



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**GABRIELA DURÃES REIS FRÓES**

**VIVÊNCIA DO PARTO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA -  
HUB**

Brasília – DF

2015

GABRIELA DURÃES REIS FRÓES

**VIVÊNCIA DO PARTO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA -  
HUB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado como requisito à aprovação na  
disciplina de TCC2 do curso de Graduação  
em Enfermagem da Faculdade de Ciências  
da Saúde da Universidade de Brasília.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sílvia Maria dos  
Santos.

Brasília – DF

2015

**VIVÊNCIA DO PARTO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA -  
HUB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e defendido em 01 de Julho de 2015 pela  
Banca Examinadora composta por:

---

Professora Dra. Silvéria Maria dos Santos  
Orientadora

---

Professora Dra. Rejane Antonello Griboski  
Avaliadora

---

Professora Ms. Antonia de Jesus Angulo Tuesta  
Avaliadora

## VIVÊNCIA DO PARTO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB

Gabriela Durães Reis Fróes; Silvéria Maria dos Santos

### RESUMO

**Introdução:** A maioria das gestantes tem sua autonomia, direitos e protagonismo negligenciados pelos profissionais, e assim acabam sofrendo intervenções desnecessárias e desconhecidas por elas. **Objetivo:** Conhecer a percepção das mulheres acerca das práticas a que submeteram durante a assistência ao parto e nascimento. **Metodologia:** Estudo de caráter qualitativo, realizado por meio de entrevista semiestruturada, gravada. Para analisar as falas, foi utilizada a análise de conteúdo com análise temática. **Resultados e Discussão:** Foram elencadas as categorias e a partir delas as falas foram analisadas. A pesquisa foi realizada na cidade de Brasília, com doze puérperas do HUB. Um pré-natal de qualidade e acesso a grupos de educação perinatal, são a base para que as mulheres se informem acerca de seus direitos, do processo fisiológico do parto e nascimento, sejam bem acompanhadas, e assim se empoderem sobre o processo de gestação parto e nascimento. **Considerações Finais:** Percebeu-se neste estudo que é preciso que as mulheres busquem por informação durante toda a sua gestação, e que a equipe multiprofissional não se restrinja a rotinas e protocolos, que pratiquem o atendimento holístico e humanizado e que enxergue a gestação e o parto como um processo fisiológico e não apenas biológico e patológico.

**Palavras-Chave:** conhecimento; processos fisiológicos; parto normal

## **SIGLAS**

**HUB** – Hospital Universitário de Brasília

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PHPN** - Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

**PNDS** - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

**MS** – Ministério da Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>10</b>
<b>3. OBJETIVO</b>	
3.1. OBJETIVOS GERAIS.....	10
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
<b>4.METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>21</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>22</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A partir dos anos 70, os partos passaram a ser realizados e assistidos por médicos e em hospitais. Dessa forma, não houve espaço para a assistência ao parto pelas enfermeiras obstétricas. Essa realidade começou a mudar, quando em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou um documento chamado Tecnologia Apropriada para Partos e Nascimento. O mesmo fala sobre os direitos ao pré-natal e informação sobre tecnologias utilizadas no parto; descreve o papel das instituições em relação ao parto e nascimento; questiona o modelo biomédico, em relação a cientificidade das tecnologias invasivas e critica o uso desnecessário de tecnologias (MOUTA *et al*, 2009).

Neste contexto de atenção ao parto e nascimento no Brasil, enfrentamos a violência obstétrica, que é um problema muito enfrentado e visto nas práticas de atenção à mulher envolvendo questões sociais como de gênero, raça, classe e institucional. Entende-se como violência a imposição de intervenções que causem dano a integridade física e psicológica e o desrespeito a autonomia da mulher. Comprovado por evidências científicas, tais intervenções causam riscos e danos, mas ainda assim continuam sendo reproduzidos por profissionais. Os preconceitos acerca da sexualidade da mulher presente na sociedade centrada no poder masculino acabam por contribuir com a maneira que são destratadas nos locais de atendimento (MUNIZ, 2012).

O momento do parto e do nascimento de uma criança é marcante na vida da mulher. Mas em muitos casos retratam um momento de agressão, violência, traumas e desrespeito, realizados por profissionais que deveriam estar lhes prestando assistência. O momento do parto, juntamente com a dor que lhe acompanha, é retratado como um momento de solidão e humilhação que tomam forma a partir das práticas institucionais e da assistência de uma forma geral, que reforçam sentimentos de incapacidade e falta de poder da mulher em relação ao seu corpo (DOSSIÊ PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Neste contexto, entende-se que a mulher deve protagonizar o momento de seu parto, podendo tomar decisões, liberdade e contar com uma assistência humanizada, segura, com profissionais qualificados, com estrutura e baseada em evidências científicas. E para que isso aconteça, é preciso que essas mulheres tenham acesso à uma assistência de

pré-natal e profissionais qualificados, e comprometidos com o processo psicológico e parir e nascer (DOSSIÊ PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Outro ponto importante relacionado ao parto e nascimento, é a taxa de cesárea elevada no Brasil, que lidera o ranking mundial desse procedimento. A OMS estabeleceu que apenas uma taxa de até 15% de cesáreas em um país é o indicado, baseando-se no fato de que apenas 8 a 15% dos partos tem real indicação da intervenção, os outros 85% podem e devem ser realizados de maneira natural e bem assistido. Isso para que mulheres não sejam submetidas sem necessidade a uma cirurgia de grande porte, com potencial para contaminação e complicações (OMS, 1996).

Grande parte dos profissionais enxergam os eventos femininos - gestação, parto, aborto e puerpério - como sendo apenas biológicos, e em suas formações enfatizam o aspecto patológico desses momentos. Em contra partida, sabe-se que a gestação, é na maioria dos casos, um processo fisiológico que não necessita de intervenções invasivas, pois são consideradas desnecessárias e potencialmente perigosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Diante deste contexto, iniciativas surgiram para elaboração da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, desde 2003, considerada um desdobramento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde, instituído em 2000. Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, a assistência hospitalar ao parto é quase universal no país (98,4% dos nascimentos em 2006) e 80,9% das mulheres passaram por mais de seis consultas de pré-natal nesse mesmo ano. Porém, isso não se reflete em melhores condições de saúde, com elevadas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal (PNDS, 2006) (DISSIÊ PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

É fácil constatar que não houve mudanças ou impactos positivos destas políticas, resultando, em todo o país, no hábito das mulheres sofrerem esse tipo de violência quando se trata da assistência à sua saúde sexual e reprodutiva, quando estão expostas a ouvir:

*“Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?”*

*“Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.”*

*“Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.”*

*“Na hora de fazer, você gostou, né?”*

*“Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha.”*

(DOSSIÊ PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Essas frases são repetidamente relatadas por mulheres que deram à luz em várias cidades do Brasil e resumem um pouco da dor e da humilhação que sofreram na assistência ao parto. Quanto aos relatos de maus tratos, consideraram que foram desrespeitadas e maltratadas de alguma forma na maternidade pelos profissionais em algum parto anterior. As queixas de maus tratos se referem ao tratamento grosseiro por parte da equipe, falha ou ruptura na comunicação, abandono e à falta de cuidado em toda a assistência do pré ao pós-parto (DOSSIÊ PARTO DO PRINCÍPIO, 2012) (AGUIAR, 2010).

As mulheres então têm buscado formas para não se exporem à brutalidade e humilhações que acontecem no nascimento de uma criança. Umas tentam se adequar nos padrões de comportamento que lhes é exigido pelos profissionais de saúde, usando o silêncio como estratégia privilegiada e outras optam pelo enfrentamento desses profissionais. A narrativa de uma gestante sobre um de seus partos ilustra como o encontro clínico pode ser uma “zona de combate, de disputas de poder” (HOTIMSKY *et al*, 2002).

Essa cena ilustra como nossa cultura autoritária e patriarcal por vezes se evidencia na assistência à mulher. As relações hierárquicas de classe social, *status* e gênero são questionadas pela parturiente ao contestar a autoridade do profissional de saúde e valorizar o seu próprio saber sobre seu corpo grávido. Entretanto, essas relações são reiteradas a partir de algumas atitudes dos profissionais de saúde que não reconhecem a paciente como sujeito e assim não se propõe a estabelecer um diálogo com ela a respeito de sua gestação. (HOTIMSKY *et al*, 2002).

Diante deste modelo hegemônico vigente, onde há a separação da mente-corpo, e o corpo é visto e tratado como uma máquina, enraizado não só nas condutas dos profissionais, mas também na população, o modelo humanista se opõe aos excessos da assistência tecnocrática, pois defende a conexão mente-corpo, sendo este um organismo, e o usuário, o sujeito da relação (DAVIS-FLOYD, 2000).

Contudo, é importante ressaltar que sem a devolução do protagonismo para a mulher não existe humanização do nascimento. Enquanto elas não puderem escolher livremente a posição para parir, sua companhia, o local, sua roupa, suas tradições e suas inúmeras vontades, apenas estará sendo reproduzida uma história de abusos e

interferências desnecessárias, que não procede num mundo que se propõe democrático e igualitário (MEDEIROS, *et al*, 2008).

## **2. JUSTIFICATIVA**

Segundo Hotimsky *et al*, 2002, as queixas de mulheres acerca do desrespeito praticado pelos profissionais durante o processo de parturição, são muito frequentes, e só evidencia o julgamento da mulher por colocar em prática sua sexualidade. O momento do parto cria uma situação de vulnerabilidade e é nesse momento em que os profissionais, devido a sua formação, não se mostram solidários, atenciosos e comprometidos com o processo do parto e suas peculiaridades.

Tendo em vista essas considerações, percebe-se que o tema é de grande relevância para a atuação da enfermagem, e precisa ser muito abordado e estudado para que tais atitudes descritas à cima parem de se reproduzir e assim, a mulher poderá ter seu parto com o protagonismo que tanto se fala.

## **3. OBJETIVO GERAL**

Conhecer a percepção das mulheres acerca das práticas a que submeteram durante a assistência ao parto e nascimento.

### **3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer a experiência das mulheres durante atendimento ao seu parto;
- Conhecer os sentimentos em relação a sua experiência de parir;
- Conhecer os desejos e ou plano de parto destas mulheres;
- Identificar a relação entre seu desejo/plano de parto e desenrolar do parto no Hospital Universitário de Brasília (HUB) e
- Identificar o conhecimento das mulheres sobre seus direitos na atenção ao parto e nascimento.

#### **4. METODOLOGIA**

A fim de melhor atender aos objetivos propostos, será realizado um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, uma vez que esta possibilita maior aproximação com o cotidiano e as experiências vividas pelos próprios sujeitos de pesquisa (MINAYO, 1993).

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, estes foram assegurados em todas as etapas. O presente estudo foi aprovado no DAEP-HUB, e em seguida no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília. O número do protocolo de aprovação do projeto, emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS) é 39848714.9.0000.0030.

Posterior à aprovação a pesquisa foi realizada na Maternidade do HUB, com 12 puérperas, todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A metodologia utilizada para a coleta e interpretação dos dados foi a análise de conteúdo. Essa técnica diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos (MINAYO, 2008). Será feita por meio da transcrição das entrevistas gravadas, mantendo-se o conteúdo das falas de maneira integral.

A coleta de dados se deu a partir de entrevistas semiestruturadas, e gravadas. Após esse momento, as mesmas foram transcritas na íntegra, preservando a identidade das mulheres, que neste estudo serão identificadas com nome de flores (Chuva de prata, Cerejeira, Rosa, Orquídea, Cravo, Gardênia, Girassol, Gloriosa, Íris, Lírio, Margarida e Tulipa).

#### **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Das 12 mulheres, cinco possuíam ensino médio incompleto, quatro ensino médio completo e duas superior completo. Todas realizaram o pré-natal, em média 8 consultas, sendo que cinco realizaram no HUB e sete em centros de saúde próximos de suas casas. Essas consultas foram conduzidas por médicos em seis casos, e seis foram consultas intercaladas por médicos e enfermeiros. No histórico ginecológico seis

mulheres eram primíparas e as outras múltíparas. Das doze mulheres, cinco fizeram parto normal, e sete, cirurgia cesárea.

Duas mulheres afirmaram ter recebido informações sobre seus direitos na hora do parto, como por exemplo, a presença do acompanhante, posições que ajudam na hora do trabalho de parto, liberdade de movimentação, entre outras. As outras dez mulheres, afirmaram que não foram informadas sobre esses direitos em nenhum momento durante o pré-natal ou trabalho de parto e parto. Uma mulher apenas, afirma ter tido acompanhante, as outras disseram que o hospital não permitia a entrada do mesmo, devido a espaço físico, ou apenas porque não aceitavam mesmo, sem muitas explicações.

Cerejeira: *“Não! Sobre os direitos eles não me falaram não.”*

Margarida: *“Meus direitos?! Não tô lembrada não. Não, não falaram não.”*

Das cinco mulheres que tiveram seus partos normais, duas puderam escolher a posição que queriam parir seus filhos, e três não, apenas acataram a posição que lhes foi imposta. Em relação a livre movimentação durante o trabalho de parto, as quatro relataram que tiveram esse direito. A episiotomia, foi realizada em duas, das cinco mulheres. O uso da ocitocina exógena como estimuladora do trabalho de parto, foi feita em três mulheres, mesmo uma delas relatando que não queria ter feito o uso da mesma. E quanto ao profissional que estava conduzindo o trabalho de parto e parto, todas as mulheres afirmam que não tiveram direito se escolha.

Orquídea: *“Não. Eles só falaram a posição que tinha que ficar ... e eu fiquei. Deitada com as pernas abertas.”*

Com relação à categoria como desejou ou planejou seu parto, é importante registrar que todas as participantes deste estudo afirmaram que não tiveram iniciativa e nem se sentiram capaz e com direito de participar da definição e/ou escolha sobre as práticas usadas, condutas tomadas durante a assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento de sua criança. Com tudo observamos durante as entrevistas que elas falam sobre o seu desejo do tipo de parto, sobreposto pela conduta profissional.

Gloriosa: *“Eu gostei, eu achei legal, mais eu não quero cesárea, eu quero tentar normal ainda. Quero tentar normal. Foi frustrante.”*

Rosa: *“No caso, meus partos são tudo cesárea né [...] Por mim eu teria meus partos normais né, mais ... foi tranquilo.”*

A maioria das mulheres se sentiram satisfeitas com as condutas dos profissionais, desde o acolhimento, internação, trabalho de parto e parto. Apenas um delas relatou que se sentiu lesada com as condutas a que foi submetida durante esse processo. E também ressaltou a presença do acompanhante que é uma lei, mas que não foi respeitada.

*Lírio: Não, na verdade acho que foi negado! Porque pelo que eu sei, o SUS ele, né, o SUS ele aceita que você tenha um acompanhante durante sua .. o seu parto. E foi negado. Minha irmã queria entrar, minha irmã é técnica de enfermagem, queria entrar e eles não deixaram. Não deixaram. Falou que simplesmente não aceitavam.*

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O objetivo primordial do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O Programa tem como princípios: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O pré-natal é um momento importante na criação de vínculo da mulher com o sistema de saúde, que será onde ela irá recorrer durante toda a gravidez, para acompanhamento da gestação, realização de consultas, exames, e no puerpério. Além disso, esse é um momento importante na construção do conhecimento, esclarecimento de dúvidas, e de receber informações sobre as mudanças que estão acontecendo com o corpo, tanto físicas quanto emocionais, e ainda, sobre seus direitos e deveres enquanto gestante e futura parturiente. Esse momento precisa ser evidenciado e não

negligenciado, não sendo estas consultas apenas para verificar e atualizar o cartão da gestante. Os sentimentos, as dúvidas e incertezas da mulher são muito importantes e devem ser ressaltados e trabalhados durante essas consultas, criando assim, um vínculo da mulher com a equipe de saúde, e aos poucos empoderando-a de sua gestação e parto.

Algumas respostas das mulheres quando indagadas a respeito dos seus direitos enquanto gestantes e parturientes, foram bem básicas, apenas respondendo que não tiveram acesso à essas informações.

Tulipa: *“Pensando. Não, não.”*

Outras falam que as informações que receberam foram sobre cesárea e parto normal, mas que o profissional que estava conduzindo as consultas, que falou qual tipo de parto seria o delas, mesmo este, sendo diferente da vontade das mulheres. Apenas uma mulher fala que foi lhe dada a opção de escolher entre a cesárea e o parto normal:

Rosa: *No caso, meus partos são tudo cesárea né ... Ai então a medica já deixou tudo explicadinho como seria. Por mim eu teria meus partos normais né, mais ... foi tranquilo.*

Margarida: *Ai o tempo inteiro! Risos. Assim ele falava, ele explicava ... no caso as duas situações, que é no caso a cesárea e a, e o parto normal. Pediram pra eu optar entre um ou outro, cesárea ou normal.*

As mulheres precisam ser informadas sobre o potencial do corpo feminino para gestar e parir de forma saudável e natural, que elas precisam se preparar para o parto conquistando autonomia e direitos de escolha, sobre os diferentes tipos de partos respaldando-as pelo conhecimento a se empoderarem e exerceram seus direitos de escolha enquanto gestante e parturiente. Essas informações devem ser passadas à elas durante o pré-natal. Dessa forma, o tipo de parto deve ser uma escolha da mulher, e não apenas do profissional. Ela deve ser informada de todas as possibilidades que possui, fazendo assim uma escolha informada.

Exemplos de negligências dos direitos, que mais aparece nas falas das mulheres, é a questão do acompanhante, onde as mulheres são informadas desde o princípio de que no local em que ela irá parir, não pode entrar o acompanhante de sua livre escolha. A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto difere de acordo com o contexto social, a política de saúde do país e sua legislação, mas principalmente de acordo com a filosofia da maternidade. Assim, em alguns locais, essa presença é

estimulada e permitida, em outros não é permitida ou há restrições (BRÜGGEMANN, 2005).

*Gardênia: Não, meu parto não poderia ser .. a médica falou que não poderia induzir pra ser normal, mais se fosse um normal natural poderia ser. Eles falaram que não podia ter acompanhante homem aqui.*

*Girassol: “Me informaram que aqui a gente não tinha direito a acompanhante.”*

Neste mesmo sentido ainda falando sobre a questão dos direitos das mulheres no processo de “gestar e parir”, destacamos o que assegura a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

Mesmo algumas mulheres sabendo dessa Lei, e do que ela lhes dá direito, esse acompanhante é negado. Muitas vezes falam que não é permitido porque não tem espaço para o acompanhante, ou simplesmente porque a maternidade não permite, dando seguimento para uma violência institucional aumentada. Estudos confirmam que a presença do acompanhante diminui a violência contra essas mulheres, acelera o trabalho de parto, por ela está com uma pessoa que lhe é familiar e que lhe passa segurança. Mas o que foi visto, é que isso não acontece e está longe de se tornar uma rotina nos hospitais.

*Cravo: Não teve porque não fui informada da possibilidade.*

*Girassol: Me informaram que aqui a gente não tinha direito a acompanhante.*

*Margarida: Na hora do parto mesmo, não tinha ninguém comigo na sala não, mais a minha mãe ficou me acompanhando depois. Não deixaram. Falaram que não podiam entrar. Tinha até uma prima minha querendo, é, ver o parto né, assistir, porque ela é da área de saúde, mais eles não deixaram entrar não, falaram que não podia ... Eles falaram do espaço do centro cirúrgico, que o espaço é pequeno parece, pra tantas pessoas já envolvidas do hospital, mais o acompanhante, e que iam fazer uma reforma nesse centro cirúrgico.*

Sendo assim, deveria ser inquestionável o acesso a este direito tendo em vista que a Lei foi publicada em 2005. Contudo esta prática, não se tornou realidade neste serviço, como bem destacam as falas das mulheres entrevistadas.

*Orquídea: Hmm, sim. Ah, direitos em si ... Porque eles falaram que como era normal, geralmente não tem como te o acompanhante, mais eles abriram a exceção. Aí eu tive.*

Observando estas falas, percebemos que neste serviço não se leva em conta os direitos das mulheres, já referidos, e nem as mudanças nos protocolos baseados em evidências científicas. Estas falam sobre os benefícios do acompanhante para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém-nascido. Segundo a OMS, 1996, a parturiente deve ser acompanhada por pessoas em que confia e com quem se sinta à vontade, facilitando assim o trabalho de parto e parto.

O parto é um momento muito delicado e importante na vida da mulher. Naquele momento ela está passando pelo ritual de passagem, quando acrescenta ao ser mulher, o papel de mãe e a função da maternidade. Este, deve ser um momento de muito respeito, e atenção para com essas mulheres, dando-lhes um ambiente tranquilo, calmo e acolhedor, e profissionais capacitados para lidar com esse momento.

O Brasil adotou um modelo de assistência ao parto, caracterizado pela medicalização e pelo excesso de intervenções, buscando sua institucionalização, adaptando-se cada vez mais às novas tecnologias, incorporando-as ao grande número de intervenções e apoiando-se no enfoque de risco. É necessário, portanto, a retomada da prática do parto normal humanizado, com a redescoberta do paradigma da integridade, vendo a mulher de uma maneira holística e o parto como um evento fisiológico (DAVIM, 2001).

O medo da dor do parto, e o relato de que a mesma é insuportável, permeia as mulheres por uma questão cultural. Essa dor é encarada como sendo necessária para que a mulher consiga parir normal. Na maioria das vezes, os profissionais que acompanham os partos, não estão aptos para tratarem dessa dor de uma forma não invasiva, com massagens, redução da luz, exercícios, música, entre outros. Dessa maneira a mulher fica amedrontada, pois já está em um ambiente que não lhe é familiar, com pessoas que também não são, que realizam uma série de intervenções comprovadamente desnecessárias, e tudo isso, faz com que o trabalho de parto seja mais demorado e sofrido (ANDRADE, 2014).

*Cravo: Triste, sofrimento. Muito sofrimento. Muitas horas de trabalho de parto, muitas horas sentindo dor ...*

*Lírio: Olha, posso dizer que foi traumatizante viu! Foi traumatizante! Assim no outro dia na, na segunda feira ... a tarde, eu não conseguia relaxar assim, porque quando eu fechava o olho, eu me via lá de novo, naquele lugar, sentia as contrações ... então ... assim .. traumatizante mesmo, se eu queria ter filho, agora não quero mais mesmo!*

Por outro lado, as mulheres que se submeteram a uma cesárea, passam por outro processo. No caso dessa pesquisa, apenas uma cesárea era realmente necessária, as outras são questionáveis, devido à justificativa utilizada para realização das mesmas.

*Rosa: No caso, meus partos são tudo cesárea né. Não posso ter normal por não ter passagem, então já era certo que seria uma cesariana né. Aí então a médica já deixou tudo explicadinho como seria. Por mim eu teria meus partos normais né .. mais ... foi tranquilo.*

Essas mulheres, que muitas vezes queriam um parto normal, por falta de informação acabam se submetendo a uma cesárea eletiva.

Na maioria das maternidades, a mulher ainda é obrigada a permanecer deitada, em decúbito lateral esquerdo, durante o trabalho de parto mas sabe-se que ela tem o direito de escolha da posição que melhor lhe convier, seja deambulando ou outras posições verticais, pois não oferecem maior risco, proporcionam menor duração do trabalho de parto e diminuem a necessidade de analgesia (LAWRENCE et al., 2012).

Posições verticais no parto sempre foram utilizadas, ocorrendo uma mudança a partir do momento em que o parto passou a ser assistido por médicos e, principalmente, no ambiente hospitalar. A posição de cócoras geralmente é a preferida pelas mulheres, quando lhes oferecem a liberdade de escolha. Segundo Andrade, 2014, em um estudo envolvendo 22 estudos randomizados controlados, com 7.280 mulheres, o uso de qualquer posição vertical ou lateral comparado com a posição supina no segundo estágio do parto, esteve associado à redução da duração e do relato de dor grave nesse estágio e na taxa de episiotomia, pequena redução no número de partos assistidos instrumentalmente, e menos anormalidades nos padrões de frequência cardíaca fetal, embora tenha sido encontrado pequeno aumento na incidência de lacerações perineais de segundo grau e aumento no risco estimado de perda sanguínea maior que 500 ml (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, pag. 39).

Desta maneira podemos perceber que a informação/educação durante o pré-natal é de suma importância para a autonomia da mulher a hora do seu parto. Ela precisa saber em algum momento que ela tem o direito de escolher a posição em que quer parir, e não apenas ficar na posição que o profissional que estiver conduzindo seu parto mande, por estar cumprindo protocolos desatualizados.

*Orquídea: Não. Eles só falaram a posição que tinha que ficar ... e eu fiquei. Deitada com as pernas abertas.*

*Girassol: Nem me falaram sobre isso, mas pra mim nem fez muita diferença.*

A fala destas mulheres retrata essa falta de informação e preparo durante o pré-natal para que possam parir obedecendo às suas necessidades pessoais. Elas mal sabiam que se tivessem optado por estar em uma posição vertical na hora de seus partos, seria melhor para elas e para o bebê. A informação é a principal forma de se tentar evitar a violência institucional, onde lhe é dito o que tem ou não que se fazer, tirando todo o protagonismo das parturientes. Aquelas informadas e empoderadas do seu processo de pré-parto e parto, sabem dizer não a condutas desnecessárias, e sabem dizer como querem e o que querem fazer durante esse processo. O protagonismo da mulher na hora do parto, deve ser devolvido. É ela quem irá conduzir o momento, pois conhece melhor do que ninguém seu corpo e os sinais que ele traz. De acordo com a OMS em seu manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, o modelo tecnocrático estudado por Davis-Floyd, onde a gestação é tratada como uma patologia, e os profissionais o centro desse processo de nascimento deve ser abandonado, e apenas assistido, intervindo apenas se necessário.

Segundo o caderno do Ministério da Saúde, HumanizaSUS, que trata da Humanização do Parto e Nascimento, divulgado em 2014, baseado em uma filosofia de cuidados que deve enfatizar o uso de práticas baseadas em evidências científicas e custo-efetivas, a episiotomia de rotina deve ser abandonada da prática obstétrica atual. O seu uso pode ser considerado, mas não mandatário, em situações onde os benefícios possam ser maiores que os riscos tais como: distócia de ombro, parto pélvico, fórceps ou extrações a vácuo, variedades de posições posteriores ou em situações onde seja óbvio que a falha da sua realização possa resultar em trauma perineal maior.

No Brasil, acredita-se que quase a totalidade das nulíparas seja submetida a uma episiotomia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Essa, por mais que seja uma prática desaprovada por estudos científicos e pela OMS, ainda é muito utilizada por parte dos profissionais, que não estão por dentro das atualizações das evidências e ainda trabalham em cima de intervenções consideradas desnecessárias. A episiotomia pode se tornar um trauma para a mulher quando feita sem autorização, ou quando feita sem informar a mulher sobre os riscos e as consequências que pode lhes trazer. Novamente batendo na tecla da falta de informação, os profissionais se aproveitam disso, dessa falta

de conhecimento das mulheres e fazem o procedimento, muitas vezes com a autorização da mulher, mas ela em nenhum momento foi informada que esta é uma prática que já não deve mais ser utilizada rotineiramente, mas sim apenas em momentos específicos. A escolha informada é um direito das mulheres que se tivessem sido assistidas por um pré-natal de boa qualidade, com certeza essa “decisão” seria diferente.

*Girassol: Só fizeram. Eu acho que a doutora fez porque ele era, como ele tava muito grande, não tava conseguindo sair.*

Quanto ao uso da ocitocina usada para acelerar o trabalho de parto, estudos realizados mostram que o uso liberal da mesma na prevenção de partos prolongados não é benéfico. A rotina de uso da ocitocina interfere no processo fisiológico do parto, dificulta a movimentação e mulheres associam seu uso a experiências mais dolorosas no trabalho de parto (OMS, 1996).

*Cravo: Eu não queria ter tomado esse remédio (ocitocina)! Ele falou que ia colocar. Mais eu não queria.*

Mesmo com muitas condutas inadequadas, desaprovadas pela OMS, MS, entre outras instituições, percebeu-se que as mulheres, por estarem desinformadas sobre seus direitos durante o processo do pré-parto e parto, acabam considerando o serviço de maneira positiva.

O relato de esquecimento do bisturi no tórax de uma das mulheres durante uma cesárea, uso de ocitocina sem a aprovação da mulher, realização de episiotomia sem esclarecimento, descumprimento de Leis em relação ao acompanhante, entre outras. Tudo isso configuram violências institucionais cometidas pelos profissionais do serviço em questão. Mas essas mulheres, que não foram bem informadas e empoderadas durante suas gestações, que não reconhecem que são donas de seus corpos, e que são negligenciadas quanto a esse conhecimento, não enxergam, obviamente, esses maus tratos. Ou ainda, se reconhecem os maus tratos, mas ao final de todo o processo de parir, tem seus filhos bem e vivos em seus colos, reconhecem o serviço como sendo de boa qualidade.

Outros procedimentos ditos de rotina não são tão facilmente reconhecidos como atos violentos, como é o caso das cesarianas e das intervenções médicas cada vez menos desejadas por um conjunto de mulheres que vêm se manifestando através de atos

públicos, passeatas e pelas redes sociais da Internet. E, em não sendo vistos como atos violentos, menos ainda são entendidos como eventos traumáticos e, portanto, passíveis de reparação (PULHEZ, 2013).

Chuva de Prata: *“Não foi bom e também não foi ruim né.”*

Orquídea: *“O pré-parto foi muito difícil! Muito doloroso! Muito mesmo! Mais eu tive que me manter forte. Na hora do parto, foi tudo muito tranquilo pra mim.”*

Gloriosa: *“Eu gostei, eu achei legal .. mais eu não quero cesárea, eu quero tentar normal ainda. Quero tentar normal. Foi frustrante.”*

Lírio: *No parto também, eles me queimaram com bisturi... Quando eu acordei, já tinha, já tava com isso aqui já. Falou que foi um bisturi né, a laser que caiu aqui e que eles não viram e parece que ... eu não sei como é que funciona, mas disse que parece que tava com o pé colocado, não sei se é um pedal? E aí ... ele escutou só o chiado e fedendo, sentindo o fedor de queimado. Aí quando foi ver tava aqui ... Representou falta de cuidado ... representou ... descaso mesmo!*

A importância de se ter acesso a um pré-natal de qualidade, implica em que essas mulheres/gestantes tenham acesso à grupos de educação perinatal, para que assim elas se embebam de conhecimento sobre o processo fisiológico que está acontecendo em seu corpo, e reconheçam o parto também como um processo fisiológico, para que sejam as protagonistas desse momento tão importante e delicado. Seus medos, anseios, traumas, devem ser acompanhados dando lugar a uma mulher forte e conhecedora de seu potencial enquanto mulher que sabe parir e seu bebe que sabe nascer.

Mulheres informadas conseguem perceber situações críticas, violências, procedimentos desnecessários, conseguem tomar suas decisões sobre seu corpo, sem deixar que ninguém realize intervenções desnecessárias, e assim, os profissionais vão percebendo que essas mulheres conseguem parir de uma maneira diferente do que estão acostumados a ver e acompanhar.

Mudar esse cenário das maternidades e partos que temos hoje no Brasil, ainda é uma tarefa difícil. Ainda estamos embebidos no modelo tecnocrático, e a formação de vários profissionais seguem essa linha. A presença central e preponderante de profissionais médicos, principalmente obstetras e pediatras, não tem resultado em avanços significativos na melhoria dos indicadores de mortalidade e morbidade materna e perinatal no País. O médico obstetra ou pediatra, pela sua formação, obviamente está mais capacitado a lidar com as mulheres e recém-nascidos de alto risco e com as complicações sérias que podem surgir durante a gravidez, o parto e o nascimento, estando mais propenso a intervir com mais frequência (OMS, 1996).

Por isso, o trabalho integrado em equipe multiprofissional, pedra angular da utilização racional dos recursos humanos disponíveis, somando diversos saberes e habilidades, deve se tornar uma prática constante na assistência. A incorporação ativa de outros sujeitos, como enfermeiras obstetras, obstetrizas, educadores perinatais, psicólogos, e doulas, entre outros, na equipe assistencial deve ser promovida, proporcionando uma assistência integral, de acordo com as necessidades da mulher e de sua família. Dessa forma, as potencialidades de cada membro da equipe podem ser utilizadas plenamente, de acordo com suas capacidades técnica e legal, em benefício da mulher e da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A situação em que os partos acontecem no Brasil, passa por um momento de questionamentos. Intervenções comprovadamente desnecessárias ainda acontecem em grande escala, mulheres que não conhecem seus direitos, que não participam ativamente do seu processo de gestação, e acabam assim se submetendo a violências institucionais sem nem reconhecê-las como tal.

As mulheres não se percebem como vítimas de maus tratos, que sofreram violência obstétrica, visto que ela está banalizada e tornou-se silenciosa, como parte dos procedimentos de rotina das instituições.

Fortalecemos que o nascimento de uma criança é um processo único e que requer muita responsabilidade de todos os envolvidos neste momento. Não pode ser banalizado, nem feito de qualquer maneira, merece e precisa ser respeitoso, afinal mãe e bebê guardarão lembranças ímpares daquela experiência.

A proposta e o direito a uma assistência humanizada está em toda parte, recomendações, cartilhas, artigos, evidências científicas que marcam essa nova era, que pretende respeitar a mulher enquanto possuidora de seus direitos de parir, só é preciso que os profissionais de uma maneira geral, saiam de suas rotinas e protocolos e aceitem que as coisas mudaram, e pra melhor, e assim colocar em prática um atendimento holístico e humanizado, que enxerga binômio mãe e bebê como um processo fisiológico e não apenas biológico e patológico.

O processo de mudança na percepção das mulheres e da atitude dos profissionais é lento, visto que vem de uma cultura forte, hegemônica e centrada no poder do saber masculino, o que a torna difícil de ser mudada.

É preciso tratar o problema da base, ou seja, desde a formação acadêmica desses profissionais, para que eles realmente trabalhem em cima da medicina baseada em evidências. Pude evidenciar neste estudo a necessidade de que as pessoas que atuam na formação profissional estejam sensibilizados para a necessidade de mudança desse modelo de atuação vigente que resulta na falta de percepção das mulheres acerca de seus direitos e das dores e traumas enfrentados pelas mulheres, como é o caso dos sujeitos deste estudo.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Dimensão “Atenção à Saúde” – 2º fase Taxa de Parto Cesáreo. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao\\_saude\\_sup/pdf/Atenc\\_sau\\_de2fase.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_sau_de2fase.pdf)> Acesso em: 27 de abril de 2014.

AGUIAR, J. M., D’OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010. Disponível em <<http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAGuiar.pdf>> Acesso em: 27 de abril de 2014

BRASIL. Lei n. 11.108. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 2005; 8 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)> Acesso em: 23 de abril de 2014

BRÜGGEMANN, O.M, PARPINELLI, M.A., OSIS, M.J.D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. Cad. Saúde

Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1316-1327, set-out, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n5/03.pdf>> Acesso em: 29/05/2015.

DAVIM, R.M.B, TORRES, G.V., DANTAS, J.C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. Rev. Esc. Enferm. USP, 2009; 43(2): 438-45. Acesso em: 25/05/2015.

FLOYD, R. D. Os modelos assistenciais tecnocrático, humanizado e holístico. In INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS. International Conference on Humanization of Childbirth. Fortaleza, Brazil, 2-4 November 2000, pp. 5-23.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

HOTIMSKY, S. N. RATTNER, D. VENÂNCIO, S. I. et al. O parto como eu vejo ... ou como eu desejo? Expectativas as gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11003.pdf>> Acesso em: 23 de abril de 2014

LIMA, K. A; COSTA, F. N. A. Educação em saúde e pesquisa qualitativa: relações possíveis. Alim. Nutr., Araraquara v. 16, n. 1, p. 33-38, jan./mar. 2005.

MEDEIROS, R. M. K. SANTOS. I. M. M. SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres de vivenciaram essa experiência. Rio de Janeiro, Esc Anna Nery Enferm 2008 dez; 12 (4): 765-72. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a22.pdf>> Acesso em: 23 de abril de 2014

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos HumanizaSUS, vol. 4, Humanização do Parto e Nascimento. Brasília, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Humanização do Parto. Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília, 2002.

MOUTA, R. J. O. PROGIANTI, J. M. Estratégias de luta das enfermeiras da maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. Florianópolis, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/15.pdf>> Acesso em: 23 de abril de 2014

MUNIZ, B. M. V. MACHADO, B. R. Problematizando o cuidado ao parto: cuidado ou violência? Cuba, 2012. Disponível em <[http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/vi  
ewPaper/744](http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/vi<br/>ewPaper/744)> Acesso em: 23 de abril de 2014

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.

Parto do Princípio - Mulheres em rede pela maternidade ativa. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasil, 2012. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em: 23 de abril de 2014

PULHEZ, M., M. A “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA” E AS DISPUTAS EM TORNO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.