

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica
Linha de Pesquisa: Processo Saúde-Doença em Contextos Institucionais

Carolina Coelho Palma
Bolsista CAPES/PROSUP

Violência Obstétrica e a Experiência da Maternidade

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Tagma Marina Schneider Donelli

São Leopoldo, março de 2016

Carolina Coelho Palma

Violência Obstétrica e a Experiência da Maternidade

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Tagma Marina Schneider Donelli

São Leopoldo, março de 2016

P171v

Palma, Carolina Coelho

Violência Obstétrica e a experiência da maternidade / por
Carolina Coelho Palma. – 2016.

115 f.: il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio
dos Sinos, Programa de Pós-graduação em Psicologia, São
Leopoldo, RS, 2016.

“Orientação: Prof.^a Dr.^a Tagma Marina Schneider Donelli.”

1. Violência - Parto. 2. Maternidade. I. Título.

CDU: 618.2:159.9

*Dedido este trabalho a todas mulheres
que dividiram suas experiências a fim de
contribuir para a realização desta
pesquisa.*

Agradecimentos

Agradeço ao amor dos meus pais, incansáveis na missão de me guiar pela vida, incentivando meus estudos e busca profissional.

À Profa. Tagma, minha querida orientadora, que sabe tão bem aliar competência e doçura em tudo o que faz, ensinando-me com seu exemplo que, quando colocamos amor no que fazemos, sempre vale a pena!

A todas integrantes do grupo CER Bebê, pelas inúmeras contribuições em minha pesquisa e pelos agradáveis momentos que passamos juntas!

Às professoras do PPG, pelo incentivo e apoio contínuos ao longo do Mestrado.

Às professoras da banca, Dra. Denise Falcke, Dra. Virgínia L. Moretto e Dra. Rita S. Lopes, pelas preciosas contribuições na elaboração do projeto e por aceitarem o convite em participar da banca.

Às minhas queridas amigas infinitas: Adriana, Márcia, Jéssica e Kameni! Obrigada pela amizade protetiva! Parceria, risadas e muito estudo! Amizade que pretendo levar para além do Mestrado.

Às minhas amigas/irmãs de alma: Clarissa, Karoline, Fernanda, Letícia e Vanessa. Obrigada por existirem na minha vida e me apoiarem sempre! Vocês fazem toda diferença!

Aos meus afilhados, André e Murilo, que, pelo simples fato de existirem em minha vida, tornam tudo melhor!

A todos que me apoiam e que de alguma maneira incentivaram e ajudaram neste momento.

Às mulheres que participaram desta pesquisa, compartilhando e relatando momentos nem sempre fáceis de serem lembrados. Obrigada pela confiança e por acreditarem que valeria a pena!

Sumário

Resumo	08
Abstract	09
Apresentação da Dissertação	10
Artigo I	13
Resumo.....	13
Abstract.....	14
Introdução	17
Método	23
Delineamento.....	23
Participantes.....	23
Instrumentos.....	22
Procedimentos Éticos e de Coleta de Dados.....	25
Análise de Dados.....	26
Resultados	26
Discussão	31
Considerações Finais	41
Referências	43
Artigo II	48
Resumo.....	48
Abstract.....	49
Introdução	50
Método	54
Delineamento.....	54

Participantes.....	55
Instrumentos.....	56
Procedimentos Éticos e de Coleta de Dados.....	57
Análise de Dados.....	59
Resultados e Discussão.....	70
Considerações Finais.....	59
Referências.....	85
Considerações Finais da Dissertação.....	91
Referências da Dissertação.....	94
Apêndices.....	95
Apêndice A – Evidências Científicas Sobre as Práticas Utilizadas no Parto.....	96
Apêndice B – Questionário de Avaliação de Violência no Parto.....	99
Apêndice C – Resolução nº 182/2014, Projeto nº CEP 14/191 de 12/12/2014.....	105
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Etapa 1.....	106
Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Etapa 2.....	107
Apêndice F – Ficha de Dados Clínicos e Sociodemográficos.....	108
Apêndice G – Entrevista sobre Gestação, Parto e Maternidade.....	111
Apêndice H – Glossário de Termos Técnicos.....	115

Lista De Tabelas

Tabela 1 – Dados clínicos e sociodemográficos.....	27
Tabela 2 – Experiências e Sentimentos vivenciados no parto/cesárea.....	28
Tabela 3 – Procedimentos realizados durante parto/cesárea.....	28
Tabela 4 – Correlação entre Vivência de Violência no Parto e idade, escolaridade e renda familiar.....	29
Tabela 5 – Variáveis preditoras de vivência de violência no parto.....	30
Tabela 6 – Participantes.....	55
Tabela 7 - Contextualização dos casos.....	73
Tabela 8 - Experiência do parto.....	74
Tabela 9 - Experiência da maternidade.....	78

Violência Obstétrica e a Experiência da Maternidade

Resumo

A violência obstétrica é um tema que merece atenção, tanto das mulheres, dos profissionais de saúde, assim como do meio científico e acadêmico. Esta dissertação compõe-se de dois estudos empíricos acerca da violência obstétrica e da experiência da maternidade. O primeiro artigo objetivou verificar a ocorrência de violência obstétrica em mulheres brasileiras. Realizou-se um estudo de abordagem quantitativa, com delineamento descritivo, transversal e de alcance correlacional e preditivo, utilizando como instrumento o Questionário de Violência no Parto. Os dados foram coletados através de acesso online ao questionário, sendo analisados pelo programa SPSS. Participaram da pesquisa 1626 mulheres adultas, com idade média de 31,1 anos, primíparas ou multíparas, sendo a maioria da região Sul do Brasil (51,1%). Verificou-se que a vivência de violência no parto apresentou correlação significativa fraca negativa com a idade ($r = -0,131$; $p = 0,00$), escolaridade ($r = -0,160$; $p = 0,00$) e renda familiar ($r = -0,244$; $p = 0,00$). Através da análise de regressão múltipla, verificou-se 12 práticas de atendimento ao parto que mostraram-se preditores significativos de violência no parto, explicando 34,9% da vivência de violência no parto. O segundo estudo, qualitativo e de casos múltiplos, objetivou investigar a experiência da maternidade em mães que relatam ter sofrido algum tipo de violência durante o parto. Aplicou-se questionário para triagem inicial, entrevista semiestruturada e questionário com dados clínicos e sociodemográficos. Evidenciou-se entre as mães o sentimento de ambivalência em relação à vivência da maternidade, sintomas sugestivos de depressão pós-parto e transtorno de estresse pós-traumático. Conclui-se que são necessárias intervenções direcionadas aos profissionais de saúde que atendem o parto.

Palavras-chave: violência obstétrica; parto; maternidade

Obstetric Violence and The Experience of Maternity

Abstract

Obstetric violence is a topic that deserves attention, both women, health professionals, as well as the scientific and academic community. This dissertation consists on two empirical studies about obstetric violence and the experience of maternity. The first article aimed to verify the occurrence of obstetric violence in Brazilian women. It was conducted a study of quantitative approach, descriptive, cross-sectional and correlational and predictive range design, using the Birth Violence Questionnaire. Data were collected through online access to the questionnaire and analyzed using SPSS. The participants were 1626 adult women, mean age 31.1 years, primiparous or multiparous, and most from Southern Brazil (51.1%). It was found that the experience of violence in delivery had a weak negative correlation with age ($r = -0.131$; $p = 0.00$), educational level ($r = -0.160$; $p = 0.00$) and family income ($r = -0.244$; $p = 0.00$). Through multiple regression analysis, there were 12 models to obstetric care practices that were significant predictors of birth violence, explaining 34.9% of the experience of violence in childbirth. The second study, qualitative and multiple cases aimed to investigate the experience of maternity in mothers who report having suffered some form of violence during delivery. It was applied an initial screening questionnaire, semi-structured interview and questionnaire with clinical and sociodemographic data. It was evident feelings of ambiguity in mothers in relation to the experience of motherhood, symptoms suggestive of post-partum and post-traumatic stress disorder depression. It is concluded that interventions are needed directed to health professionals attending the birth.

Keywords: .obstetric violence; delivery; maternity

Apresentação da Dissertação

A ocorrência de violência obstétrica é um assunto emergente e que vem ocupando papel de destaque no que tange à qualidade de atendimento ao parto em mulheres brasileiras. No entanto, pouco ainda se estudou a respeito das possíveis consequências que um parto violento pode trazer, tanto para a mãe, quanto para o seu bebê, que acaba de nascer.

Sabe-se que, ao contrário da gestação, que acontece de forma lenta e gradual, o parto é um processo abrupto, que introduz mudanças rápidas e intensas a nível físico, psíquico e emocional. Caracteriza-se como um momento de passagem de um estado a outro, contendo como característica a irreversibilidade. Além disso, implica na impossibilidade da mulher controlar o processo, o que o torna um momento imprevisível e desconhecido sobre o qual se tem pouco ou quase nenhum controle (Maldonado, 1997).

A partir desta perspectiva de imprevisibilidade, entende-se que cada mulher poderá reagir de uma maneira totalmente inesperada e que, muitas vezes, não condiz com sua maneira de ser em outros momentos de sua vida. Acontece que, durante o parto, ocorre um fenômeno peculiar, onde vida e morte estão em jogo, o que suscita forças e coragem até então desconhecidas. É como se um outro eu tomasse forma neste momento, um eu arcaico, provindo de um inconsciente que carrega consigo não apenas vivências particulares daquela mulher, mas, também, de todas as mulheres contidas em sua história. Daí o caráter revolucionário desta experiência, que traz consigo a possibilidade de revelar uma mulher a si mesma, mostrando-lhe quem ela é em profundidade. Compreende-se, então, a premissa de que toda mulher que está em trabalho de parto está dando à luz a si mesma (Szejer & Stewart, 1997).

Assim, tendo-se em vista que a mulher, no momento do parto, vivencia um

estado de regressão e vulnerabilidade, ao qual Winnicott (1988) denominou como “preocupação maternal primária”, faz-se muito importante que ela esteja amparada por uma equipe humanizada e qualificada, que possa compreender a importância desta fase tão marcante e, ao mesmo tempo, delicada que é o nascimento de um filho. Logo, sabendo-se da importância deste primeiro encontro, o estímulo ao contato precoce deveria fazer parte do cotidiano profissional nas salas de parto das instituições de saúde (Rapoport & Piccinini, 2011).

Entretanto, sabe-se que a separação entre mãe e recém-nascido é muito frequente nas maternidades. Este afastamento está diretamente relacionado com as práticas que, muitas vezes, são seguidas pelos profissionais de assistência ao parto. (Rosa et al., 2010). Por se encontrar em um estado de regressão e vulnerabilidade, a conduta da puérpera acaba sendo de submissão e concordância, mesmo que ela queira muito ter seu filho mamando em seu peito, tocando sua pele, mesmo que esteja inundada de sentimentos de ansiedade, preocupação e medo, sem saber pra onde seu filho foi e o que estão fazendo com ele (Rosa et al., 2010).

Segundo Figueiredo (2003) há inúmeras evidências empíricas afirmando que as circunstâncias relacionadas com a gravidez e o parto afetam significativamente o estabelecimento do vínculo entre mãe e recém-nascido. Além disso, o contato corporal mãe-bebê, imediatamente após o parto, resulta em efeitos positivos na interação mãe-bebê, a curto e longo prazo.

Dentro deste contexto, torna-se fundamental compreender os momentos iniciais e de que maneira eles podem influenciar na formação do vínculo entre mãe e recém-nascido. Para que seja possível uma troca afetiva favorável à díade, é necessário que a mãe esteja apta a estabelecer este vínculo, o que só será possível a partir de uma boa vivência dos momentos que correspondem à gestação, parto e puerpério (Borsa, 2007).

Sendo assim, tendo-se em vista os aspectos físicos e psíquicos que envolvem o processo de parto e nascimento, é muito importante que a mulher possa vivenciar esta ocasião em um ambiente de acolhimento e confiança. Além disso, é crucial que possa estar ao lado de profissionais que lhe ofereçam segurança e que respeitem este momento tão marcante que é a vivência do parto e a entrada no universo da maternidade.

Diante da temática exposta acima, emergem duas questões: “De que forma se dá a ocorrência de violência obstétrica nas mulheres brasileiras?” e “Como se dá a experiência da maternidade em mulheres que vivenciaram partos violentos?”. A fim de responder tais questões, esta dissertação é composta por dois artigos empíricos, sendo um de caráter quantitativo e outro de caráter qualitativo. O primeiro artigo objetiva descrever os diversos fatores envolvidos na ocorrência de violência obstétrica, identificando se existe associação entre a vivência de violência no parto e a idade, escolaridade e renda das participantes, além de investigar a existência de preditores significativos para a vivência de violência no parto. O segundo artigo visa compreender a experiência da maternidade em mães que relatam ter sofrido algum tipo de violência durante o parto.

Após a apresentação dos dois artigos, serão expostas as considerações finais da dissertação. Nela será contemplada a síntese da dissertação, sinalizando as principais conclusões e questionamentos, além de indicar sugestões para futuras pesquisas.

Artigo I - Violência Obstétrica em Mulheres Brasileiras

Resumo

Ao se tratar da assistência ao parto nas maternidades brasileiras, verifica-se que muitas mulheres são submetidas a intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas atuais, resultando, em muitos casos, na vivência de violência obstétrica. Assim, o objetivo desta pesquisa foi verificar a ocorrência de violência obstétrica em mulheres brasileiras. Realizou-se um estudo de abordagem quantitativa, com delineamento descritivo, transversal e de alcance correlacional e preditivo, utilizando como instrumento o Questionário de Violência no Parto. Os dados foram coletados através de acesso online ao questionário, sendo analisados pelo programa SPSS. Participaram da pesquisa 1626 mulheres adultas, com idade média de 31,1 anos, primíparas ou multíparas, sendo a maioria da região Sul do Brasil (51,1%). 51,6% (n= 856) das respondentes realizaram cesárea, e 61,0 % (n=992) dos nascimentos ocorreram em hospital privado. Durante o atendimento recebido pelos profissionais de saúde, pode-se destacar que 52,3% (n= 850) sentiu-se inferior, vulnerável e insegura; 49,8% (n= 810) sentiu-se exposta e sem privacidade; 42,2% (n=686) sentiu-se pouco a vontade para fazer perguntas. Ao realizar-se a análise correlacional verificou-se que a vivência de violência no parto apresentou correlação significativa fraca negativa com a idade ($r=-0,131$; $p=0,00$), escolaridade ($r=-0,160$; $p=0,00$) e renda familiar ($r= -0,244$; $p=0,00$). Através da análise de regressão múltipla, verificou-se 12 práticas de atendimento ao parto que mostraram-se preditores significativos de violência no parto, explicando 34,9% da vivência de violência no parto. Dentro deste panorama, percebe-se a importância e a necessidade de que se instale um verdadeiro processo de humanização do parto e nascimento.

Palavras-chave: violência obstétrica; parto; nascimento

Obstetric Violence in Brazilian Womans

Abstract

When dealing with childbirth care in Brazilian maternities, it appears that many women are subjected to unnecessary interventions and procedures ahead of current scientific evidence, resulting in many cases, in the experience of obstetric violence. The objective of this research was to verify the occurrence of obstetric violence in Brazilian women. It was conducted a quantitative approach, descriptive, cross-sectional and correlational and predictive range design study, using the Birth Violence Questionnaire. The data were collected through online access to the questionnaire and analyzed using SPSS. The participants were 1626 adult women, mean age 31.1 years, primiparous or multiparous, and most from southern Brazil (51.1%). 51.6% (n = 856) of respondents realized cesarean section, and 61.0% (n = 992) of births took place in a private hospital. During the service received by health professionals, it could be noted that 52.3% (n = 850) felt inferior, vulnerable and insecure; 49.8% (n = 810) felt no privacy; 42.2% (n = 686) insecure to ask questions. When carrying out the correlation analysis it was found that the violence experience in delivery had a weak negative correlation with age ($r = -0.131$; $p = 0.00$), educational level ($r = -0.160$; $p = 0.00$) and family income ($r = -0.244$; $p = 0.00$). Through multiple regression analysis, there were 12 models to obstetric care practices that were significant predictors of violence in childbirth, explaining 34.9% of the experience of violence in childbirth. Within this panorama, we see the importance and the need to install a genuine process of humanization of labor and birth.

Keywords: obstetric violence; delivery; childbirth

Introdução

A assistência ao parto sempre foi considerada uma atividade eminentemente feminina, sendo, tradicionalmente, realizada por parteiras (Wolff & Waldow, 2008). Por muito tempo, as mulheres, em trabalho de parto, eram atendidas em suas casas por outras mulheres da comunidade, geralmente, pessoas íntimas, do convívio da parturiente. As parteiras, além de acompanhar o momento do parto, cuidavam, também, do corpo feminino e do recém-nascido, sendo conselheiras, curadoras e amigas das famílias que atendiam (Gomes, 2013).

No final do século XVI, devido à utilização do fórceps obstétrico*, instrumento inventado pelo médico inglês Peter Chamberler (1540-1596), a atuação das parteiras passou a sofrer um declínio. A noção de parto deixou de ser um ato comandado pela vontade divina, para tornar-se um ato controlado pela vontade humana, mais especificamente, pelo médico (Osava & Tanaka, 1997).

Sendo assim, os homens começaram a aparecer na cena do parto, quase sempre, em situações de emergência, quando procedimentos como hemostasia, suturas e drenagens eram necessários. Dentro deste contexto, a figura do médico no parto passa a ser considerada essencial, tendo-se em vista que este profissional é o detentor de tecnologias sofisticadas, possíveis de salvar vidas, as quais não estavam ao alcance das tradicionais parteiras. Desse modo, o processo natural de nascimento passa a ser visto não mais como evento familiar e fisiológico, mas como evento médico, necessitando ser controlado por meios tecnológicos e cirúrgicos (Osava & Tanaka, 1997).

De acordo com Wolff e Waldow (2008), o ato de “dar à luz”, antes uma experiência impregnada pela subjetividade da parturiente, de vivência íntima, familiar e

* Para consultar este e outros termos técnicos da área médica, ver Glossário.

domiciliar, transformou-se em uma experiência a ser vivida em ambiente hospitalar, público, atravessado por práticas rotineiras e intervencionistas. Mãe e bebê perderam o papel de protagonistas nesse processo e passaram a assumir uma posição passiva frente aos profissionais que tomam o controle sobre o nascimento, munidos de uma série de intervenções que legitimam sua prática e poder de decisão (Nascimento et al., 2009).

A institucionalização do parto trouxe consigo a possibilidade de uma assistência amparada por um amplo espectro de recursos assistenciais e tecnológicos, os quais, sabe-se, tiveram importante papel na redução da mortalidade materna e neonatal, além de muitos outros benefícios. Entretanto, este processo também trouxe como consequência a perda da autonomia da mulher como condutora do seu processo de parir. Percebe-se que o ambiente da maternidade passa a ser estruturado com a finalidade de atender às necessidades dos profissionais de saúde. A organização, o funcionamento e a área física são adequados àqueles que assistem à parturiente, mas não a ela. O ambiente é pouco acolhedor, além de ser permeado por normas e rotinas generalizantes, que não levam em consideração a individualidade da mulher que está em trabalho de parto (Gaiva & Tavares, 2002).

Na prática obstétrica exercida no Brasil, assim como em outros países, a parturiente é vista como um ser que deve permanecer calado e imobilizado, sobre o qual se fazem movimentos extrativos do feto. Procedimentos já sabidos como danosos e ineficazes ainda fazem parte do dia a dia dos profissionais de saúde, como a permanência da mulher em posição horizontal durante o trabalho de parto e parto, o uso de enema, tricotomia, infusão intravenosa, não sendo rara a administração de ocitocina sintética, utilizada, principalmente, para acelerar o trabalho de parto, entre outros procedimentos. Neste cenário, a assistência ao parto no Brasil é tipicamente organizada como uma linha de montagem, onde a mulher passa por diferentes locais conforme os

estágios do seu trabalho de parto, o que acaba por interferir na fisiologia e no desenvolvimento deste processo (Diniz, 2001). Além disso, o aumento das intervenções e, conseqüentemente, das hospitalizações, teve como um de seus resultados o crescimento considerável no número de operações cesarianas desnecessárias. Este aumento, por sua vez, propicia uma maior exposição de mães e bebês a riscos, além de elevar os gastos para o sistema de saúde (Faúndes & Cecatti, 1991).

Diante desse panorama, a Rede Cegonha, estratégia do Ministério da Saúde, divulgou um conjunto de ações relacionadas às Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento (Apêndice A), de acordo com a OMS (1996), classificando as práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo.

Após discutir as evidências, o grupo de trabalho desenvolveu uma classificação das práticas relacionadas à atenção ao parto: A) Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B) Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C) Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; D) Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996).

Como práticas úteis e que deveriam ser estimuladas (A), pode-se citar o respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante trabalho de parto e parto; contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, entre outras (OMS, 1996). Referente a práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (B), pode-se citar o uso rotineiro de enema; uso rotineiro de tricotomia; infusão intravenosa de rotina no trabalho de

parto; administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto, de um modo que não se permita controlar seus efeitos, entre outras (OMS, 1996).

Em relação às práticas sobre as quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão (C) ressaltam-se amniotomia precoce no primeiro estágio do trabalho de parto, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante o terceiro estágio do trabalho de parto; clampeamento precoce do cordão umbilical; entre outras (OMS, 1996). E, finalmente, entre as práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (D) estão a restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto; controle da dor por analgesia peridural; exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços; uso liberal ou rotineiro de episiotomia, entre outras (OMS, 1996).

Estudos brasileiros constataram que maternidades públicas e privadas do Rio de Janeiro realizam muitas intervenções na assistência ao trabalho de parto e parto normal que não são baseadas em evidências científicas, tais como uso de enemas (38,4%), hidratação venosa de rotina (88,8%), uso rotineiro de ocitocina sintética (64,4%), restrição ao leito durante o trabalho de parto (90,1%) e posição de litotomia no parto (98,7%), associando-se a desfechos reprodutivos desfavoráveis tais como elevadas taxas de cesariana e anóxia perinatal. Em contrapartida, práticas benéficas foram menos frequentes, tais como presença de acompanhante (1%) e possibilidade de caminhar durante o trabalho de parto (9,6%) (d'Orsi et al., 2005).

Dentro deste contexto, foi realizada, em 2010, uma pesquisa empreendida por um grupo de pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), com 2365 mulheres e 1181 homens com questões relacionadas a mulheres brasileiras e gênero no espaço público e privado, através de uma parceria entre a Fundação Perseu Abramo e o Serviço

Social do Comércio (SESC). Os resultados revelaram que 25% das mulheres entrevistadas sofreram algum tipo de agressão durante o parto. Já 23% relataram ouvir algum despropósito durante o parto, como “não chora, que ano que vem você está aqui de novo” (Venturini et al., 2010).

Ainda de acordo com a pesquisa realizada, constatou-se desde exames de toque dolorosos, negativa para o alívio da dor, não-explicação dos procedimentos realizados, negativa de atendimento, gritos do profissional ao atendê-las, e até xingamentos ou humilhações vividas no momento do parto. Dessa forma, pela primeira vez, a violência denominada até então de "institucional" é caracterizada como "violência no parto" e, mais especificamente, como “violência obstétrica”, trazendo a público algumas das impressões femininas da atual assistência médico-hospitalar do país (Carneiro, 2013).

É importante ressaltar que no Brasil, ao contrário de países como Argentina (Lei Nacional nº 25.929) e Venezuela (Guerra, 2012), ainda não consta na legislação uma lei específica que caracterize a violência obstétrica. Conforme definição da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP, 2013), violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (DPESP, 2013).

A violência obstétrica pode se caracterizar ainda pela prática de comentários constrangedores à mulher, a fim de ofender, humilhar ou xingar a mulher ou sua família. Negligenciar atendimento de qualidade e agendar cesárea sem recomendação baseada em evidências científicas, atendendo aos interesses e conveniência do médico também são considerados atos de violência obstétrica (DPESP, 2013).

As formas mais comuns de violência obstétrica no parto são: impedimento da entrada do acompanhante escolhido pela mulher; procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico; toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Assim como impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto; impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, apenas por conveniência da instituição; e impedir ou dificultar o aleitamento materno, entre outros (DPESP, 2013).

Ainda sobre esta temática, a Organização Mundial da Saúde (2014) divulgou uma declaração intitulada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”. Segundo a OMS, são inúmeras as narrativas de mulheres sobre o desrespeito e abuso sofridos durante o parto em instituições de saúde.

Os relatos, em sua maioria, incluem diversas formas de violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. Entre outras, as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos.

Cabe ressaltar que ainda não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidos. Segundo a declaração da OMS, ainda são necessárias mais pesquisas científicas para definir, medir e compreender melhor o desrespeito e abusos das mulheres durante o parto, assim como formas de prevenção e eliminação da violência obstétrica (OMS, 2014).

Em recente revisão crítico-narrativa, Diniz et al. (2015) afirma a necessidade de aprofundamento dos estudos e pesquisas sobre os amplos aspectos relacionados à prática de violência obstétrica. Sugere, ainda, analisar em maior profundidade os possíveis impactos sobre a saúde materna e infantil, auxiliando, assim, no desenvolvimento de ações inovadoras na saúde pública brasileira. Assim, o objetivo deste trabalho é verificar a ocorrência de Violência Obstétrica em mulheres brasileiras.

Método

Delineamento

Esta pesquisa foi realizada de acordo com a metodologia de pesquisa quantitativa, descritiva, transversal e de alcance correlacional e preditivo (Sampieri, Collado, & Lucio, 2013).

Participantes

Participaram deste estudo 1626 mulheres, adultas, primíparas ou multíparas, que deram à luz em maternidades públicas ou privadas brasileiras, pertencentes às cinco diferentes regiões do país, que responderam ao Questionário de Avaliação de Violência no Parto. A pesquisa foi divulgada nas principais redes sociais da internet através da

publicação do endereço eletrônico que daria acesso ao questionário.

Foram incluídas no estudo apenas as mulheres que concordaram com os termos apresentados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi apresentado previamente ao questionário. Foram excluídas do estudo 71 mulheres pelos seguintes motivos: não concordar em participar da pesquisa, ter menos de 18 anos ou ter tido seu parto em outro país que não o Brasil.

Instrumentos

A coleta de dados para a realização da pesquisa foi realizada através da utilização do Questionário de Avaliação de Violência no Parto (Online). Este questionário foi elaborado pela pesquisadora, tendo-se em vista que não existem instrumentos que avaliem a experiência de violência no parto. No questionário constam, inicialmente, os dados sociodemográficos das participantes, tais como região do Brasil onde reside, nível socioeconômico, escolaridade e renda familiar. Em seguida, apresentam-se questões de caráter clínico, referentes ao tipo de parto, local do parto, número de gestações anteriores, se houve algum aborto, complicações durante gestação e/ou parto, preferência pelo tipo de parto e profissional que atendeu ao parto.

Além disso, o instrumento apresenta doze itens referentes a experiências e sentimentos experimentados pelas participantes, os quais auxiliam a caracterizar a vivência de violência obstétrica. Estes itens são apresentados individualmente dentro de uma escala de zero a dez, onde a respondente deve marcar o número correspondente à intensidade de cada vivência, sendo que o número zero indica que a situação não ocorreu. Pode-se, portanto, pontuar um total de 120 pontos, os quais irão traçar a identificação das participantes com maiores ou menores índices de violência no parto.

Por fim, são apresentados 24 itens onde constam procedimentos e condutas

praticadas pelos profissionais de saúde que atendem ao parto, as quais caracterizam-se como prática de violência obstétrica. Finalmente, consta uma escala de 1 a 10 onde a participante indica seu grau de satisfação com a equipe de saúde que atendeu seu parto (Apêndice B).

Procedimentos Éticos e de Coleta de Dados

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISINOS, sendo avaliado de acordo com a Resolução 466/12, a qual visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Após aprovação pelo CEP, segundo Resolução nº 182/2014, Projeto nº CEP 14/191 de 12/12/2014 (Apêndice C), a coleta de dados teve início.

O procedimento de coleta de dados deste estudo iniciou-se através de divulgação do questionário da pesquisa, em versão digital, em diversos meios de comunicação, tais como redes sociais e contatos pessoais da pesquisadora, a fim de que se pudesse abranger uma quantidade satisfatória de participantes. Para ter acesso ao questionário online, a participante, deveria, antes, declarar que leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Etapa 1) referente à pesquisa, onde constam a apresentação do estudo; indicação da metodologia e as garantias de privacidade e esclarecimentos decorrentes da pesquisa (Apêndice D).

Os dados foram coletados dentro do período de três meses. Após este tempo, os demais questionários preenchidos não foram utilizados para esta pesquisa, sendo armazenados para possíveis futuros estudos.

Análise de Dados

Os dados foram analisados através do *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS, versão 20.0. A análise descritiva dos dados (tabela 1, 2 e 3) contemplou frequências, porcentagem, média, mediana e desvio padrão da amostra. Já a análise de correlação (tabela 4) foi realizada através da correlação de Pearson entre a variável Vivência de Violência no Parto e as variáveis Idade, Escolaridade e Renda Familiar.

Para realizar a análise de regressão (tabela 5), o método Stepwise foi o escolhido por este se tratar de um estudo exploratório, onde o relacionamento entre as variáveis é pouco conhecido. Assim, foram gerados doze modelos, todos significativos, sendo que o 12º explica 34,9% da variância, sendo assim, selecionado para a análise.

Resultados

Responderam ao questionário de Violência no Parto 1626 mulheres brasileiras, primíparas ou múltiparas, com idade superior a 18 anos e que concordaram com os termos de participação desta pesquisa. Dentre as características das participantes que constam na Tabela 1, pode-se destacar que a média de idade das mesmas foi de 31,16 (DP=7,16) anos, sendo a maioria da região Sul do Brasil (51,1%). Foi expressivo o número de participantes com ensino superior e pós-graduação (62,7%), sendo que 65,5% (n= 1065) possui renda mensal familiar superior a três salários mínimos. Cabe ressaltar que a preferência por realizar cesárea aumentou, quando comparado o período do início e do final da gestação. Além disso, nesta amostra, 51,6% (n= 856) das respondentes realizaram cesárea. O maior número dos nascimentos ocorreu em hospital privado, sendo a maioria dos partos vaginais atendido por médico obstetra. Importante ressaltar que a ampla maioria das participantes não teve complicações durante a gestação (72,2%) e durante o parto (79,4%), conforme verifica-se na tabela abaixo.

