parto normal, porém, ainda não atingindo a meta preconizada pela OMS. Das mulheres que realizaram parto normal, a maioria relatou que o exame de toque foi recorrente. A medicação para acelerar contrações uterinas foi utilizada em grande parte dos partos. A presença de acompanhante foi respeitada na maioria das vezes. A maioria das puérperas não tinha conhecimento sobre o termo violência obstétrica e a minoria relatou que já sofreu violência obstétrica.

Reforça-se aqui a necessidade de um enfoque na possibilidade do parto adequado e humanizado e informado durante o acompanhamento do pré-natal, discutindo o planejamento e os desejos da mulher, além de sanar suas dúvidas e informar seus direitos. Percebe-se ainda a necessidade de investir na reestruturação da formação de profissionais de saúde em que possa destacar o cuidado mais humanizado e a assistência de maneira holística. Com a desmistificação de um parto voltado para procedimentos invasivos e medicalização, os profissionais podem tornar o trabalho de parto mais humanizado, além de tornar a experiência do parto inesquecível conforme as expectativas da mulher.

REFERÊNCIAS

BARBOZA, L. P.; MOTA, A. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. Revisão de Leitura. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador. 2016; 5(1):119-129. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847/598>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. **Revista Electrónica trimestral de Enfermería**. 2017. n. 47, p. 80-88. Disponível em: <scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1695-61412017000300071&lng=es&nrm=iso&tlang=es>. Acesso em: 21 mar. 2019.

FERREIRA, J. B.; COSTA, A. P. V.; ANDRADE, U. V. Assistência de enfermagem ao parto: o uso da manobra de Kristeller: revisão integrativa. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, 2018; 5:e94. Disponível em: <<http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/94>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2018. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314790&search=minas-gerais|passos>>. Acesso em: 12. abril. 2019.

JARDIM, D. M. B.; MODENA, M. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas

características. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**v. 26, e3069. 2018. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100613&lng=en&nrm=iso&tlang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2019.

KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. C. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Esc. AnnaNery**,v. 22, n. 1. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100201&lng=en&nrm=iso&tlang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2019.

LANSKY, S.; SOUZA, K. V.; PEIXOTO, E. R. M.; OLIVEIRA, B. J.; DINIZ, C. S. G.; VIEIRA, N. F.; CUNHA, R. O.; FRICHE, A. A. L. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciênc. saúde coletiva** 24 (8) 05 Ago 2019. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n8/2811-2824/#>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; THEME FILHA, M. M. DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública** 30 (Suppl1). 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2014000700005&script=sci_arttext&tlang=pt#>. Acesso em: 25 ago. 2019.

MAGALHÃES, J. F. C. **Importância do pai durante a gravidez:** uma revisão sistemática da literatura. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem. Porto, 2018. Disponível em: <<https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/7065>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

OLIVEIRA, M. C.; MERCES, M. C. Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. **Rev. Enferm. UFPE online.**, Recife, v. 11(Supl. 6), p. 2483-2489. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23415/19090>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

PÉREZ, B. A. G.; OLIVEIRA, E. V.; LAGO, M. S. PERCEPÇÕES DE PUÉRPERAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO. **Revista Enfermagem Contemporânea**,v.4, n. 1, p. 66-77. 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/472/436>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

SAVAIA, A. D. S. E. S.; SERRA, M. C. D. M. UMA DOR ALÉM DO PARTO: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM FOCO. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**,n. 1, p. 128-147. 2016. Disponível em: <<https://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076/1072>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

SILVA, M. G.; MARCELINO, M. C.; RODRIGUES, L. S. P.; TORO, R. C.; SHIMO, A. K. K. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**,v. 15, n. 4, p. 720-728. 2014. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324032212020>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

SOUSA, C. B.; SILVA, I. M. A.; PEREIRA, V. S. S. Atuação da fisioterapia para a redução do tempo no trabalho de parto vaginal. **ScireSalutis, Anais do Fórum Perinatal de Obstetrícia** v.8, n.2, p.123-128, 2018. Disponível em: <<http://www.sustenere.co/index.php/sciresalutis/article/view/CBPC2236-9600.2018.002.0013/1285>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

VASCONCELOS, D. A. Direito ao acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato: atividades de educação em saúde no pré-natal. Trabalho de Conclusão de Curso de especialista em Enfermagem Materna. Sergipe, 2014. Disponível em:

