

Intervenções obstétricas durante o processo parturitivo: percepções de puérperas
Obstetric interventions during the parturition process: perception of the puerpera
Intervenciones obstétricas durante el proceso del parto: la percepción de las puérperas

Recebido: 05/04/2020 | Revisado: 06/04/2020 | Aceito: 18/04/2020 | Publicado: 20/04/2020

Graciela Dutra Sehnem

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4536-824X>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: graci_dutra@yahoo.com.br

Carla Priscilla Pereira Rios

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4167-9171>

Universidade Federal do Pampa, Brasil

E-mail: carla_rios@live.com

Michele Bulhosa de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1818-9537>

Universidade Federal do Pampa, Brasil

E-mail: michelebulhosa@gmail.com

Jaqueline Arboit

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6610-5900>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: jaqueline.arboit@hotmail.com

Silvana Bastos Cogo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1686-8459>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: silvanabastoscogo@gmail.com

Cintia Flores Mutti

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0437-2568>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: cintiamutti02@gmail.com

Mariana Ferreira Scopel

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5867-8840>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: maryana.scopel@gmail.com

Jucelaine Arend Birrer

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1526-9796>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: juarendb@gmail.com

Resumo

O estudo objetivou conhecer as percepções de puérperas acerca das intervenções obstétricas vivenciadas durante o processo parturitivo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com 14 puérperas atendidas em Estratégias Saúde da Família da área urbana de um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul, Brasil. A geração de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram analisados conforme a proposta operativa de Minayo. A pesquisa seguiu os preceitos éticos de investigações com seres humanos. O processo parturitivo foi vivenciado de forma negativa devido à exposição a situações indesejadas e de caráter agressivo, impostas por meio de ações dos profissionais da saúde, o que pode ser caracterizado como violência obstétrica. Essa violência pode ser evidenciada pela manobra de Kristeller, uso do fórceps e realização de episiotomia, sem consentimento ou conhecimento por parte das mulheres. As práticas comprovadamente úteis no parto ainda são pouco implementadas, enquanto que outras prejudiciais ou ineficazes continuam sendo realizadas.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Enfermagem obstétrica; Humanização da assistência.

Abstract

The study aimed to know the perceptions of puerperae about the obstetric interventions experienced during the parturition process. This is a qualitative research, carried out with 14 puerperas assisted in Family Health Strategies of the urban area of a municipality on the western border of Rio Grande do Sul, Brazil. Data generation occurred through semi-structured interviews. The data were analyzed according to Minayo's operational proposal. The research followed the ethical precepts of investigations with human beings. The parturition process was negatively experienced due to exposure to undesired and aggressive situations, imposed through actions of health professionals, which may be characterized as obstetric violence. Such violence may be evidenced by Kristeller's maneuver, use of forceps and episiotomy, without consent or knowledge on the part of women. Practices useful in childbirth are still poorly implemented, while other harmful or ineffective practices continue to be performed.

Keywords: Women's health; Obstetric nursing; Humanization of assistance.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo conocer las percepciones de las puérperas sobre las intervenciones obstétricas experimentadas durante el proceso de parto. Investigación cualitativa, realizada con 14 puerperas asistidas en estrategias de salud familiar del área urbana de un municipio en la frontera occidental de Rio Grande do Sul, Brasil. La generación de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas. Los datos fueron analizados según la propuesta operativa de Minayo. La investigación siguió los preceptos éticos de las investigaciones con seres humanos. El proceso de parto se experimentó negativamente debido a la exposición a situaciones agresivas y no deseadas, impuestas a través de acciones de profesionales de la salud, que pueden caracterizarse como violencia obstétrica. Dicha violencia puede ser evidenciada por la maniobra de Kristeller, el uso de fórceps y la episiotomía, sin consentimiento o conocimiento por parte de las mujeres. Las prácticas que han demostrado ser útiles en el parto siguen estando mal aplicadas, mientras que otras nocivas o ineficaces continúan llevándose a cabo.

Palabras clave: Salud de la mujer; Enfermería obstétrica; Humanización de la atención.

1. Introdução

O parto e nascimento representam, no universo familiar, um processo marcado por profundas transformações, aprendizados, expectativas, anseios e inseguranças diante de tudo que será vivenciado, as quais delimitam a aquisição de novos papéis e responsabilidades (Dodou, Rodrigues & Oriá, 2017). Nestes momentos, mulheres, recém-nascidos e famílias, envolvidos na experiência, apresentam diversas necessidades de saúde. Apesar de esperar que seja um período de vivências saudáveis, podem surgir problemas de ordem física, subjetiva, relacional e social. As profundas transformações vivenciadas neste ciclo podem expor a mulher, com mais frequência, a agravos que são causas específicas de morbimortalidade materna (Corrêa, Feliciano, Pedrosa & Souza, 2017; Strefling et al., 2017).

A morbimortalidade materna é um desafio mundial, apesar do declínio nos últimos 20 anos, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) global era de 210 óbitos por 100 mil nascidos vivos, em 2013. Não obstante, a mortalidade representa apenas a fração mais visível do problema de morbidade materna. No Brasil, com o decréscimo da RMM devido, principalmente, à redução dos óbitos por causas obstétricas diretas, em 2015, ocorreram 62

óbitos por 100 mil nascidos vivos (Vargens, Silva & Progianti, 2017). A mortalidade materna constitui um importante marcador da qualidade de atenção obstétrica, pois é evitável na maioria dos casos (Silva et al., 2016).

No Brasil, vive-se hoje o que se pode denominar de paradoxo perinatal, ou seja, ao mesmo tempo em que há melhoras significativas na ampliação do acesso das mulheres aos serviços de saúde e à disponibilização de tecnologias para diagnóstico, há uma intensa medicalização do parto e do nascimento. Tal atenção passou a ser marcada por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, pela prática abusiva da cesariana, bem como pelo isolamento da gestante de seus familiares, pela falta de privacidade e de respeito à sua autonomia (Dodou, Rodrigues, Oriá & 2017). A média de cesarianas realizada, por ano, no Brasil, é de 46,6%. Na rede privada, essa taxa pode chegar a 85%. Isso demonstra que ainda são observadas taxas muito acima dos 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Vargens, Silva & Progianti, 2017; Oliveira & Penna, 2017).

As intervenções desnecessárias dizem respeito a ações praticadas pelos profissionais de saúde, as quais se caracterizam por procedimentos e práticas que desrespeitem os direitos das gestantes e famílias, configurando, muitas vezes, um quadro de violência obstétrica. Esse quadro permeia um cenário de negligência no atendimento, discriminação social, violência verbal, física e psicológica, sendo realizados procedimentos sem a autorização da gestante, em desrespeito aos direitos da mulher (Alexandria et al., 2019).

Para a garantia de um atendimento humanizado durante o trabalho de parto, parto e nascimento, é necessário a adoção de boas práticas pelos profissionais da saúde, sendo estas baseadas no cuidado integral e na garantia dos direitos das gestantes. São consideradas boas práticas no processo parturitivo a oferta do atendimento livre de qualquer dano e maus-tratos, o direito à informação contínua, o consentimento esclarecido e o direito a recusar qualquer procedimento respeitando suas decisões, o direito ao acompanhante durante toda a internação obstétrica e o respeito ao sigilo e a privacidade da parturiente (Melo et al., 2017).

Frente ao exposto e com base nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que pactuam a redução da mortalidade materna, considerando que a mesma pode ser alcançada com maior protagonismo das mulheres no processo de parto e nascimento (United Nations General Assembly, 2015), busca-se neste estudo subsídios para desenvolver respostas para a qualificação da atenção neste processo, partindo das percepções das puérperas.

Nessa direção, este estudo orientou-se pela questão de pesquisa: Quais as percepções de puérperas acerca das intervenções obstétricas vivenciadas durante o processo parturitivo? Para respondê-la, objetivou-se: conhecer as percepções de puérperas acerca das intervenções

obstétricas vivenciadas durante o processo parturitivo.

2. Metodologia

Estudo de campo, descritivo e com abordagem qualitativa, realizado em quatro Estratégias Saúde da Família (ESF) da área urbana de um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul, Brasil. Este município possui 22 ESF distribuídas em quatro regiões, sendo que para o estudo foi considerada uma ESF de cada região. A seleção dos locais aconteceu por meio de sorteio.

Participaram da pesquisa 14 puérperas, sendo que não houveram desistências. Considerou-se esse número suficiente para propiciar reincidência e complementaridade das informações. O dimensionamento da quantidade de participantes seguiu a orientação de que quando a amostra qualitativa é ideal, reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo (Minayo, 2017). A inclusão das participantes seguiu os seguintes critérios: estar em período puerperal tardio ou remoto e ser cadastrada nas ESF incluídas no estudo. Foram excluídas da pesquisa puérperas menores de idade, mulheres que apresentaram óbito fetal intrauterino ou perinatal e malformações fetais.

Previamente, ao início da coleta de informações comunicou-se a realização e os objetivos do estudo à equipe das ESF. Posteriormente, foi realizado um trabalho exaustivo de aproximação, ambientação e diálogo com as puérperas, pois este período é marcado por grandes mudanças emocionais, o que poderia ocasionar desistências ou faltas aos momentos da entrevista. Essa aproximação se deu por meio de visitas domiciliares acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde lotados nas referidas ESF.

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2018. Como técnica de coleta de dados foi empregada a entrevista semiestruturada. Cabe enfatizar que as entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade das participantes e realizadas individualmente. Todas as informações obtidas nesse estudo foram gravadas em gravador digital (áudio), mediante autorização, e, posteriormente, transcritas de maneira integral, para serem submetidas em conformidade com à análise selecionada. As entrevistas foram realizadas na residência de cada puérpera, de acordo com o desejo das participantes.

Para a análise dos dados adotou-se a proposta operativa de Minayo (2014). O primeiro nível se refere à fase exploratória, quando se buscou o conhecimento do contexto do grupo estudado. Em seguida, percorreu-se o segundo momento, denominado de interpretativo, que

se dividiu em duas fases: a ordenação e a classificação dos dados. Na ordenação foram transcritas e organizadas as falas e na classificação realizou-se a leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e construção do relatório com a apresentação dos resultados.

Este estudo seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que se aplica a estudos com seres humanos (Brasil, 2012). Obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE: 67285217.3.0000.532. Foi providenciado às puérperas o conhecimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A fim de preservar o anonimato das mesmas, utilizou-se, para identificar as participantes ao longo do manuscrito a letra P seguida de algarismos arábicos que representam a ordem de realização das entrevistas.

3. Resultados

As participantes foram caracterizadas segundo idade, estado civil, escolaridade, renda, número de gestações, tipo de parto e período puerperal, conforme descreve a Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos participantes.

Puérpera	Idade (anos)	Estado Civil	Escolaridade	Renda Familiar (reais)	Número de gestações	Tipo de Parto	Período puerperal
P1	19	União estável	Ensino médio incompleto	1.500	1	Cesárea	Tardio
P2	23	Casada	Ensino médio completo	2.000	1	Cesárea	Remoto
P3	24	Solteira	Ensino médio incompleto	Bolsa família	2	1 Cesárea 1 Vaginal	Tardio
P4	26	União estável	Ensino médio completo	1.500	1	Cesárea	Tardio
P5	38	Divorciada	Ensino médio completo	1.500	4	4 Vaginais	Tardio
P6	34	Casada	Ensino superior incompleto	3.000	1	1 Cesárea	Remoto
P7	19	Solteira	Ensino médio incompleto	1.500	1	1 Vaginal	Tardio
P8	28	União estável	Ensino médio completo	2.000	1	1 Vaginal	Tardio
P9	26	Solteira	Ensino médio incompleto	1.000	3	3 Vaginais	Remoto
P10	24	União estável	Ensino médio completo	2.000	2	2 Cesáreas	Remoto
P11	29	Separada	Ensino médio incompleto	1.500	4	4 Vaginais	Tardio
P12	20	União estável	Ensino médio completo	1.000	1	1 Cesárea	Tardio
P13	22	União estável	Ensino superior incompleto	1.500	1	1 Cesárea	Tardio
P14	32	União estável	Ensino médio incompleto	2.000	2	2 Cesáreas	Tardio

Fonte: os autores.

A partir da análise temática emergiram duas categorias, sendo elas: Violência obstétrica experienciada por puérperas e caminhos para a humanização da atenção obstétrica.

Violência obstétrica experienciada por puérperas

No contexto da saúde obstétrica no momento do parto, algumas puérperas vivenciaram práticas claramente prejudiciais no que diz respeito a procedimentos realizados pelos profissionais da saúde, os quais configuram-se como violência obstétrica.

“As enfermeiras começaram a empurrar a minha barriga, tinha uma que subiu em cima de mim” (P5)

“Na hora me apertaram um pouco, disseram que era para ajudar meu filho sair” (P2)

“Só senti dor quando empurraram a barriga para tirar o bebê, senti dor nas costelas” (P4)

“Tiraram minha filha com o ferro [fórceps]” (P9)

Outra forma de violência obstétrica revelada neste estudo diz respeito a realização de episiotomia como argumento médico de facilitar a decida do bebê pelo canal de parto. Este procedimento foi realizado de forma indiscriminada causando dor nessas mulheres.

“Ficou dolorido embaixo porque ele [médico] cortou [episiotomia] e eu precisei levar pontos. Aquilo dói muito ao ir no banheiro” (P7)

“Precisei levar o pique [episiotomia], doeu muito” (P8)

“Ele [médico] deu o pique [episiotomia] e eu tinha dor para caminhar e cuidar da minha filha” (P12)

Ademais, além da violência física praticada pelos profissionais de saúde que atingiram negativamente à integridade dessas mulheres, observou-se a fragilidade emocional que apresentaram devido a comentários verbalizados no momento do parto.

“Começaram lá na porta a me perguntar se eu tinha alguma doença, se eu estava bêbada, se tinha usado drogas, as enfermeiras riram de mim. O que mais me doía era a cara delas me debochando, foi à pior coisa que passei, uma humilhação” (P9)

“Ele [médico] me disse que eu não estava depilada e que estava com corrimento com cheiro ruim. Perguntou se eu tinha alguma doença, que raiva eu senti. Além de estar com dor, a enfermeira me fez passar vergonha, dizendo que eu tinha que me lavar” (P11)

Caminhos para a humanização da atenção obstétrica

Verificou-se que as puérperas vivenciaram algumas dificuldades referentes ao desconhecimento sobre os direitos da gestante e sentimentos de medo devido à falta de informações sobre o parto.

“No início fiquei com um pouco de medo, mas fui olhando uns vídeos no YouTube e o medo foi diminuindo” (P1)

“Tinham que arrumar que pelo menos uma mulher pudesse entrar [acompanhante], tu ficas sozinha e se sente impotente. Uma pena que o hospital não tenha estrutura para entrar acompanhante, queria que meu marido estivesse lá” (P4)

“Acho que poderiam liberar para entrar um acompanhante, me senti muito sozinha, elas [enfermeiras] te deixam e somem, poderiam liberar pelo menos a mãe para entrar” (P11)

“É tão chato chegar no hospital e o teu marido que esteve contigo os nove meses não poder continuar do teu lado” (P13)

Percebe-se a necessidade de um acolhimento realizado com qualidade, respeito e foco nas necessidades da mulher, que considere seus medos, suas fragilidades e suas dores. No entanto, essa prática de comunicação entre usuária e profissional apresenta falhas significativas e marcantes na vida das parturientes.

“Reclamo das pessoas, que deveriam ser mais humanas, se colocar no lugar de quem está ali” (P5)

“Eu já não aguentava mais, não foi ninguém me ver, eu estava ali nervosa não sabia de nada, minha mãe também estava nervosa. Senti muita falta da assistência, as enfermeiras passavam ali e a minha mãe as chamava, estava nervosa. E, elas não paravam, foi um momento bem estressante” (P6)

“Um bom atendimento neste momento é necessário. Tu não sabes o que vão fazer contigo e não te falam nada” (P8)

A infraestrutura hospitalar também foi ressaltada pelas puérperas como uma questão geradora de desconforto e mal-estar durante a internação hospitalar e que precisa ser aprimorada para a humanização da atenção obstétrica.

“Acho que o hospital tinha que melhorar os quartos, fiquei em uma cama horrível, o colchão velho, senti muita dor nas costas” (P2)

“O hospital poderia ser mais organizado, mais iluminado” (P3)

“Aqueles quartos da maternidade com muitas mulheres são desconfortáveis, deveria ter mais privacidade, porque vão te trocar e tu está ali exposta, ficam entrando os maridos das outras [puérperas], deveria ter no máximo duas mulheres por quarto” (P10)

“Poderiam mudar, arrumar um jeito de aumentar o número de quartos da maternidade” (P11)

“Poderiam arrumar melhor as salas de parto, estava muito frio, uma sala sem vida, sem cor, uns lençóis velhos, me senti mal” (P14)

Interessante ressaltar o depoimento de uma puérpera, que resgatou a necessidade de capacitação profissional para um melhor atendimento à mulher e seus familiares.

“Acredito que o hospital deveria investir na parte de capacitação de toda a equipe da maternidade” (P6)

Também, uma puérpera destacou a figura da doula como importante no cenário do parto.

“Tinha que ter aquelas doulas. Eu vi na televisão que há em outras cidades, porque na hora parto fiquei sozinha, não tinha ninguém para me ajudar, me dizer para fazer força. Elas ajudam bastante a se sentir segura” (P7)

4. Discussão

As situações relatadas pelas puérperas fazem referência à violência obstétrica, revelada pela manobra de Kristeller, pela utilização do fórceps, pelo uso rotineiro da episiotomia e por agressões verbais. Fica evidente que tais ações geraram sofrimento nas mulheres, podendo se caracterizar como casos de violência obstétrica. Esta pode ser definida como qualquer intervenção desnecessária imposta à parturiente ou ao neonato realizada sem a aceitação da mulher, desrespeitando, assim, sua autonomia e prejudicando sua integridade física e emocional (Oliveira & Penna, 2017).

Um dos aspectos mais impressionantes da prática obstétrica brasileira é a pressa em provocar o nascimento, sem respeito à autonomia das mulheres no processo de parturição. O controle do tempo e a imposição da dinâmica do trabalho de parto e parto explicam o índice excessivo de intervenções, incluindo as cesarianas, fazendo com que a assistência ao parto seja focada na decisão do médico e não na dinâmica do corpo da mulher. Esse processo inicia durante a atenção pré-natal, quando as mulheres não são informadas sobre as boas práticas e cuidados obstétricos adequados, sobre os benefícios do parto vaginal e não são preparadas para conduzirem o seu parto. No hospital, esse processo tem continuidade com a imposição de uma cascata de intervenções que não se baseiam em evidência científica e produzem um parto com desfecho ruim.

O cenário da violência obstétrica pode se agravar quando a mulher desconhece seus direitos. Nesta perspectiva, estimular a autonomia feminina auxilia e fortalece a mulher a se empoderar diante de situações relacionadas aos procedimentos que serão realizados no seu

corpo e, assim, possibilita agir de acordo com suas vontades, visto que, muitas vezes a violência obstétrica acontece de forma naturalizada (Reis et al., 2017).

Segundo à OMS, o uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendada para mulheres submetidas a parto vaginal espontâneo (World Health Organization, 2018). Práticas como a episiotomia quando não há indicação clínica, a manobra de Kristeller, o uso rotineiro de tricotomia, enema e amniotomia, a infusão intravenosa de ocitocina sintética de rotina no trabalho de parto, o uso de rotina da posição de litotomia, dentre outras condutas são claramente prejudiciais ou ineficazes e precisam ser eliminadas (Melo et al., 2017).

Estudo revelou que as primíparas correm maiores riscos associados à episiotomia, como o de lacerações e de hemorragias (Meseguer et al., 2016). Ressalta-se que a maioria das mulheres não recebe informação antes de ser submetida ao procedimento, sendo que a episiotomia é a causa mais frequente de morbidade de puérperas e o seu uso indiscriminado expõe a mulher a perdas sanguíneas, risco de infecção, incontinência urinária e prolapso vaginal. Há uma relação direta entre o uso de episiotomia e o risco de lacerações vaginais e anais graves (Guimarães et al., 2018).

Estudou realizado na Índia mostrou que as mulheres relataram violência no parto incluindo procedimentos iatrogênicos como episiotomia sem anestesia, exames pélvicos impróprios, violência física e verbal durante o trabalho de parto e, às vezes, também direcionado aos acompanhantes (Chattopadhyay, Mishra & Jacob, 2018).

A agressão verbalizada também gerou desconforto e ocasionou sentimentos como vergonha e constrangimento. Nesta situação, a relação construída entre as mulheres e os profissionais de saúde é considerada assimétrica e hierárquica. Este dado traz à tona as dificuldades que as mulheres apresentam para se fazerem ouvir num momento de possível dor e de vulnerabilidade, no qual se veem imersas durante o parto. Por conseguinte, tornam-se sem voz e sem vez, diante das normas e regras que lhe são impostas pela instituição hospitalar (Oliveira & Penna, 2017).

Com o crescente número de dados referentes à violência obstétrica, a legislação brasileira elaborou leis para reduzir esses índices. Atualmente, a gestante possui alguns direitos que lhe são assegurados. A exemplo disto, a Lei Federal nº 11.108/2005, garante às parturientes o direito a um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto (Brasil, 2018). Ademais, o acompanhante durante este período é uma recomendação da OMS, desde 1985.

A falta do acompanhante durante o processo do nascer propicia, comprovadamente, um momento estressante para a mulher (Brüggemann, Ebele, Ebsen & Batista, 2015). Mesmo que a presença do acompanhante seja legalizada no Brasil, observam-se obstáculos quanto à sua implementação, justificados pela inadequada infraestrutura dos serviços e, especialmente, pela falta de preparo da equipe de saúde para lidar com esta determinação (Brüggemann, Ebele, Ebsen & Batista, 2015).

A limitação da presença do acompanhante durante o processo parturitivo impossibilita que a mulher receba o apoio de sua rede social. Dessa forma, isto se revela um importante problema de saúde pública, pois o não cumprimento deste direito priva à mulher e o recém-nascido de serem beneficiados por esta prática, contrapondo-se aos princípios do Sistema Único de Saúde. Consequentemente, como apontam as evidências científicas, as mulheres ficam mais suscetíveis às intervenções desnecessárias durante a assistência obstétrica e neonatal, que repercutem negativamente nos indicadores de saúde (Brüggemann, Ebele, Ebsen & Batista, 2015).

Já as práticas humanizadoras do nascimento são um processo em que o profissional precisa ter empatia e respeitar a fisiologia do parto, não intervindo desnecessariamente. O manejo do trabalho de parto, incluindo o uso de tecnologias não invasivas de cuidado, além de diminuir a dor, aumenta o conforto materno e facilita a progressão do trabalho de parto. Tais tecnologias de cuidado são acessíveis e de baixo custo, possíveis de serem ofertadas por todos os serviços de saúde para humanização da atenção ao parto e nascimento (Vargens, Silva & Progianti, 2017).

A OMS elaborou uma classificação das práticas frequentes na condução do parto vaginal, orientando para o que é recomendado, ou não, no processo do parto. Contudo, o profissional necessita de preparo técnico e científico para atuar conforme tal recomendação. Essa classificação foi distribuída em quatro categorias, sendo elas: categoria A, práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; categoria B, práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; categoria C, práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; e categoria D, práticas frequentemente usadas de modo inadequado (World Health Organization, 2018).

No que se refere à categoria A, estão o monitoramento do trabalho de parto pelo partograma, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, a alimentação e a movimentação durante o trabalho de parto e parto, a presença do acompanhante de escolha da

mulher, o clampeamento tardio do cordão umbilical, entre outras (World Health Organization, 2018).

No que tange às questões estruturais e ambientais, a iluminação, o silêncio, a privacidade, a estrutura física e a ambiência são fatores que influenciam na participação das mulheres e na humanização do cuidado. Locais adequadamente estruturados estimulam às mulheres a realizarem escolhas, como, por exemplo, a posição e o local de parto, além de medidas não farmacológicas para o alívio da dor (Silva et al., 2016).

Com o aumento do número de mortes maternas e neonatais no Brasil, almeja-se o uso de práticas menos medicalizadas. Ao encontro disto, surge a figura da doula como possibilidade de proporcionar um ambiente harmônico e prazeroso, com o mínimo de práticas invasivas, respeitando o tempo e o desejo de cada mulher e seus familiares (Silva et al., 2016).

5. Conclusão

O presente estudo demonstrou que o momento do parto e nascimento foi vivenciado negativamente por algumas mulheres devido à exposição a situações indesejadas e de caráter agressivo, imposta por meio de ações dos profissionais de saúde, o que pode ser caracterizado como violência obstétrica. Essa violência foi vista de forma física e/ou verbal. Entre as agressões físicas, observou-se a manobra de Kristeller, o uso do fórceps e ocorrência de episiotomia, sem consentimento ou conhecimento por parte das mulheres. Em relação à agressão verbal apresentou-se desrespeito e falta de empatia por parte de alguns profissionais.

Já a humanização da atenção obstétrica aponta para um cenário parturitivo que seja, além de um ambiente íntimo, acolhedor e familiar, um momento especial em que os profissionais compreendam a visão de mundo, as crenças e os significados que mulheres e famílias atribuem ao momento de parto e nascimento. Para tanto, este estudo sinalizou questões como os direitos das gestantes, a atenção ao parto e nascimento respeitosa, sensível e competente, a infraestrutura adequada, a capacitação da equipe de saúde e a presença de doulas no cenário parturitivo.

A limitação do estudo está associada a vivência de mulheres de uma maternidade pública do interior do Rio Grande do Sul, Brasil, podendo ser ampliado para outras maternidades. Como implicações para novas pesquisas, entende-se que o desenvolvimento de estudos de intervenção com os profissionais de saúde e gestores podem qualificar a atenção prestada às gestantes/puérperas no que tange às boas práticas de atenção no processo de parto

e nascimento. No que se refere às contribuições para a prática, sugere-se que neste processo seja considerado o uso de tecnologias não invasivas de cuidado e a inserção de enfermeiras obstétricas como caminhos para a humanização da atenção obstétrica.

Referências

Alexandria, S. T. et al. (2019). La violencia obstétrica bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería involucrados en la asistencia al parto. *Cultura de los cuidados*, 23(53), 119-128.

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Caderneta da gestante. 4ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. 56p.

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brüggemann, O. M., Ebele, R. R., Ebsen, E. S. & Batista, B. D. In vaginal and cesarean deliveries, a companion is not allowed in the room: discourses of nurses and technical directors. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(esp), 151-158.

Chattopadhyay, S., Mishra, A. & Jacob, S. (2018). Safe', yet violent? Women's experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. *Culture Health & Sexuality*, 20(7), 815-829.

Corrêa, M. S. M., Feliciano, K. V. O., Pedrosa, E. N. & Souza, A. I. (2017). Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cadernos de saúde pública*, 33(3), e00136215.

Dodou, H. D., Rodrigues, D. P. & Oriá, M. O. B. (2017). The care of women in the context of maternity: challenges and ways to humanize. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 9(1), 222-230.

Guimarães, N. N. A. et al. (2018). Analysis of factors associated with the practice of episiotomy. *Revista de Enfermagem da UFPE on line*, 12(4), 1046-1053.

Melo, B. M. et al. (2017). Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 18(3), 376-382.

Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa.*, 5(7), 01-12.

Oliveira, V. J. & Penna, C. M. M. (2017). Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(2), e06500015.

Reis, T. L. R. et al. (2017). Women's autonomy in the process of labour and childbirth: integrative literature review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1), e64677.

Silva, R. M. et al. (2016). Complementary and integrative practices by doulas in maternities in Fortaleza (CE) and Campinas (SP), Brazil. *Saúde e Sociedade*, 25(1), 108-120.

Strefling, I. S. S. et al. (2017). Perceptions of puerperas on nursing care in joint accommodation. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 9(2), 333-339

United Nations General Assembly (UNGA). (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UNGA. 41p.

Vargens, O. M. C., Silva, A. C. V. & Progianti, J. M. (2017). The contribution of nurse midwives to consolidating humanized childbirth in maternity hospitals in Rio de Janeiro-Brazil. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 21(1), e20170015.

World Health Organization (WHO). (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO. 210 p.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Graciela Dutra Senhem – 100%

Carla Priscilla Pereira Rios – 100%

Michele Bulhosa de Souza – 100%

Jaqueline Arboit – 70%

Silvana Bastos Cogo – 70%

Cintia Flores Mutti – 70%

Mariana Ferreira Scopel – 70%

Jucelaine Arend Birrer – 70%