Tabela 1
Dados clínicos e sociodemográficos

Variável		n	%
Região do Brasil	Norte	62	3,8
	Nordeste	149	9,2
	Centro Oeste	131	8,1
	Sudeste	452	27,8
	Sul	830	51,1
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	8	0,5
	Ensino Fundamental Completo	17	1,0
	Ensino Médio Incompleto	44	2,7
	Ensino Médio Completo	211	13,0
	Ensino Superior Incompleto	326	20,0
	Ensino Superior Completo	449	27,6
Renda familiar	Pós-Graduação	571	35,1
	R\$ 0,00 a R\$ 1.500,00	170	10,8
	R\$ 1.501,00 a R\$ 3.000,00	373	23,7
	R\$ 3.001,00 a R\$ 5.000,00	374	23,8
	R\$ 5.001,00 a R\$ 10.000,00	435	27,7
Tipo de parto	Acima de 10.000,00	220	14,0
	Normal	770	48,4
Preferência no início da gestação	Cesárea	856	51,6
	Parto normal	1379	84,9
Preferência no final da gestação	Cesárea	246	15,1
	Parto normal	1255	77,2
Local do parto	Cesárea	370	22,8
	Hospital Público	544	33,5
	Hospital Privado	992	61,0
	Domicílio	65	4,0
Profissional que atendeu o parto	Outro	24	1,5
	Enfermeiro Obstetra	150	17,0
	Médico Obstetra	674	76,6
	Obstetriz	8	0,9
	Parteira	13	1,5
Número de gestações anteriores	Não sabe/não lembra	35	4,0
	0	600	37
	1	696	42,9
	2	224	13,8
	3	71	4,4
Complicações na gestação	4	19	1,2
	Não	1060	72,2
Complicações no parto/cesárea	Sim	409	27,8
	Não	1123	79,4
	Sim	292	20,6

Em relação às experiências e sentimentos vivenciados pelas participantes durante o atendimento recebido pelos profissionais de saúde em seus partos, pode-se destacar que 52,3% (n= 850) sentiu-se inferior, vulnerável e insegura; 49,8% (n= 810) sentiu-se exposta e sem privacidade; 42,2% (n=686) sentiu-se pouco a vontade para fazer perguntas porque não respondiam ou respondiam mal. A tabela abaixo apresenta, ainda, um amplo espectro de experiências e sentimentos vivenciados pelas participantes durante o atendimento ao seu

parto ou cesárea.

Tabela 2
Experiências e Sentimentos vivenciados no parto/cesárea

Variável	n	%
Sentiu-se inferior, vulnerável, insegura	850	52,3
Sentiu-se exposta, sem privacidade	810	49,8
Sentiu-se pouco a vontade para fazer perguntas porque não respondiam ou respondiam mal	686	42,2
Sentiu-se ameaçada pela atitude ou fala de algum profissional	561	34,5
Fizeram comentários irônicos em tom de deboche	465	28,6
Criticaram você por seus lamentos ou choros de dor	411	25,3
Impediram a presença de acompanhante	399	24,5
Fizeram piada sobre o seu comportamento	396	24,3
Ameaçaram você	329	20,2
Mandaram você parar de gritar	243	15,0
Gritaram com você	236	14,5
Chamaram você por apelido desagradável	146	9,0

No que diz respeito aos procedimentos e condutas praticadas pelos profissionais de saúde que atendem ao parto, as quais se caracterizam como prática de violência obstétrica, destacam-se as seguintes práticas: 29,7% (n= 483) teve o contato com seu bebê adiado, para que o profissional realizasse procedimentos desnecessários ou que poderiam esperar; 29,0% (n=337) teve corte imediato do cordão umbilical; 27,7% (n= 450) teve seu bebê levado imediatamente para a sala de procedimentos, sem que nenhum profissional lhe explicasse o que estava acontecendo com ele; impediram 26,8% (n=435) de amamentar ou dificultaram o aleitamento na 1^o hora de vida do bebê, sem motivos para justificar esta atitude. Demais procedimentos e condutas realizados sem explicação ou arbitrariamente, segundo a percepção das participantes, podem ser verificados na tabela a seguir.

Tabela 3
Procedimentos realizados durante parto/cesárea

Variável	n	%
Teve o contato com seu bebê adiado, para que o profissional realizasse procedimentos desnecessários ou que poderiam esperar	483	29,7
Corte imediato do cordão umbilical	471	29,0
Teve seu bebê levado imediatamente para a sala de procedimentos, que nenhum profissional lhe explicasse o que estava acontecendo com ele	450	27,7
Impediram ou dificultaram o aleitamento na 1 ^o hora de vida do bebê,	435	26,8

sem motivos para justificar esta atitude		
Começar a cortar seu abdômen, sem esperar a anestesia “fazer efeito”	393	24,2
Toques vaginais realizados por diferentes pessoas	386	23,8
Ocitocina sintética	341	21,0
Toques vaginais repetitivos	338	20,8
Episiotomia	337	20,7
Teve “puxos dirigidos” pelo profissional de saúde	334	20,6
Manter suas mãos amarradas, impedindo que tocasse seu bebê	303	18,6
Foi impossibilitada de procurar posições mais confortáveis segundo suas necessidades	278	17,1
Foi privada da possibilidade de adotar a postura mais confortável para realizar os puxos	277	17,0
Proibição para ingerir alimentos ou bebidas	267	16,4
Rompimento artificial da bolsa	267	16,4
Foi impossibilitada de caminhar durante o trabalho de parto	245	15,1
Manobra de Kristeller	228	14,0
Realização de procedimentos sem seu consentimento ou sem explicar que eram necessários	208	12,8
Tricotomia	147	9,0
Enema	92	5,7
Conversas paralelas entre os profissionais sobre outros assuntos	41	2,5
Foi forçada a amamentar ou estabelecer contato com o contra a vontade	38	2,3

Ao realizar-se a análise correlacional (tabela 4) verificou-se que a vivência de violência no parto apresentou correlação significativa fraca negativa com a idade ($r = -0,131$; $p=0,00$), escolaridade ($r=-0,160$; $p=0,00$) e renda familiar ($r = -0,244$; $p=0,00$), indicando que quanto menor a idade, escolaridade e renda familiar das participantes, maior a pontuação no questionário de violência no parto.

Tabela 4

Correlação entre Vivência de Violência no Parto e idade, escolaridade e renda familiar

	Correlação de Pearson	P	N
Variáveis do modelo			
Idade	-0,131**	0,000	1626
Escolaridade	-0,160**	0,000	1626
Renda familiar	-0,244**	0,000	1626

** . A correlação é significativa no nível 0,01

Através da análise de regressão múltipla (método Stepwise), verificou-se que as

variáveis constantes abaixo, na tabela 5, mostraram-se preditores significativos e positivos da vivência de violência no parto, à exceção da realização de Enema, a qual foi a única variável que foi um preditor negativo para vivência de violência no parto. Tal procedimento forneceu um coeficiente de variância explicada (R²) de 0,349, o que determina que as variáveis independentes selecionadas explicaram 34,9% da vivência de violência no parto.

Tabela 5
Variáveis predictoras de vivência de violência no parto

Variáveis do modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes Padronizados		
	B	Modelo Padrão	Beta	T	P
Toques vaginais repetitivos	6,556	1,681	0,105	3,901	0,000
Teve seu bebê levado imediatamente para a sala de procedimentos, sem que nenhum profissional lhe explicasse o que estava acontecendo com ele	11,468	1,239	0,203	9,259	0,000
Impediram ou dificultaram o aleitamento na 1 ^o hora de vida do bebê, sem motivos para justificar esta atitude	6,646	1,304	0,116	5,097	0,000
Proibição para ingerir alimentos ou bebidas	6,839	1,444	0,115	4,735	0,000
Foi privada da possibilidade de adotar a postura mais confortável para você realizar os puxos	9,097	1,660	0,135	5,480	0,000
Realização de procedimentos sem seu consentimento ou sem explicar por que eram necessários	9,280	1,854	0,122	5,006	0,000
Toques vaginais realizados por diferentes pessoas	7,452	1,731	0,109	4,305	0,000

Teve “puxos dirigidos” pelo profissional de saúde	6,484	1,561	0,103	4,154	0,000
Manter suas mãos amarradas, impedindo que tocasse seu bebê	6,059	1,578	0,093	3,839	0,000
Enema	-7,197	2,302	-0,066	-3,127	0,002
Foi forçada a amamentar ou estabelecer contato com o bebê contra a sua vontade	8,058	3,398	0,048	2,372	0,018
Manobra de Kristeller	3,307	1,630	0,045	2,029	0,043

R=0,591 R2= 0,349 R2 ajustado= 0,344

Discussão

Grande parte dos dados colhidos nesta pesquisa, em muitos fatores, se assemelharam aos resultados da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, realizada em 2012, que abrangeu 23.894 mulheres, em maternidades brasileiras públicas e privadas, com o objetivo de conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos de intervenções obstétricas no parto. Neste estudo, a taxa de realização de cesáreas entre as participantes foi de 51,6%, sendo que na referida pesquisa foi de 52%. Cabe lembrar que, segundo a OMS (2015), taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal. Além disso, não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações.

Outra questão interessante a ser apontada é que a maior parte das participantes deste estudo possui alto nível de escolaridade e teve acesso a hospital privado. Tais

dados apontam para uma contradição entre a possibilidade de acesso a melhores práticas de atenção em classes econômicas melhor favorecidas e o alto índice de cesárea e intervenções nos nascimentos. Além disso, apenas 17% dos partos foram atendidos por enfermeiros obstetras, sendo que a ampla maioria dos nascimentos foi atendida por médico obstetra. Este percentual corrobora os números encontrados na Pesquisa Nacer no Brasil (2012), onde apenas 15% dos nascimentos foram assistidos por enfermeiras e obstetras, frequentemente em regiões mais pobres onde há carência de médicos. Ressalta-se que partos vaginais atendidos por esses profissionais tendem a ter menos intervenções desnecessárias, comprometendo menos a saúde das mulheres e seus bebês (Leal et al, 2012).

Da mesma forma como verificado no estudo em comparação, nesta pesquisa verificou-se que diminuiu o desejo pelo parto vaginal ao longo da gestação, o que sugere que a orientação no pré-natal pode estar induzindo a maior aceitação da cesárea. Sendo assim, cabe questionar como está sendo realizada esta orientação, principalmente, em consultórios médicos privados, onde, sabe-se, existe uma série de fatores envolvidos na preferência do profissional pela cesárea, tais como questões de custo e de tempo.

Cabe ressaltar que, nesta pesquisa, o uso de intervenções no parto foi muito elevado, mesmo em gestantes e bebês de baixo risco, o que, neste caso, seria outra contradição existente na assistência prestada pelos profissionais de saúde que estudo aponta. Neste caso, cabe refletir que, em partos e gestações de baixo risco, deveria haver um maior número de atendimentos realizados por enfermeiros obstetras, o que, por consequência, aumentaria a probabilidade de haver um menor número de intervenções.

Através desta pesquisa foi possível verificar que mulheres de baixa escolaridade, renda e nível socioeconômico tendem a sofrer maior violência obstétrica. Estes dados

reforçam o fato de que mulheres com este perfil socioeconômico, encontram-se mais socialmente vulneráveis quando comparadas às de classe socioeconômica maior.

Como ressaltado anteriormente, a definição de violência obstétrica ainda é um conceito muito recente e que se encontra em construção entre os profissionais de saúde e estudiosos do tema. Sendo assim, como ainda não existem instrumentos para avaliar esta prática, este questionário foi elaborado na tentativa de auxiliar na caracterização e identificação da violência obstétrica. Para tanto, o mesmo procurou abarcar uma série de sentimentos, experiências e procedimentos que caracterizam a prática de violência obstétrica. Esta caracterização entra em acordo com estudos atuais que vem sendo desenvolvidos por pesquisadores desta área, tais como Tesser et al. (2015) o qual sugeriu que se divida a violência obstétrica nas seguintes categorias: abuso físico; imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas; cuidado não confidencial ou privativo; cuidado indigno e abuso verbal; discriminação baseada em certos atributos; abandono, negligência ou recusa de assistência e detenção nos serviços de saúde.

Além disso, este estudo se propôs a verificar quais seriam as intervenções na assistência ao parto que poderiam predizer a sensação de ter vivenciado violência obstétrica entre as participantes desta pesquisa. Assim, como elucidado anteriormente, a análise de regressão realizada apontou para a existência de doze procedimentos, os quais teriam um maior potencial preditivo para a vivência de violência no parto. Pretende-se, a seguir, discutir cada um deles, para melhor entender seu valor preditivo.

A realização de toques vaginais repetidos e realizados por diferentes pessoas apresentou-se como preditor para a vivência de violência no parto. Segundo Ciello et al (2012), em um parto normal, para a verificação da dilatação do colo do útero, é feito o procedimento conhecido como exame de toque. Uma manobra muito

comum durante o exame de toque é a “dilatação” ou “redução manual do colo do útero”, que é um procedimento doloroso, realizado a fim de acelerar o trabalho de parto. Pode ser prejudicial para a dinâmica do trabalho de parto, além de ser, na grande maioria das vezes, realizado sem esclarecimento ou consentimento da paciente.

Assim, além deste procedimento potencializar a sensação de dor na mulher, muitas vezes, por ser realizado sem esclarecimentos ou seu consentimento, acaba por aumentar sua sensação de submissão e vulnerabilidade. Muitas vezes, esta intervenção é realizada sem preservar a privacidade da mulher, deixando-a exposta à vista de outros profissionais e até mesmo outros familiares, que muitas vezes, estão no mesmo ambiente, como acompanhantes de outras parturientes.

Outra questão muito comum relatada pelas usuárias é que, em muitos casos, o exame de toque, assim como outros procedimentos, tem como objetivo ensinar os profissionais em formação. Neste caso, além de ser realizado em maior número de vezes, meramente em caráter de ensino, muitas vezes, enquanto realizam o procedimento, o profissional e seus alunos conversam paralelamente sobre as questões técnicas e suas dúvidas, deixando a parturiente à parte, impedindo que se manifeste de maneira que possa lhes interromper ou atrapalhar o aprendizado.

Segundo Rego et al., (2008) no ensino da medicina, o paciente tende a ser desumanizado, anulado em sua identidade e transformado em um número da ficha hospitalar, em um caso a ser estudado, diagnosticado e tratado. Essa crítica, no entanto, não se restringe à obstetrícia, nem mesmo apenas à medicina, aplicando-se, em variadas intensidades, a outras profissões de saúde. O conjunto da educação dos profissionais tem sido alvo de críticas pela dificuldade de prepará-los com formação humanista. Assim, a relação deixa de ser entre humanos e passa a ser uma relação sujeito-objeto, do médico com a doença (Diniz et al, 2015).

Outro fator apontado como preditor para a vivência de violência no parto foi a separação entre a mãe e seu bebê logo após o nascimento, sem que nenhum profissional lhe explicasse o que estava acontecendo com ele, ou através do impedimento ou postergação do aleitamento na 1ª hora de vida do bebê, sem motivos para justificar esta atitude. Apesar do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Monson, 1991) ser bastante difundido, muitos serviços não respeitam o desejo da mãe em amamentar seu bebê logo ao nascer, mesmo que não haja nenhum impeditivo clínico para isso. Em algumas maternidades, só é permitido que a mãe permaneça em alojamento conjunto com seu bebê várias horas após o nascimento, ainda que não haja nenhum motivo que justifique a separação mãe-bebê. Essa demora dificulta o início da amamentação e afeta a duração do aleitamento materno exclusivo.

Durante a cesárea, é comum as mulheres terem suas mãos amarradas para a realização do procedimento e mesmo após o nascimento do bebê, o que lhes impede de tocar ou segurar o mesmo. Neste estudo, esta prática foi apontada como mais um dos preditores da vivência de violência no parto. Segundo Salgado, Niy e Diniz (2013), em seu estudo com mulheres que foram submetidas a cesáreas, amarrar os braços das mulheres durante a cirurgia constitui um dos protocolos hospitalares que foi compreendido por várias mulheres como violência obstétrica. Ele é realizado sob a justificativa de evitar que a mulher contamine o campo cirúrgico, porém tal medida não se justifica, muito menos ao final da cesárea, quando as mulheres poderiam ter os braços desamarrados e o contato com seu bebê facilitado. Para além do desconforto físico que é estar com os braços amarrados, há, portanto, uma dimensão simbólica de não poder receber e acolher o seu filho que acaba de nascer.

A proibição para ingerir alimentos ou bebidas ao longo do trabalho de parto consta como outro preditor significativo da vivência de violência no parto. Segundo

Singata, Tramer e Gyte (2010), a restrição alimentar e hídrica prolongada pode levar ao desconforto da parturiente. Além disso, há recomendação de que as mulheres tenham liberdade para ingerir líquidos e outros alimentos leves durante o trabalho de parto (OMS, 1996).

Outro fator que apareceu como preditor foi a privação da possibilidade de adotar a postura mais confortável para realizar os puxos. Segundo a OMS (1996), a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto enquadra-se como prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada. Assim, a parturiente deveria ser incentivada a adotar posições diferentes durante o trabalho de parto e fase final do parto, de modo a sentir-se mais confortável, favorecendo a conexão com o próprio corpo, além de facilitar o nascimento. Posições verticalizadas, por exemplo, favorecem a descida do bebê, por contarem com a ajuda da gravidade. Assim, seria mais coerente e mais respeitoso permitir que a mulher posicione-se de modo mais confortável para ela, em vez de realizar procedimentos comprovadamente prejudiciais à saúde da mulher e da criança.

Apesar da recomendação da Organização Mundial de Saúde, da recomendação do Ministério da Saúde, da Portaria 1.067 de 2005, RDC 36 de 2008 da ANVISA, muitas mulheres ainda são obrigadas a ficar em posição de litotomia ou supina para o parto. Essa posição prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para a mãe e prejudica a oxigenação do bebê.

A realização de procedimentos sem seu consentimento ou sem explicar por que eram necessários foi um preditor para a vivência de violência no parto. Cabe ressaltar que muitos procedimentos são realizados sem serem informados ou esclarecidos de sua necessidade. Alguns são realizados sem aviso e sem dar a oportunidade da mulher emitir seu consentimento. Segundo Ciello et al (2012) diversos relatos apontam o

incômodo em se submeter a exames realizados em seu corpo por pessoas que não se apresentam, não informam a necessidade do exame e realizam comentários agressivos durante o procedimento.

Ter os puxos dirigidos pelos profissionais de saúde foi também foi um preditor significativo. Sabe-se que o trabalho de parto e o parto são momentos que exigem da mulher grande introspecção e “desligamento” do neo-córtex, área do cérebro responsável pelo raciocínio lógico e tomada de decisões. Assim, a mulher em franco período expulsivo deve-se desligar do mundo e receber o menor número possível de estímulos externos, para que possa, assim, realizar a regressão psíquica necessária para trazer seu bebê ao mundo. No entanto, se os profissionais de saúde e o ambiente em que se encontra impedirem que a mulher faça esta transição de estado físico e mental, a mesma, provavelmente, não terá a oportunidade de sentir-se protagonista do seu processo de parir, sentindo-se insegura, submissa e vulnerável. Neste caso, onde os profissionais dirigem o processo do parto e tiram da mulher este poder, é comum a sensação de que foi o profissional quem “fez o parto” e não a mulher.

Da mesma forma como ter o bebê afastado da mãe sem o seu consentimento, força-la a amamentar ou estabelecer contato com o mesmo também surgiu como preditor da vivência de violência no parto. Neste caso, seria relevante atentar para a importância dos profissionais de saúde buscarem desenvolver um atendimento individualizado. Sabe-se que há enorme incentivo do governo em relação à prática do aleitamento materno, e sabe-se também que a implementação de programas como o Hospital Amigo da Criança (Brasil, 2008) acaba gerando, muitas vezes, uma cobrança sobre os profissionais. No entanto, estes devem desenvolver uma visão singular de cada mulher que atendem, visto que cada uma que ali chega traz consigo ansiedades, medos, preocupações e demais sentimentos que poderão, em muitos casos, se sobrepor, a

comportamentos padrões que espera-se que adotem.

Contrariamente aos demais procedimentos, a prática de Enema, que é a lavagem intestinal realizada no início do trabalho de parto, surgiu como um preditor negativo para vivência de violência no parto. Logo, pode-se inferir que as mulheres que não realizavam este procedimento, sentiam-se, provavelmente, mais expostas, vulneráveis e inseguras. Isto pode se dar pelo fato de que a possibilidade ou mesmo a ocorrência da eliminação de fezes durante o período expulsivo pode trazer constrangimento para muitas mulheres, as quais ainda veem esta questão com certo pudor. Assim, mesmo que a prática do Enema não seja recomendada pela OMS, seria prudente analisar individualmente cada caso, pois, caso a possibilidade de eliminar fezes seja algo perturbador para a parturiente, esta poderá, inclusive, reprimir-se ou evitar fazer força, pelo medo ou constrangimento frente aos profissionais de saúde. Mais uma vez, cabe aos profissionais ouvir as mulheres, dar voz a elas, reconhecer o seu saber, individualizando e atendendo, assim, às particularidades de cada indivíduo.

A manobra de Kristeller também surgiu como um preditor da vivência de violência no parto, sendo assim, cabe, mais uma vez repensar, por que este procedimento, que há muito tempo não é mais recomendado pela OMS no atendimento ao parto, ainda vem sendo realizado. Pois, além de trazer consequências físicas indesejadas, sabe-se que aumenta ainda mais a sensação da mulher de ter vivido um parto violento. De acordo com Leal et al (2014), não há evidências sobre o uso da manobra de Kristeller ser benéfico. Os riscos potenciais da realização deste procedimento incluem a ruptura uterina, lesão do esfíncter anal, fraturas em recém-nascidos ou dano cerebral, dentre outros. Conforme os autores, esta manobra deve ser apontada como uma prática desnecessária, até que evidências robustas de efetividade e segurança justifiquem sua utilização.

Já é de conhecimento que as intervenções realizadas rotineiramente como o uso de ocitocina, a Manobra de Kristeller, entre outras, para acelerar o trabalho de parto e parto podem provocar diversas complicações para mãe e bebê, aumentando, inclusive, o risco de morbimortalidade de ambos. Fica claro que essa abordagem, que mais se assemelha a uma linha de montagem, não considera as necessidades e diferenças de cada indivíduo, não considera a fisiologia do parto e nascimento, além de submeter mãe e bebê a riscos desnecessários.

Neste estudo, a média da nota atribuída ao atendimento da equipe de saúde foi de 5,69 (DP=3,15), dentro de um intervalo de 1 a 10. De acordo com estudo realizado por d'Orsi et al. (2014) sobre os fatores associados à satisfação geral com o atendimento ao parto, os achados apontam maior satisfação para as mulheres de classe social A/B, com escolaridade média completa ou superior, com idade acima de 20 anos, provenientes das regiões Sudeste, Sul ou Centro-oeste e menor satisfação em mulheres de cor da pele preta ou parda quando comparadas às mulheres brancas. A chance de satisfação também foi significativamente maior para mulheres submetidas à cesariana, que tiveram acompanhante durante a internação e nos partos com fonte de pagamento privado. Ter trabalho de parto associou-se com menor satisfação, assim como ter vivenciado violência no parto. A avaliação satisfatória do tempo de espera, respeito, privacidade, clareza nas explicações, tempo disponível para fazer perguntas e participação nas decisões foram todos fatores associados à maior satisfação com o atendimento ao parto.

Finalmente, cabe destacar que está havendo uma busca pela caracterização e definição do que é a prática de violência obstétrica, a fim de que se possa identifica-la e combata-la. A ocorrência da mesma também vem sendo largamente divulgada, a fim de que as mulheres possam adotar uma postura de maior protagonismo em seus partos e

cesáreas. E, além disso, deve-se ressaltar que pesquisadores brasileiros estão sugerindo interessantes propostas para a sua prevenção.

Tesser et al. (2015) propõe a discussão de ações de prevenção quaternária dirigidas à violência obstétrica, como: a elaboração (individual e coletiva) de planos de parto orientados pelas equipes de atenção primária à saúde no pré-natal; a introdução de outros profissionais qualificados no cuidado ao parto de risco habitual ; e a participação dos médicos de família e comunidade, equipes de atenção primária e e suas associações no movimento social e político pela humanização do parto, com apoio às mudanças nas maternidades já em funcionamento e às novas iniciativas de serviços de cuidado ao parto.

Diniz et al (2015) apresenta algumas propostas de intervenções em Saúde Pública a fim de superar a ocorrência de violência obstétrica, a saber: intervenções na formação dos recursos humanos durante a graduação e a especialização e na formação continuada; intervenções voltadas a informar e a fortalecer a autonomia de usuárias e famílias; visibilizar o problema e responsabilizar atores; fomentar pesquisas e o desenvolvimento de indicadores de violência obstétrica, entre outras.

Tendo-se em vista que a prática de violência obstétrica tem se tornado um problema de saúde pública cada vez mais alarmante, recentemente a OMS (2014) publicou uma declaração intitulada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, onde são apresentadas medidas a serem tomadas, que são: maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos; começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência; enfatizar os direitos das mulheres a uma

assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto; produzir dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais, e envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.

Considerações Finais

A realização deste estudo proporcionou uma ampla visualização dos múltiplos aspectos envolvidos na ocorrência de violência obstétrica em mulheres brasileiras. Através da análise descritiva, correlacional e preditiva das variáveis estudadas, foi possível pensar em possíveis fatores implicados na vivência deste tipo de violência, a qual vem denunciar a necessidade de se repensar sobre as práticas em saúde e a maneira como os profissionais vêm desempenhando suas atividades.

A ampla e rápida aderência das mulheres que se disponibilizaram para responder ao questionário desta pesquisa pode estar relacionada com a crescente necessidade que as mesmas vêm apresentando em denunciar o tema em questão. Além disso, muitas das respondentes manifestaram a necessidade de ajudar a fazer a diferença para que se efetue uma real mudança na maneira como se produz a assistência em saúde no Brasil. Também, muitas se colocaram à disposição para narrar em maior profundidade a violência sofrida em seus partos e cesáreas, parecendo demonstrar uma certa necessidade em trazer seus relatos, a fim de problematizar e divulgar o tema.

Apesar de existir uma Política Nacional de Humanização no SUS, através da realização deste trabalho, fica evidente que esta política ainda não foi suficiente para modificar a assistência em saúde no Brasil. É preciso que se pense outras formas mais efetivas para modificar o panorama como os nascimentos vem sendo realizados nas

maternidades brasileiras, sejam elas públicas ou privadas.

Especialistas de diversas áreas de atuação relacionadas à saúde vêm apresentando novas possibilidades de intervenção para que se efetive uma mudança na prática obstétrica brasileira. Porém, sabe-se que uma verdadeira mudança envolve aspectos mais amplos, relacionados a uma mudança de paradigma tanto dos profissionais quanto dos usuários do sistema de saúde.

Pode-se pensar que parece estar havendo uma certa incompreensão em relação ao uso das tecnologias em saúde. Intervenções desnecessárias são realizadas em nome de uma falsa impressão de que, quanto mais se intervém, mais se cuida. As próprias mulheres, sob a crença de que seus corpos são falhos e incapazes de gestar ou parir sem uma quantidade imensa de intervenções médicas, muitas vezes acabam clamando por estas intervenções, por acreditarem que não darão conta de parir sozinhas.

No que tange às limitações deste estudo, caberia ressaltar que, tendo-se em vista que o conceito de violência obstétrica encontra-se ainda em construção, deve-se considerar que outras questões poderiam ser somadas às que foram elaboradas para compor o questionário desta pesquisa. Sugere-se que futuros estudos apliquem o questionário de violência no parto em conjunto com outros instrumentos, a fim de avaliar outras questões relacionadas à vivência de violência no parto, tais como depressão pós parto e síndrome de estresse pós traumático.

Por fim, tendo-se em vista que a temática abordada neste estudo ainda encontra-se em construção, acredita-se que muitos estudos ainda são necessários, a fim de aprimorar e tornar mais evidente a importância de qualificar a maneira como os profissionais de saúde atendem o parto e o nascimento no Brasil.

Referências

- Carneiro, R. G. (2013). Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(44), 49-59.
- Ciello, C., Carvalho, C., Kondo, C., Delage, D., Niy, D., Werner, L.. (2012). *Parto do princípio*. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor". Retrieved from:
<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
- Defensoria Pública do Estado de São Paulo. (2013). *Violência Obstétrica: você sabe o que é?* Núcleo especializado de promoção e defesa dos direitos da mulher e Associação Artemis. Escola da Defensoria Pública do Estado. São Paulo.
- Diniz C.S.G. (2001). Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto (*Tese de doutorado*). São Paulo: FM/USP.
- Diniz, S. G., Salgado, H. D. O., Andrezzo, H. F. D. A., Carvalho, P. G. C. D., Carvalho, P. C. A., Aguiar, C. D. A., & Niy, D. Y. (2015). Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 25(3), 377-384.
- do Carmo L., M., Silva, A.A., Dias, M.A, Gama, S.G., Rattner, D., Moreira, M.E., Filha, M.M., Domingues, R.M., Pereira, A.P., Torres, J.A., Bittencourt, S.D., D'orsi, E., Cunha, A.J., Leite, A.J., Cavalcante, R.S., Lansky, S., Diniz, C.S., Szwarcwald,

C.L., (2012). Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reproductive Health*, Aug 22;9:15. doi: 10.1186/1742-4755-9-15

d'Orsi, E., Chor, D., Giffin, K., Angulo-Tuesta, A., Barbosa, G. P., Gama, A. S., Reis, A. C., & Hartz, Z. (2005). Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 645-654.

Faúndes, A., & Cecatti, J. G. (1991). A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2), 150-173.

Gaíva, M. A. M., & Tavares, C. M. A. (2002). O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido? *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 23(1), 132.

Gomes, L. (2013). O parto realizado por parteiras: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*, (30), 494.

Guerra, G.B. (2012). Violencia obstétrica. *Revista de la Facultad de Medicina*, 31(1), 5- 6.

Leal, M. D. C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Theme Filha, M. M., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M. & Gama, S. G. N. D. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.

Lettiere, A, Nakano, A. M. S & Bittar, D. B. (2012). Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 524-529.

Ley Nacional N° 25.929 de 17 de septiembre de 2004. Dispões sobre os Derechos de

Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Declaración de Interés Del Sistema Nacional de Información Mujer, por parte del Senado de la Nación. *Declaración sobre difusión del Parto Humanizado*. Câmara de Deputados. Argentina.

Ministério da Saúde (2008). Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº36º, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Diário Oficial União. Poder Executivo, de 8 de julho de 2008b.

Monson, M. R. D. R., Correa, A. M. S., Becker, E. D. A., Witte, E., Almeida, J. A. G. D., Lima Filho, J. B. D., Goldenberg, P. (1991). *Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno: revisão e avaliação das ações nacionais para a implementação dos princípios e objetivos do Código Internacional de comercialização dos substitutos do leite materno*.

Nascimento, K. C., dos Santos, E. K. A., Erdmann, A. L., do Nascimento Júnior, H. J., & Carvalho, J. N. (2009). A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(2), 319-327.

Organização Mundial da Saúde. (1996) *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra.

Organização Mundial da Saúde. (2014) *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2015). Declaração da Organização Mundial da Saúde sobre as taxas de cesárea. Retrieved from:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf.

Osava, R.H., & Tanaka, A. C. D. (1997). Os paradigmas da enfermagem obstétrica. *Rev Esc Enferm USP*, 31(1), 96-108.

Rego, S., Gomes, A. P., & Siqueira-Batista, R. (2008). Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Rev Bras Educ Med*, 32(4), 482-91.

Salgado, H. D. O, Niy, D. Y, & Diniz, C. S. G. (2013). Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 23(2), 190-197.

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. Porto Alegre: Penso.

Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. (2010). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 1.

Tesser, C. D., Knobel, R., de Aguiar Andrezzo, H. F., & Diniz, S. G. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(35), 1-12.

Venturini, G.; Bokany, V.; Dias, R. (2010) Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc.

Wolff, L. R., & Waldow, V. R. (2008). Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saude soc*, 17(3), 138-51.

Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2009). Parto traumático e transtorno de

estresse pós-traumático: revisão da literatura. *J Bras Psiquiatr*,58(4), 252-7.

Artigo II - Violência Obstétrica e a Experiência da Maternidade

Resumo

Estudos apontam que as circunstâncias relacionadas com a gravidez e o parto afetam a vivência da maternidade. No entanto, embora o Ministério da Saúde divulgue, constantemente, políticas e programas de humanização do parto e nascimento, os relatos de violência no parto estão se tornando cada vez mais frequentes entre as usuárias do sistema de saúde público e privado no Brasil. Sendo assim, o objetivo deste estudo é investigar a experiência da maternidade em mães que relatam ter sofrido algum tipo de violência durante o parto. Foi adotada a metodologia de pesquisa qualitativa exploratória transversal, utilizando-se estudos de casos múltiplos. Participaram da pesquisa três mulheres adultas, que experienciaram um parto violento. Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário para triagem inicial, entrevista semiestruturada e demais questionários com dados clínicos e sociodemográficos. Através da análise dos três casos deste estudo evidenciou-se a ocorrência de violência física, verbal e psicológica durante o trabalho de parto, parto e pós-parto e baixo grau de satisfação com o atendimento. Os relatos de violência relacionaram-se a profissionais de diferentes áreas. Após o parto, evidenciou-se entre as mães o sentimento de ambiguidade em relação à vivência da maternidade, além da presença de sintomas sugestivos de depressão pós-parto e transtorno de estresse pós-traumático. Espera-se que este estudo possa contribuir de maneira significativa no processo de humanização das práticas em saúde no Brasil.

Palavras chave: Violência Obstétrica, Parto, Maternidade

Obstetric Violence and the Maternity Experience

Abstract

Studies suggest that the circumstances related to pregnancy and childbirth affect the maternity experience. However, although the Government announces constantly policies and childbirth humanization programs, delivery violence reports are becoming increasingly common among public and private health system users in Brazil. Thus, the aim of this study is to investigate the maternity experience in mothers who report having suffered some kind of violence during childbirth. The cross exploratory qualitative research methodology was adopted, using multiple case studies. The participants were three adult women who experienced a violent delivery. The data were collected by applying a questionnaire for initial screening, semi-structured interviews and questionnaires with other clinical and sociodemographic data. Through the analysis of three cases this study showed the occurrence of physical, verbal and psychological violence during labor, delivery and post-partum and low degree of satisfaction with the service. The reports of violence were related to professionals from different areas. After delivery, it was evident among mothers, feeling of ambiguity in relation to the maternity experience, and the presence of suggestive symptoms of post-partum depression and post-traumatic stress disorder. It is hoped that this study can contribute significantly in the humanization process of health practices in Brazil.

Keywords: obstetric violence; delivery; maternity

Introdução

A vivência do parto constitui-se como uma das experiências mais marcantes na vida de uma mulher, configurando-se como um momento fundamental para a formação do vínculo da mãe com o filho que acaba de nascer (Prinds, Hvidt, Mogensen, & Buus, 2013). Por ser uma experiência profunda e significativa para a mulher que o vivencia, constatou-se que o parto permanece na memória de quem o vive por muito tempo, sendo lembrado nos mínimos detalhes. Entende-se que este é um processo que se inicia na gestação, através de muitas expectativas, e continua no puerpério, por meio de recordações que seguem com a mãe por toda sua vida (Lopes, Donelli, Lima, & Piccinini, 2005).

Winnicott (1988) afirma que o processo natural do parto deve ser respeitado pelos médicos e enfermeiros. Ressalta, também, que é de suma importância que a mulher que vai dar à luz possa estabelecer uma relação de confiança com a equipe que irá lhe atender. Lembrando que esta mulher encontra-se em um momento de grande sensibilidade, o autor elucida que, nesta ocasião, o profissional que lhe presta assistência pode, facilmente, se tornar uma figura dominadora. Neste caso, a mãe afunda em situação de desamparo e submissão, e o relacionamento entre ela e seu bebê não se estabelece. Para Pilotto (2009), a capacidade da mãe para cuidar de seu bebê poderá ser prejudicada caso ela se sinta vulnerável, amedrontada, demore para ver seu bebê ou quando é tratada de forma inadequada pela equipe de saúde que lhe atende.

De acordo com pesquisa realizada acerca da vivência do parto, o contato inicial logo após o nascimento foi referido como muito importante entre as mulheres que o experienciaram. No entanto, entre aquelas que não puderam tocar seus filhos logo após o parto, o primeiro contato foi referido como desajeitado, com o relato de não reconhecer e não sentir a criança como seu filho. Ainda neste estudo, muitas mulheres

referiram que permaneceram com os braços amarrados durante a cesariana, o que as impediu de tocar, reconhecer e acolher o filho que acabou de nascer (Salgado, Niy, & Diniz, 2013).

Nesta perspectiva, nota-se que as atitudes adotadas pelos profissionais de saúde durante e no pós-parto imediato podem interferir negativamente na experiência da maternidade. A equipe que atende a mulher neste momento poderá configurar-se como facilitadora ou não deste processo, auxiliando no desenvolvimento de uma vinculação precoce entre mãe e filho (Cruz, Sumam, & Spíndola, 2007). Quanto mais a parturiente estiver envolvida e participar das decisões relativas ao parto, assim como nos cuidados prestados ao filho recém-nascido, maior será sua satisfação e envolvimento emocional com o bebê (Figueiredo, 2003).

Mesmo quando um parto é considerado rotineiro e normal pela equipe de saúde, este mesmo evento poderá configurar-se como violento para algumas mulheres que o vivenciam. Embora seja um tema pouco abordado pelos profissionais de saúde, a vivência de um parto violento não é evento raro. Portanto, deve-se atentar às possíveis consequências indesejáveis que este evento pode trazer, tanto na vida conjugal e reprodutiva da mulher, como na forma como irá experienciar a maternidade (Zambaldi, Cantilino, & Sougey, 2009).

Quando a mulher é amparada por adequado suporte social durante os períodos que compreendem a gestação, o parto e o puerpério, reduz-se a possibilidade de vivenciar momentos de depressão e ansiedade que podem aparecer nesta fase (Esper & Furtado, 2010). Porém, quando o parto é vivenciado com violência, observou-se que aumentam as chances do surgimento de depressão pós-parto nas puérperas (Alves, 2014).

Embora presente em grande parte da população, a violência é, frequentemente,

pouco reconhecida; sendo, muitas vezes, socialmente aceita como natural, ou seja, como uma situação esperada ou costumeira, principalmente no âmbito feminino. Nesse contexto, o que se verifica é que o não reconhecimento da situação de violência vivenciada pelas mulheres contribui para perpetuar seu ciclo, podendo interferir no processo de combate à violência (Lettiere, Nakano, & Bittar, 2012). Dentro deste cenário, sabe-se que a violência percorre não apenas nos ambientes domésticos e familiares, mas, também, instituições de saúde, públicas e particulares, chegando, inclusive, à cena do parto e nascimento de uma criança (Aguiar, d'Oliveira, & Schraiber, 2013).

Devido à importância deste momento, é fundamental que a gestante seja acompanhada por uma equipe que lhe passe segurança e confiança, tendo em vista que a mulher em trabalho de parto encontra-se em situação de muita vulnerabilidade. Faz-se necessário, portanto, um atendimento acolhedor e respeitoso, que valorize a participação ativa da parturiente (Wolff & Waldow, 2008).

No entanto, o que se constata muitas vezes, é que, no nascimento hospitalar, mãe e filho tendem a tornar-se propriedade da equipe, submetendo-se a uma série de procedimentos rotineiros da maternidade. Há uma apropriação tecnológica do processo do nascimento, em detrimento do estabelecimento de contato entre mãe e filho que acaba de nascer. Em meio a este processo, acaba-se impondo, em muitas situações, uma violência psicológica e emocional à mãe e ao bebê (Gaiva & Tavares, 2002).

De acordo com pesquisa realizada por Aguiar, d'Oliveira e Schraiber (2013), poucas puérperas associaram a ocorrência de maus tratos na assistência ao parto a um ato de violência. A maioria das entrevistadas reconheceu que foi tratada com desrespeito e negligência, porém não nomearam este tratamento como violência.

Há uma valorização, por parte da equipe, da mulher que aguenta a dor do parto

calada, sendo vista pelas outras mulheres como mais forte. Além disso, há uma percepção da dor como sendo o preço que se deve pagar pelo prazer com o ato sexual. Para muitos profissionais a violência é vista através daquela máxima, onde “os fins justificam os meios”. Em verdade, eles têm dificuldade em ver suas práticas como violentas, vendo-as, muito antes como necessárias e rotineiras (Aguiar, d'Oliveira, & Schraiber, 2013).

Ao se tratar da assistência ao parto em maternidades públicas, verifica-se que muitas mulheres são submetidas a intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas atuais. Determinadas condutas podem, inclusive, desencadear uma série de efeitos indesejados, resultando numa cascata de intervenções, como o uso de drogas para acelerar o parto, a episiotomia, o rompimento artificial de membranas, o uso de fórceps e até mesmo cesarianas sem indicações clínicas. Para muitas mulheres, a desvalorização e descaso que sofrem nos serviços de saúde acabam servindo como uma motivação a mais para realizar cesáreas eletivas, tendo-se em vista que estes procedimentos podem trazer a possibilidade de um atendimento de melhor qualidade (Diniz, 2001).

De acordo com Carneiro (2013), o atendimento em saúde que era repleto de procedimentos violentos, anteriormente denominado como "violência institucional" passa a ser caracterizado como "violência no parto" e, mais especificamente, como “violência obstétrica”. Segundo a definição da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP, 2013), violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres

(DPESP, 2013).

Embora existam, cada vez mais, estratégias governamentais e não governamentais voltadas ao combate da violência no parto e nascimento, sabe-se que estas ainda não são suficientes para modificar a assistência à saúde no Brasil. Portanto, é de suma importância que os profissionais possam reconhecer a mulher e seu filho como protagonistas no processo de nascimento, respeitando sua individualidade, visto que este é um momento marcante e que perdura na memória das mulheres por toda sua vida.

Ainda existem muitas dúvidas e polêmicas acerca deste assunto, tendo-se em vista que este integra uma questão mais ampla, relacionada a uma mudança de paradigmas dentro do contexto da assistência à saúde. Sendo assim, a escolha por este tema de pesquisa se deu pelo fato de que, apesar da ampla discussão que está acontecendo a respeito da violência na assistência ao parto, pouco se sabe, ainda, sobre suas repercussões para a mulher que a vivencia. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo investigar a experiência da maternidade em mães que relatam ter sofrido algum tipo de violência durante o parto.

Método

Delineamento

Foi adotada a metodologia de pesquisa qualitativa exploratória transversal, utilizando-se estudos de casos múltiplos. Segundo Yin (2005) os estudos de caso são úteis na exploração de novos comportamentos ou descobertas, pois trazem a possibilidade de gerar hipóteses e construir teorias. As provas conclusivas de casos múltiplos são consideradas mais convincentes e o estudo global é visto, por conseguinte, como sendo mais robusto. Além disso, múltiplos estudos de caso

ênfatizam a multiplicidade de dimensões de um problema, focalizando-os como um todo, além de permitir uma análise em profundidade dos processos e das relações entre eles.

Participantes

Participaram da primeira etapa da coleta de dados, para fins de seleção das participantes deste estudo, 1626 mulheres brasileiras que responderam ao Questionário de Avaliação de Violência no Parto. Dentre as respondentes, optou-se por selecionar participantes com as maiores pontuações no questionário. Assim, selecionou-se três mulheres adultas, brasileiras, primíparas ou multíparas, que tivessem dado à luz pela única ou última vez há pelo menos três meses, e no máximo há 12 meses e que tivessem vivenciado um parto violento, de acordo com os critérios estabelecidos pelo questionário.

Cabe ressaltar que os nomes dos participantes, bem como as informações que possibilitassem a sua identificação, foram modificados a fim de preservar sua privacidade. Na Tabela 6 encontra-se a caracterização das participantes.

Tabela 6
Participantes

Dados	Mãe Luana e Bebê Bruno	Mãe Aline e Bebê Joaquim	Mãe Laura e Bebê Gabriel
Idade da Mãe	22	32	26
Idade do Bebê	07 meses	08 meses	11 meses
Ocupação	Dona de Casa	Prof. Universitária	Corretora de Seguros
Escolaridade	Ensino Médio	Ensino Superior	Ensino Superior
Estado onde reside	São Paulo	Rio Grande do Sul	Paraná
Tempo de Casados	4 anos	7 anos	4 anos
Pré-Natal	Rede Pública	Consultório Privado	Consultório Privado
Parto	Hospital Público	Hospital Público	Hospital Público
Semanas de gestação ao nascer	39	33	39

Tipo de parto	Normal	Normal	Normal
Peso ao nascer	3.010kg	2.590kg	3.220kg
Pontuação total no questionário	120	95	83

Instrumentos

Na primeira etapa do estudo, com o objetivo de selecionar as participantes, foi utilizado o Questionário de Avaliação de Violência no Parto, e na etapa seguinte, a Ficha de dados clínicos e sociodemográficos, e a Entrevista sobre gestação, parto e maternidade. Os instrumentos estão detalhados abaixo.

Questionário de Avaliação de Violência no Parto

Este questionário foi elaborado pela pesquisadora, tendo-se em vista que não existem instrumentos que avaliem a experiência de violência no parto. Desta forma, elaborou-se o mesmo com o intuito de verificar se a participante atenderia às características exigidas para sua participação neste estudo. As questões elaboradas foram todas fundamentadas na literatura até então existente acerca da temática em questão.

No questionário constam, inicialmente, os dados sociodemográficos das participantes, tais como região do Brasil onde reside, nível socioeconômico, escolaridade e renda familiar. Em seguida, apresentam-se questões de caráter clínico, referentes ao tipo de parto, local do parto, número de gestações anteriores, se houve algum aborto, complicações durante gestação e/ou parto, preferência pelo tipo de parto e profissional que atendeu ao parto.

Além disso, o instrumento apresenta doze itens referentes a experiências e sentimentos experimentados pelas participantes, os quais auxiliam a caracterizar a vivência de violência obstétrica. Estes itens são apresentados individualmente dentro de

uma escala de zero a dez, onde a respondente deve marcar o número correspondente à intensidade de cada vivência, sendo que o número zero indica que a situação não ocorreu. Pode-se, portanto, pontuar um total de 120 pontos, os quais irão traçar a identificação das participantes com maiores ou menores índices de violência no parto.

Finalmente, são apresentados 24 itens onde constam procedimentos e condutas praticadas pelos profissionais de saúde que atendem ao parto, as quais caracterizam-se como prática de violência obstétrica. Finalmente, consta uma escala de 1 a 10 onde a participante indica seu grau de satisfação com a equipe de saúde que atendeu seu parto/cesárea (Apêndice B).

Ficha de dados clínicos e sociodemográficos

Este instrumento foi adaptado de NUDIF/GRADO (2008) e contém dados do bebê e do parto, da gestação atual e anterior, do pós-parto e de saúde da família. Além disso, constam informações sociodemográficas da mãe do bebê; do seu(a) companheiro(a) ou pai biológico; dados do filho(a) e aspectos da moradia atual (Apêndice F).

Entrevista sobre gestação, parto e maternidade

Entrevista adaptada de GIDEP/NUDIF (2003) que possui o objetivo de investigar, através de questões abertas, informações relativas aos períodos que compreendem a gestação, o parto, o pós-parto, a relação mãe-bebê, assim como sobre as demais vivências da maternidade (Apêndice G).

Procedimentos Éticos e de Coleta de Dados

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISINOS, sendo avaliado de acordo com a Resolução 466/12, a qual visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da

pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Após aprovação pelo CEP, segundo Resolução nº 182/2014, Projeto nº CEP 14/191 de 12/12/2014 (Apêndice C), a coleta de dados teve início.

O procedimento de coleta de dados deste estudo iniciou-se através de divulgação do questionário utilizado na primeira etapa, em versão digital, em diversos meios de comunicação, tais como redes sociais e contatos pessoais da pesquisadora, a fim de que se pudesse abranger uma quantidade de participantes que permitisse identificar aquelas elegíveis para a segunda etapa da pesquisa. Para ter acesso ao questionário online, a participante deveria, antes, declarar que leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Etapa 1) referente à pesquisa, onde constam a apresentação do estudo; indicação da metodologia e as garantias de privacidade e esclarecimentos decorrentes da pesquisa (Apêndice D).

Em seguida, as três participantes com maior pontuação no questionário de violência no parto foram contatadas pela pesquisadora através de e-mail, sendo questionadas sobre seu interesse em participar da segunda etapa do estudo, que seria a entrevista individual realizada pelo Skype, visto que as participantes residiam em cidades distantes à da pesquisadora.

A participante deveria ler um novo TCLE (Etapa 2) referente à segunda etapa da pesquisa (Apêndice E) e declarar se aceitava ou não seguir com sua participação na mesma. Neste documento a participante recebeu explicações detalhadas sobre os objetivos da pesquisa e os demais procedimentos que ela envolveria. Em seguida à leitura do TCLE e aceite em participar da segunda etapa do estudo, foram aplicados os demais instrumentos que são a Ficha de dados clínicos e sociodemográficos e, finalmente, a Entrevista sobre gestação, parto e experiência da maternidade. Todas as entrevistas desta etapa do estudo foram realizadas por Skype e gravadas em áudio.

Análise de Dados

Em um primeiro momento, foram somadas as pontuações de cada participante no Questionário de Avaliação de Violência no Parto, a fim de verificar os maiores escores. Os três casos identificados com a maior pontuação neste questionário foram construídos de maneira individual, pela integração dos dados adquiridos através da aplicação dos instrumentos. Em seguida, foi realizada uma leitura dos casos a fim de contextualizá-los e organizá-los nos seguintes eixos temáticos: contextualização do caso, experiência do parto (que abrange as fases do pré-parto, parto e puerpério imediato) e experiência da maternidade. Finalmente, os casos foram cruzados e analisados, levando-se em conta tanto seus aspectos comuns, assim como suas possíveis especificidades e diferenças. As informações obtidas pelas fichas de dados clínicos e sociodemográficos foram utilizadas como dados complementares ao entendimento de cada caso.

A interpretação do conjunto dos casos estudados foi realizada a partir da estratégia de síntese de casos cruzados, proposta por Yin (2005). Segundo o autor, a síntese de casos cruzados é uma técnica que se aplica especificamente à análise de casos múltiplos. A técnica trata cada estudo de caso individual como um estudo independente, investigando se os diferentes casos compartilham semelhanças que possam refletir categorias analíticas.

Resultados e Discussão

Inicialmente, são apresentadas as características individuais de cada caso, as quais encontram-se organizadas a partir de seus respectivos eixos temáticos. Em seguida, aborda-se a síntese de casos cruzados, onde integram-se os resultados por meio

da articulação entre os achados teóricos e as experiências relatadas por cada participante. Esta síntese é apresentada através dos mesmos eixos temáticos discutidos em cada caso, confrontando os pontos em comum e os pontos em que se diferem.

Caso 1: Luana e Bruno

Contextualização do Caso

Luana tem 22 anos, mora no interior de São Paulo e, atualmente, é casada. Além de ser mãe de Bruno, que no momento está com sete meses, também é mãe de Miguel, que está com dois anos e sete meses. Atualmente, não está trabalhando e vive com a renda mensal do marido, que é inferior a dois salários mínimos. A gravidez não foi planejada. Segundo ela, seu marido não aceitou sua gravidez e pediu-lhe que abortasse o bebê, o que gerou uma crise no casamento. Durante todo este período, sentiu-se muito sozinha, como expressou no seguinte relato: “...*emocionalmente muito sozinha né, é como se eu tivesse levando um fardo só meu...*”.

Somente passou a sentir-se mais apoiada quando entrou em contato com sua doula*, que lhe acompanhou durante todo o período restante da gestação e do parto. A partir deste momento, passou a se informar mais sobre as práticas que envolvem um parto humanizado, suas possibilidades e direitos enquanto parturiente.

Durante a gestação de Bruno, realizou as consultas de pré-natal na rede pública de saúde e teve seu parto no hospital público de referência. Bruno nasceu pesando 3,010kg, quando sua mãe completava 39 semanas de gestação, não necessitando de

* A Organização de Doulas da América do Norte (DONA, 2015), a maior organização de doulas certificadas no mundo, define a doula como sendo uma pessoa com formação e experiência em trabalho de parto que fornece suporte físico, emocional e informativo de maneira contínua para a mãe antes, durante e logo após o nascimento.

internação ao nascer. Ainda mama no seio, exclusivamente, e não frequenta creche ou escolinha, permanecendo sempre com sua mãe e seu irmão em casa.

Experiência do parto

Luana permaneceu em casa acompanhada da doula e do marido durante as primeiras horas do trabalho de parto. Neste período, relata que foi tudo muito tranquilo e agradável, ficando a dor mais intensa após o rompimento da bolsa amniótica: “...*daí tudo começou a ficar louco, muita dor, e aí eu já tava dentro do carro também né... muita dor e eu fiquei morrendo de medo e gritava, antes disso eu tava tranquila, conversando e tudo mais...*”. A partir deste momento, decidiram ir para o hospital. Chegando lá, lhe encaminharam para o centro obstétrico (C.O) em uma maca, sobre a qual ela não conseguia permanecer deitada, devido às suas fortes dores de contração. Ao chegar no C.O, a enfermeira lhe recebeu dizendo “...*desce daí que o bebê não vai nascer assim...*”.

Em seguida, a enfermeira solicitou que Luana se deitasse para fazer um exame a fim de conferir os batimentos cardíacos do bebê e suas contrações: “...*e a gente ficou assim uns 15 minutos, eu me mexendo para lá e para cá, não conseguia ficar parada, deitada, elas me mandando calar a boca, ficar quieta porque eu não tava sozinha, porque na hora de fazer eu não gritei, eu não achei ruim, e... e aí até que desistiram, chegou a residente... ah, eu pedi água, uma das enfermeiras gritaram comigo, falou ‘você não vai beber água, não pode beber água’...*”.

Ao constatarem que a gestante já se encontrava no período expulsivo, encaminharam-na para a sala de parto. No entanto, neste momento, proibiram a presença de sua doula, que estava ao seu lado como sua acompanhante. Realizaram um acesso venoso, sem explicar o motivo e pediram que fizessem força para o bebê nascer:

“...me segurava na perneira, para tentar ficar semi-sentada, e eles me mandavam o tempo todo deitar, que eu não podia segurar, que era para eu ficar deitada...”.

Em seguida, Luana percebeu que o médico estava organizando um material cirúrgico e, ao ver o que era, solicitou que não lhe fizessem episiotomia, pois o bebê já estava nascendo. Entretanto, ele lhe explicou que faria o que julgasse necessário e, imediatamente, pegou a tesoura para realizar o procedimento. Luana, então, relatou o seguinte diálogo: *“...por favor, me dá uma anestesia então - e o médico disse: ‘não, não tem anestesia’, eu falei ‘anestesia local doutor, por favor’, eu pedi quatro vezes para ele me dar, eu pedi por favor...”*. Então, lhe deram anestesia local e, logo após, uma médica residente começou a empurrar sua barriga, ao passo que ela lhe impediu: *“...aé? Você vai me dar trabalho? (disse a médica) eu falei: ‘não, eu não vou te dar trabalho mas você não vai empurrar minha barriga’, aí ela saiu de perto de mim e falou ‘pega aquilo ali para ela’ - a hora que eu olhei era um fórceps...”*.

Logo que Bruno nasceu, mostraram ele de longe e o levaram para outra sala, conforme relatou: *“...ela fez assim: ‘aqui seu filho’, do meio das minhas pernas, de longe, e deu para o pediatra...”*. Enquanto isso, o médico e a residente seguiram fazendo os demais procedimentos e conversando entre si, sem lhe explicar o que estavam fazendo: *“...ele falava assim o tempo todo muito baixo e não falava comigo, falava com a estudante...”*.

Após o parto, Luana foi encaminhada para o quarto e apenas foi liberada para amamentar seu filho cerca de cinco horas após o parto, pois precisavam, antes, realizar o teste para HIV: *“...e eu falava ‘moça, eu quero amamentar o meu filho, quero dar mama para ele, ele tá chorando’... e ela falava... ‘não, porque tem que fazer o exame de HIV’”*. Cabe ressaltar que a exigência pelo teste rápido de HIV se deu pelo fato de que Luana não estava com sua carteira de pré-natal onde constam, entre outras informações,

os exames realizados durante a gestação.

Após ter sua alta do hospital, precisou ir ao posto de saúde, pois sentia muita dor em função da episiotomia. Nesta ocasião, ao reclamar das dores que sentia em seu períneo, relata que o médico lhe disse “...*nossa como você é dramática!*”.

Finalmente, Luana relata que fez uma denúncia ao Ministério Público sobre toda violência sofrida durante o atendimento ao seu trabalho de parto e parto. Segundo ela, ainda não obteve retorno sobre o andamento do processo.

Experiência da maternidade

Quando retornou para sua casa, afirma que os primeiros dias com seu bebê foram difíceis: “...*eu tive um baby blues muito difícil sabe...creio que por causa... a gestação já não foi fácil né... e ainda o parto...então assim, tinha dias que eu tava completamente surtada... eu não tive apoio também no pós parto, meu marido foi um merda...*”.

Luana relata que, inicialmente, teve dificuldade para assumir plenamente a maternidade, sentindo-se muito deprimida, com dificuldade de estabelecer trocas afetivas com seu filho: “...*eu não fazia nada né, eu só amamentava e ficava deitada...o Bruno dormia muito, no tempo que ele ficava acordado eu não ficava com ele, é... era como... como se, ele não fosse meu bebê, e eu só tivesse que alimentar, entendeu? ... eu só tenho a obrigação de alimentar e pronto... demorou muito para eu conversar com ele, para eu dar um sorriso para, para eu entender que ele era o meu bebê, entendeu? ... demorou muito mesmo, acho que pouco mais de um mês...*”.

Somente após um certo tempo passou a elaborar melhor tudo o que havia acontecido no hospital, conseguindo, assim, se aproximar mais de seu filho e de assuntos relacionados ao parto e à maternidade: “...*mudou a partir do momento que eu*

me permiti assim, sentir o que eu tava sentindo, admitir que era isso e que não ia mudar, o que tinha passado, mas que eu podia mudar as coisas dali para a frente, então foi assim que eu consegui perceber o mundo na volta, saí do sofrimento, sofrimento, entendeu? ”.

Caso 2: Aline e Joaquim

Contextualização do Caso

Aline tem 32 anos, mora no interior do Rio Grande do Sul e está casada há sete anos. Ela e seu marido lecionam em uma instituição de ensino superior e, somando seus ganhos, possuem renda familiar mensal de, aproximadamente, oito salários mínimos. Aline relata que, antes de decidir se queria engravidar, passou cerca de um ano refletindo a respeito, se sentia-se preparada ou não para ser mãe. Segundo ela, seu marido já estava desejando um filho e ela, por fim, decidiu que queria também. E, para surpresa de ambos, a gravidez aconteceu rapidamente: *“...foi planejada, mas eu não imaginei que ia ser tão rápido depois da decisão, então ela também me pegou um pouco de surpresa...”*. Em seguida à notícia, afirma que foi tomada por sentimentos ambíguos de surpresa e felicidade: *“...eu entendi que a minha vida tinha mudado completamente, mas eu também não sabia o que vinha pela frente...”*.

Afirma que não ocorreu nenhuma intercorrência física durante a gestação, entretanto, passou por alguns problemas familiares, especificamente com seu pai, o que lhe impossibilitou de aproveitar este período plenamente: *“...além de estar grávida, eu tava com essa situação toda que tava muito pesada... então eu tinha o sentimento que tinham me tirado a minha gravidez, porque eu não cheguei a aproveitar de fato...”*.

Embora Aline tenha realizado acompanhamento pré-natal com uma médica de sua escolha, seu parto foi emergencial e ela acabou sendo atendida pelo médico

plantonista do centro obstétrico de um hospital público. Seu filho nasceu de parto normal, com 33 semanas e seis dias, pesando 2.590kg e, apesar de ser prematuro, não necessitou permanecer internado no hospital. Atualmente, Joaquim está com oito meses e não frequenta escolinha ou creche, sendo cuidado por seus pais, que intercalam seus horários no trabalho para cuidarem dele.

Experiência do parto

Aline chegou ao hospital sentindo muita dor e os profissionais que lhe atenderam a encaminharam para um quarto, a fim de ficar em observação. A intensidade de sua dor foi aumentando e ela começou a ter contrações, porém, ninguém identificou, naquele momento, que ela estava em trabalho de parto, nem ela mesma: “...*me largaram no quarto, eu chamava, as enfermeiras não sabiam e o médico não ia até lá...eu fiquei por horas sozinha no quarto com o trabalho de parto evoluindo...*”. Neste momento, seu marido havia ido em casa buscar roupas para ela, e sua mãe se deslocava para o hospital.

Com o passar das horas, as contrações foram aumentando, assim como as dores, e Aline não conseguia mais ficar deitada, em repouso, como a enfermeira havia orientado: “...*a enfermeira, eu chamava ela e ela dizia que não tinha o que fazer, eu chamava de novo, aí eu fiz umas dez vezes assim, o tempo todo apertando a campainha para chamar ela, e ela resolveu me levar para o centro obstétrico...*”.

Chegando ao centro obstétrico, Aline relata que solicitaram que permanecesse sentada na cadeira de rodas aguardando o obstetra de plantão lhe examinar: “...*sentada na cadeira, pedindo para levantar, levantando, eles me sentando de volta, e eu levantava, uma função... e eu tava com dez de dilatação já... e aí que eu fui entender que o Joaquim ia nascer... fui saindo da cadeira, já fui tirando a roupa no corredor*”.

para ir para a sala de parto”. Logo percebeu que sua mãe, que estava com ela até então, não estava ao seu lado e solicitou sua presença, pois sabia, que por lei, tinha direito ao acompanhante: “não deixaram ela entrar, mesmo eu, eu, eu... assim, eu já não conseguia mais falar... por causa das contrações muito seguidas, então eu não conseguia explicar que eu sabia que eu tinha direito de ter acompanhante, de não ta sozinha ali... mas eu não conseguia me defender, eu sentia tanta dor, que eu não conseguia terminar uma palavra...”.

Aline relata que administraram ocitocina sintética, mesmo sem entender porque, pois já estava com dilatação total e muitas contrações. Além disso, ordenaram que ficasse deitada na cama, em posição litotômica, com as pernas pra cima, mesmo contra sua vontade. E, além disso, fizeram uma episiotomia não informada, que, conforme consulta posterior ao seu prontuário e esclarecimentos com sua médica, havia sido desnecessária. Finalmente, relata que durante o parto chegou o pediatra: “...eu tava gritando muito de dor, e aí ele já começou dizendo assim, para eu ficar quieta que senão ele ia botar uma amordaça, que ele tinha os ouvidos muitos sensíveis, e que não era para eu gritar por causa dos ouvidos sensíveis dele... e o pediatra também fez aquela manobra de empurrar a barriga sabe? ... eu tentei três forças no máximo, e daí já deu a paciência deles e daí já tiraram o bebê, entendeu? ”.

Logo que Joaquim nasceu, seu cordão umbilical foi imediatamente cortado e ele foi levado pelo pediatra para realizar os procedimentos de rotina e, somente depois, foi colocado em seu peito. Como estava deitada, lembra que não conseguia ver o rosto do seu filho: “...então eu tentei, em vez de ficar forçando para olhar, eu tentei ficar curtindo aquele calor sabe?... mas aquilo durou três minutos, o pediatra, muito grosseiro aquele pediatra, logo disse ‘tá, t, tá, já chega, já chega, já chega’ e tirou ele...”. Em seguida, Aline relata que o médico obstetra lhe deu os parabéns pelo parto

ter sido normal, ao passo que o pediatra responde: “...parabéns nada, fui eu que fiz esse parto, o parabéns tem que ser para mim...”.

O pediatra levou o bebê para incubadora e, somente algumas horas depois, por insistência dos familiares, permitiu que Joaquim fosse para o quarto com sua mãe, já que estava bem. Enquanto estava na sala de recuperação, Aline relata ainda o seguinte: “...me levaram dois pacotinhos de bolachinha salgada, e o pediatra olha para mim e diz assim “ah, tu não precisa disso, divide comigo, e levou a metade da minha comida...”.

Em seguida, já no quarto, Aline tentou amamentar seu filho, porém, foi impedida pela enfermeira, a qual alegou que o pediatra havia prescrito um complemento para o bebê se alimentar: “...ele tava no meu colo, eu tava tentando amamentar, eu tava ali com o peito na boquinha dele, tentando fazer com que ele mamasse e ela tirou ele do meu colo para dar complemento...”. Assim, a enfermeira levou o bebê e, após o pedido da mãe para amamentar seu filho, ela disse que, caso a glicose do bebê estivesse abaixo do indicado, levaria o bebê novamente para tomar suplemento alimentar. A partir deste momento, Aline relata que ela e seu marido ficaram se revezando nos cuidados com Joaquim, com medo que, a qualquer momento a enfermeira viesse buscá-lo sem seu consentimento: “...daí a gente ficou no hospital assim, nessa tensão, nessa noite ali dele, de não levarem ele, no dia seguinte também, a gente ficou se organizando para não levarem o Joaquim...”.

Experiência da maternidade

Aline relata que sofreu muito no início de sua maternidade: “...eu tive um sentimento de frustração muito grande, e de noite assim, o Joaquim dormindo e o meu marido também, eu chorava muito, muito, muito...”. Ela conta que foi muito difícil

assimilar tudo que aconteceu em seu parto, que demorou meses para conseguir conversar com seu esposo sobre o assunto: “...mas a pior palavra, de indignação total, ela não é suficiente para explicar o que eu senti...no momento que eu vivi, transcendeu a possibilidade de discurso...”.

Ainda sobre a episiotomia Aline fala “...foi tudo muito ruim, muito ruim, e até hoje às vezes quando eu to tomando banho, quando eu to, hã, assim, eu sinto aquela cicatriz e para mim ela ficou uma marca muito negativa...”. Também ressalta: “...eu odeio, eu tenho uma cicatriz hoje no meu corpo que eu odeio ela...”. Falando de si, enquanto mãe, Aline conta que “...no início eu me senti uma péssima mãe... eu tive que me recolocar e tentar descobrir, e tentar entender que isso foi o que pôde acontecer, tive que reelaborar isso, sabe? ”.

Embora muito frustrada com o ocorrido no parto, afirma que “ao mesmo tempo eu me sentia muito mulher, porque no momento em que eu consegui dar conta, eu defendi ele nesse hospital, entende?... eu me sentia muito leoa assim quando eu cheguei em casa, sabe?”. Aline afirma que conviveu constantemente com sentimentos ambíguos dentro de si: “...com o Joaquim, aquela correria do bebê recém-nascido, mas a alegria de amamentar, um bebê calmo, mas eu carregava comigo essa dor do parto.. eu tinha esse misto, aquele peso do parto...”.

Finalmente, Aline finaliza afirmando que se sente uma boa mãe para Joaquim e que, além disso, percebe que a relação com seu marido melhora cada vez mais. Além disso, relata que ele é muito participativo na educação e cuidados com o filho. Atualmente, afirma ser uma ativista pelo movimento da humanização do parto e de outras questões relacionadas ao feminismo: “...sou uma mãe ativista, uma mãe engajada, sou uma mãe que me preocupo com o desenvolvimento dele, que eu quero que ele seja um cidadão do mundo, hã, não quero passar os meus medos e minhas

frustrações para ele, então eu procuro sempre me curar de alguma forma, que a minha história é a minha história e a história dele tá recém começando...”

Laura e Gabriel

Contextualização do Caso

Laura tem 26 anos, mora no Paraná e está casada com Eduardo há quatro anos. Além de ser mãe de Gabriel, que no momento está com onze meses, está grávida de seis meses de uma menina. Trabalha como corretora de seguros e, desde que seu filho nasceu, passou a trabalhar em casa. Seu marido é administrador e, somando suas remunerações, possuem renda mensal de aproximadamente quatro salários mínimos.

Laura e Eduardo estavam casados há dois anos quando ela soube que estava grávida. Segundo ela, foi uma grande surpresa para todos, pois, desde que casaram, ela estava tentando engravidar. A notícia foi muito bem recebida por ambas famílias que, há tempos, demonstravam um grande desejo de que o casal tivesse filhos. Apesar da vontade de engravidar, Laura não nutria muitas expectativas em relação à maternidade, preocupando-se mais com as questões relativas à gestação e ao parto.

Durante a gestação de Gabriel, realizou as consultas de pré-natal em consultório privado. No entanto, devido a problemas com seu plano de saúde, seu parto ocorreu em um hospital público de sua cidade. Gabriel nasceu pesando 3,220kg, quando sua mãe completava 39 semanas e dois dias de gestação, não necessitando de internação ao nascer. Como sua mãe trabalha em casa, não frequenta creche ou escolinha, permanecendo sempre aos cuidados dela ou de seu pai.

Experiência do parto

Laura realizou todo o pré-natal com uma médica de sua escolha. Porém, no final

de sua gestação, teve alguns problemas com o plano de saúde e, quando entrou em trabalho de parto, precisou recorrer a uma maternidade pública de sua cidade. Chegando no hospital, foi atendida pelo médico plantonista que, ao examiná-la, procurou acelerar seu trabalho de parto, conforme nota-se em seu relato a seguir: “...perguntei o que é que ele tava fazendo e ele falou, olha, eu to te colocando em trabalho de parto porque é assim, e eu falei, não é assim, eu vou entrar em trabalho de parto quando meu filho estiver pronto para nascer, ele que vai decidir isso, e ele falou, não Laura, aqui sou eu que decido, eu sou o médico...”.

Ainda durante o primeiro atendimento na maternidade, Laura relata que o médico que lhe examinou, ao percebê-la incomodada com o atendimento, respondeu: “que se eu não tivesse satisfeita com o posicionamento dele, eu podia procurar outro serviço, e ele falou isso rindo, em tom de ironia...”. Em seguida, ela e seu marido resolveram voltar para casa. Algumas horas depois, com o trabalho de parto tendo evoluído consideravelmente, eles resolveram se encaminhar para o hospital novamente, porém, foram para um outro hospital a fim de tentar um tratamento mais humanizado.

Chegando ao hospital, Laura já se encontrava no período expulsivo, com puxos involuntários. No entanto, precisou cumprir as rotinas do local, como fazer exame rápido para HIV. Logo, colocaram-na em uma cama e solicitaram que ficasse de cócoras, sem lhe perguntar se aquela era uma posição confortável a ela. Rapidamente, o bebê nasceu e o levaram para o seu peito, porém, segundo ela, em instantes tiraram ele e já levaram para outra sala a fim de realizar os procedimentos de rotina. Seu esposo pediu para acompanhar o filho, porém, não foi permitido que ele entrasse na sala com a pediatra.

Ao mesmo tempo, Laura ainda estava recebendo atendimento da obstetra, que estava suturando suas lacerações: “...ela foi bem grossa comigo no atendimento, tipo

“cala a boca, que agora não tem mais nenê aqui, vamos concertar você para você poder ir lá receber o teu filho...”. Ao término do procedimento, a médica se retirou e *“...eu fui colocada numa maca e fiquei mais uns 40 minutos num corredor frio, escuro, gelado e sozinha, sem saber onde tava o meu marido, onde tava o meu filho... tava sentindo sangue escorrer de mim, então eu fui largada assim, como um pedaço de carne no corredor do hospital...”*.

Cerca de duas horas depois, quando ela ainda se encontrava no corredor do hospital, lhe trouxeram seu filho: *“...ali naquela maca pequena. Eu com medo de cair porque eu tava meio zozza de tanto sangue que perdi... colocaram ele no meu colo, pegaram o meu peito de qualquer jeito...ah é assim que dá mama, deixa ele sugar...”*. Após algum tempo, Laura conta que foi levada para o alojamento conjunto, onde encontrou novamente seu esposo: *“...daí, vinha a cada hora uma enfermeira e dizia que eu tava amamentando errado, aí vinham e diziam que o meu filho era muito magro, sendo que ele tem o peso normal, sabe?...nasceu com 3.200kg...”*.

Experiência da maternidade

Laura relata que os primeiros contatos com seu filho Gabriel foram muito intensos e ambíguos: *“era inacreditável ver aquela criança no meu colo e saber que aquela criança era minha e que foi eu que fiz né?... então alegria, com medo, com emoção...porque é essa mistura de sentimentos sabe?...O choque até a gente assimilar tudo...”*. Afirma, também, que teve muita dificuldade na amamentação, pois ficou com os seios bastante machucados, o que tornava o momento de amamentar muito dolorido.

Segundo o relato de Laura, o primeiro mês de vida de seu filho foi bastante conturbado para ela, pois havia um sentimento muito grande de impotência, por ela não conseguir amamentar satisfatoriamente Gabriel: *“...com relação ao meu sentimento de*

impotência, eu acho que a principal razão foi a minha personalidade, mas grande parte disso foi o meu acolhimento no mundo como mãe né, porque no parto a gente nasce de novo também...no hospital a gente, assim, eu fui tratada, meu filho foi tratado, meu esposo foi tratado como... peças numa linha de produção, era a maca três no quarto 17, sabe?”.

Mais especificamente sobre a amamentação, relata ainda “*a gente era só mais um animal ali naquela, naquela esteira, passando e sendo atendido de qualquer forma, eu acho que isso ajudou muito para essa insegurança, porque o tratamento das enfermeiras de que...ô você está fazendo errado...ó não é assim...deixa eu ver teu peito...e mete a mão no teu peito e aperta com tudo para ver se tá saindo leite, sabe?...”.*

Atualmente, Laura e seu Gabriel tem uma ótima relação. Ela conseguiu se organizar para trabalhar em casa, para poder permanecer o máximo de tempo junto ao seu filho. Seu esposo trabalha muito, mas, segundo ela, quando chega em casa, participa bastante dos cuidados com o filho. Laura está grávida novamente, esperando uma menina, e, por tudo que vivenciou no parto e pós-parto de seu filho, decidiu, junto ao seu esposo, por receber sua filha em um parto domiciliar, acompanhado por um profissional de sua escolha.

Síntese dos Casos Cruzados

Com base na exposição dos casos apresentados, pode-se concluir que cada mãe possui uma experiência peculiar em relação à experiência da maternidade. Em contrapartida, observou-se que, em alguns aspectos, possuem questões em comum. Sendo assim, a partir dessa premissa, realizou-se um cruzamento entre os dados de cada caso, a fim de levantar convergências e divergências entre os mesmos.

Contextualização dos Casos

A tabela a seguir apresenta, de maneira sucinta, as principais características das participantes a fim de auxiliar a visualização e contextualização dos casos:

Tabela 7
Contextualização dos casos

Eixos Temáticos	Mãe Luana e Bebê Bruno	Mãe Aline e Bebê Joaquim	Mãe Laura e Bebê Gabriel
Contextualização do Caso	Gestação não planejada	Gestação planejada	Gestação planejada
	Ausência de rede de apoio psicossocial	Presença de rede de apoio psicossocial	Presença de rede de apoio psicossocial
	Gestação sem intercorrências	Gestação sem intercorrências	Gestação sem intercorrências
	Expectativa por parto humanizado	Expectativa por parto humanizado	Expectativa por parto humanizado

A influência de determinados fatores como os sociais, econômicos, ambientais, assistenciais, entre outros, é evidente no clima vivencial da gestação, podendo essa mesma influência repercutir não apenas ao longo do período gestacional como também pode estender-se para o parto e além deste, com consequências evidentes nas relações entre mãe, pai e bebê (Santos, 2007). Conforme foi apontado anteriormente, Luana foi a participante com maiores dificuldades no que diz respeito à falta de apoio familiar e financeiro, pois, além de sua gestação não ter sido planejada, seu marido não lhe prestou o suporte afetivo necessário ao longo da gestação. Segundo Rapoport e Piccinini (2006), o apoio familiar e, em especial, do pai do bebê, configura-se como um dos fatores mais significativos que influencia o bem-estar da gestante e, frequentemente, a mulher, quando mãe, se estressa menos emocionalmente frente a eventos aversivos quando seu parceiro é compreensivo, lhe prestando assistência.

Em contraponto à ausência de apoio familiar, ressalta-se, porém, a presença da doula de Luana como referência de suporte físico e emocional ao longo de sua gestação,

trabalho de parto e pós-parto (Kozhimannil, Hardema, Attanasio, Blauer-Peterson, & O'Brien, 2013). Ao contrário de médicos, parteiras, enfermeiras obstétricas e outros profissionais que prestam assistência médica, doulas prestam apoio nos aspectos não-médicos relacionados ao parto (Klaus & Kennell, 1993). Ensaios clínicos randomizados fornecem fortes evidências sobre os benefícios clínicos do suporte contínuo exercido pela doula (Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala, & Weston, 2011; Zhan, Bernasko, Leybovich, Fahs, & Hatch, 1996).

Experiência do parto

Tabela 8

Experiência do parto

Eixos Temáticos	Mãe Luana e Bebê Bruno	Mãe Aline e Bebê Joaquim	Mãe Laura e Bebê Gabriel
Experiência do Parto	Violência física, verbal e psicológica	Violência física, verbal e psicológica	Violência física, verbal e psicológica
	Grau de satisfação com atendimento: 01	Grau de satisfação com atendimento:01	Grau de satisfação com atendimento:03
	Profissional que praticou a violência: obstetra	Profissional que praticou a violência: pediatra	Profissional que praticou a violência: equipe de enfermagem no pós-parto

A partir dos dados coletados, no que se refere aos momentos que compreendem o pré-parto, parto e pós-parto, as três participantes referiram experiências bastante insatisfatórias, apontando, inclusive, um baixo grau de satisfação com o atendimento da equipe de saúde dos locais onde ocorreram seus partos. Estudos realizados por Hodnett (2002) acerca da satisfação das mulheres com o parto demonstraram que a qualidade da relação entre os profissionais de saúde e as parturientes, especialmente suas atitudes e comportamentos em relação a suporte emocional, capacidade de comunicação, fornecimento adequado de informações e participação no processo decisório, são

preditores fortes e consistentes da satisfação com o atendimento ao parto.

Cabe ainda destacar que a qualidade da experiência vivenciada pelas parturientes também pode influenciar os resultados maternos e neonatais, uma vez que a ansiedade durante o parto está associada com altos níveis de adrenalina, padrões de frequência cardíaca fetal anormal, diminuição da contratilidade uterina, aumento na duração da fase ativa do trabalho de parto e baixos índices de Apgar. Por outro lado, o apoio emocional, as orientações e medidas de conforto podem reduzir a ansiedade, o medo e consequentemente os seus efeitos adversos (Hodnett, 2011).

Ao longo dos relatos deste estudo, pode-se perceber uma postura bastante ativa das participantes nas situações que envolveram sua internação nas instituições de saúde. Todas aparentaram ter uma ampla compreensão sobre quais procedimentos eram adequados ou não para serem adotados pelos profissionais de saúde. Devido a esta apropriação por parte das parturientes, em muitos momentos, travaram-se embates entre estas e os profissionais que lhes atendiam. Muitas vezes, elas negavam ou questionavam determinadas atitudes adotadas pela equipe de saúde, o que, em algumas circunstâncias, desencadeava atitudes que pareciam ser punitivas, como a ameaça do uso do fórceps.

Um dos pressupostos defendidos pelo Ministério da Saúde é o direito da gestante à informação, onde o profissional de saúde tem o dever de esclarecer o objetivo de cada intervenção ou tratamento, assim como os riscos ou possíveis complicações e as alternativas disponíveis. Com base nas informações recebidas, a mulher tem o direito de recusar tratamentos ou procedimentos em seu corpo, o que se chama direito à recusa informada (Kondo et al, 2014). Entretanto, sabe-se que são muitos os casos em que este direito não é respeitado, o que torna as práticas em saúde, muitas vezes, impositivas e autoritárias.

Ressalta-se, também, a necessidade do reconhecimento dos diferentes valores

culturais, crenças, necessidades e expectativas que a mulher possa ter em relação à gestação, ao parto e ao nascimento, através da personalização do cuidado, buscando, sempre que possível, ir ao encontro das expectativas da parturiente. Todos os procedimentos realizados devem vir acompanhados de uma explicação sobre o motivo da sua adoção e a mulher deve sentir que os mesmos são realmente necessários e que poderão contribuir tanto para o seu bem-estar, como para o de seu bebê (Kondo et al, 2014).

Deflagrou-se muitas formas de violência física e verbal ao longo dos atendimentos recebidos pelas participantes desta pesquisa. As formas de violência física sofridas caracterizam-se, em sua maioria, como práticas que estão em desacordo com as diretrizes estabelecidas pela OMS (1996), tais como: falta de privacidade no local do parto; recusa da presença de acompanhante; pouca liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; pouco ou nenhum estímulo ao contato cutâneo direto entre mãe e filho; esforço de puxo dirigido; amniotomia precoce de rotina; Manobra de Kristeller; uso rotineiro de ocitocina; clapeamento precoce do cordão umbilical, entre outros procedimentos constantes nos relatos e questionários das participantes.

Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde, através do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (2000), ressalta que a humanização do parto é condição primeira para o adequado acompanhamento à saúde da mulher e do bebê, sendo dever das maternidades acolher com dignidade a mulher, seu filho e seus familiares, o que requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, a criação de um ambiente acolhedor e a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher e o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.

Na assistência perinatal, quando se está lidando com mulheres e crianças saudáveis, as tecnologias leves, isto é, aquelas relacionadas às relações entre os prestadores de cuidado e seus pacientes, devem preponderar sobre todas as outras. Mesmo nas situações de maior risco ou diante de desvios importantes da normalidade, quando o uso de tecnologias duras (equipamentos, medicamentos e outros instrumentos utilizados na atuação profissional) e leve-duras (relacionadas à técnica e ao conhecimento necessário para se obter algum resultado na assistência) são comprovadamente benéficas, estas não devem se sobrepor às tecnologias leves em que o apoio, o cuidado e a observação direta podem potencializar os benefícios. Por outro lado, a busca da segurança não deve ser razão para a utilização de intervenções desnecessárias e vigilância tecnológica intensiva quando não justificadas pelas necessidades da mulher e de seu bebê (Merhy, 1998).

De acordo com declaração da OMS (2014), mais ações são necessárias para apoiar as mudanças na conduta dos profissionais de saúde, dos ambientes clínicos e sistemas de saúde, para garantir que todas as mulheres tenham acesso à assistência respeitosa, competente e atenciosa. Estas ações podem incluir o incentivo ao apoio social, através de um acompanhante de escolha da parturiente, mobilidade, acesso a alimentos e líquidos, confidencialidade, privacidade, escolha esclarecida, informações para as mulheres sobre seus direitos, mecanismos de acesso à justiça em caso de violação dos direitos, e garantia dos melhores padrões da assistência clínica.

Além da violência física discutida anteriormente, muitas formas de violência de caráter psicológico foram sofridas pelas participantes do estudo em questão, o que vai contra os pressupostos apresentados por Ciello et al (2012) por um atendimento respeitoso à gestante. Cabe ressaltar que entende-se como violência psicológica, segundo Ciello et al (2012), toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher

sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuação, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Entende-se, portanto, que todas as mulheres têm direito ao acolhimento respeitoso nos serviços de saúde, livre de qualquer discriminação e livre de qualquer violência.

Todas essas situações constituem violência obstétrica e têm efeitos físicos e emocionais muito importantes na vida da mulher: a violência vivida na relação com os profissionais, a dor da recuperação, os riscos e complicações de uma cirurgia desnecessária, dificuldades com a amamentação e a frustração do desejo por um parto vaginal. Além disso, as conveniências dos planos de saúde, dos serviços de saúde e dos profissionais na maioria das vezes são colocadas acima da saúde física e psicológica das mulheres e de seus filhos (Ciello et al, 2012).

Laura foi a única participante que sofreu menos violência física em seu parto, visto que chegou ao serviço de saúde em estado de parto avançado. O que acabou por tornar desnecessária uma série de intervenções que poderiam ter sido praticadas, caso chegasse ao local em um estado mais latente do trabalho de parto, conforme ocorreu com Aline e Luana.

3.4.2 Experiência da maternidade

Tabela 9
Experiência da maternidade

Eixos Temáticos	Mãe Luana e Bebê Bruno	Mãe Aline e Bebê Joaquim	Mãe Laura e Bebê Gabriel
Experiência da maternidade	Sentimento de ambiguidade em relação à maternidade	Sentimento de ambiguidade em relação à maternidade	Sentimento de ambiguidade em relação à maternidade
	Sintomas de depressão pós parto e TEPT	Sintomas de depressão pós parto e TEPT	Sintomas de depressão pós parto e TEPT

Foi comum entre as participantes a sensação de ambiguidade em relação à maternidade. Elas relataram que, ao mesmo tempo em que se sentiam muito felizes com o nascimento do filho, sentiam-se muito tristes e frustradas com a experiência do parto, que não correspondeu às suas expectativas. Afirmam que custou certo tempo para assimilar tudo o que vivenciaram durante sua internação no hospital, demorando, inclusive, para conseguir falar sobre o assunto com seus maridos ou familiares.

Em seu estudo observacional dentro de um centro obstétrico, Donelli (2008) ressalta que, dentro deste local cria-se, muitas vezes, um ambiente cercado de aspectos idealizados, onde existiriam, apenas, bebês saudáveis, bonitos, com mães sorridentes e realizadas. Seria uma tentativa de negar questões indesejadas, como as dores do parto, as possíveis intercorrências com a mãe ou o bebê, além da angústia, incerteza e ambivalência que cercam as puérperas neste momento.

Donelli (2008) aponta para a questão da idealização da maternidade como se esta fosse uma fase de pleno gozo e perfeição. No entanto, quando as mães defrontam-se com o bebê real e todas demandas que ele traz, acabam, muitas vezes, sentindo-se angustiadas e fracassadas no exercício de seu papel como mãe.

Milani e Greinert (2015) ressaltam que, através dos relatos das participantes de seu estudo, percebe-se que as mesmas vivenciaram uma grande frustração ao deparar-se com o bebê real, que em muito se diferiu do imaginário. Segundo Maldonado (1997), a mãe pode, com facilidade, amar o filho que idealizou, mas nem sempre o bebê real que deu à luz.

As três mães deste estudo relataram que passaram por um período de grande tristeza e depressão quando voltaram do hospital com seus bebês, sentindo-se fracassadas como mães. De acordo com Donelli (2008), em seu estudo foi comum

encontrar mães que vivenciaram sentimentos de fracasso e incompetência para desempenhar o papel materno. Segundo a autora, ante a descoberta da gravidez, algumas mães foram surpreendidas pelo sentimento de incapacidade e pelo pensamento de não terem condições para cuidar de uma criança.

Houve ainda, por parte das participantes, certa dificuldade de aproximação com seus bebês nos contatos iniciais com os mesmos. Deve-se ressaltar que a adaptação ao bebê que acaba de chegar pode provocar sentimentos de estranheza por parte de sua mãe, a qual precisa lidar com o luto pela perda da criança ideal e a aceitação do filho real, com todas suas características que o tornam único. Além disso, surge o desafio de ajustar-se à imagem de si mesma como a mãe que pode tornar-se para seu filho (Donelli, 2003).

Em alguns momentos de seus relatos, as mulheres que participaram do estudo realizado identificaram marcas em seu corpo, decorrentes, principalmente, dos procedimentos a que foram submetidas no hospital. Aline relata a marca negativa da episiotomia em seu corpo, simbolizando toda violência sofrida.

São inúmeras as marcas ou cicatrizes que a gravidez e o parto podem deixar, não apenas no corpo, mas também, na psique de uma mulher. Estas marcas advêm tanto dos processos naturais que marcam este processo, como o surgimento de estrias ao longo da gestação, quanto de procedimentos feitos ao longo do parto. Ambas deixarão inscritas no corpo da mulher, para sempre, memórias de um momento intenso e marcante em sua vida. Mais do que isso, servirão para marcar a falta de controle que a mulher experiencia ao longo desta vivência, seja sobre si mesma e seu corpo ou sobre os demais atores que dividem com ela, muitas vezes de maneira impositiva, a experiência de tornar-se mãe (Caron & Lopes, 2014).

Segundo Azevedo e Arrais (2006), deve-se frisar que a maneira de exercer a

maternidade tem se transformado ao longo dos anos. No entanto, a representação social acerca da figura materna ainda coloca esta em um modelo de existir idealizado, baseado em padrões arcaicos em relação à figura feminina na sociedade. Deve-se, portanto, encorajar que as mulheres, agora mães, consigam falar não apenas dos sentimentos positivos que a maternidade lhes proporciona, mas, também, sobre as vivências e emoções negativas que ela carrega. Medo, angústia, ambivalência ou rejeição podem coexistir com os sentimentos de amor de uma mãe pelo seu filho. Caso não seja possível que a mulher/mãe compreenda e aceite esta diversidade de sentimentos e vivências tão complexos e divergentes que integram o universo da maternidade, poderá perder-se de seu bebê na tentativa de encontrar-se fora de si mesma.

Considerações Finais

A análise dos relatos deste estudo evidenciou que cada mulher vivencia as sensações do processo de gestar e parir de maneira única e singular. Isto porque cada indivíduo carrega consigo uma trajetória de vida que é composta por aspectos próprios de sua história pregressa, tais como o contexto sociocultural onde se desenvolveu, a família, as pessoas com quem conviveu e as histórias que ouviu. Ou seja, é um emaranhado de fatos reais e subjetivos que irá compor sua subjetividade e, conseqüentemente, a maneira como vivenciará as demais etapas de sua vida.

Espera-se que a travessia que se dá ao longo do percurso que começa na gestação, passa pelo parto e se estende até a maternidade seja plena de alegrias e realizações, envolvida por muito afeto, tanto por parte da mulher e de seus familiares, quanto por parte dos profissionais que irão lhe acompanhar. No entanto, sabe-se que todo este processo envolve uma série de questões que se cruzam: a gestação foi planejada? Houveram momentos estressantes ao longo da gestação? A gestante pôde

contar com uma rede de apoio social adequada? Como foi o atendimento ao seu pré-natal? Que tipo de parto esta mulher desejava? Em qual local? Com que profissionais? Queria música? Queria silêncio e penumbra? Liberdade pra cantar e dançar? Ou paz para silenciar? Queria o pai de seu filho por perto? Ou a doula? Ou sua mãe? Ou talvez preferisse permanecer sozinha, em si mesma? Estaria preparada para deixar aflorar seu lado mais instintivo e arcaico para deixar-se parir? Ou pretendia controlar todas variáveis possíveis, utilizando-se da máxima tecnologia e intervenções possíveis? E o encontro com seu filho como seria? Inicialmente breve, para poder se recuperar e adaptar-se ao novo ser que chega? Ou seria quente, do sangue que lhe cobre o corpinho em contato com seu peito, sem pressa pra se separar? E a chegada em casa? Ficaria sozinha? Receberia visitas? Contaria com a ajuda do pai do bebê? Alguém mais? E como é este bebê, agora seu filho? Está correspondendo às suas expectativas ou é absurdamente diferente de tudo que havia imaginado?

Este estudo, que buscou acessar a experiência da maternidade em três mães que relataram ter sofrido violência no parto, traz como objetivo não apenas a exploração do relato dessas mulheres, mas, também, ou, principalmente, a oportunidade de que outras pessoas possam ter acesso às inúmeras reflexões que este tema requer. É preciso questionar a maneira como as instituições de saúde e seus profissionais estão prestando atendimento às mulheres que vivenciam um momento tão delicado e profundo que é a experiência da maternidade.

Sabe-se que, ao entrar em trabalho de parto, a mulher acessa, naturalmente um estado de regressão psíquica, mecanismo psíquico fundamental para a vivência deste momento. Além disso, o parto exige da mulher um contato com os aspectos mais primitivos do seu ser. Parir envolve um complexo mecanismo de liberação hormonal muito bem explicado por Michel Odent (1999). No entanto, sabe-se que são justamente

as situações que caracterizam a vivência de violência no parto, as quais impedem que este processo de dê de forma que respeite a fisiologia deste processo.

Ao longo dos relatos das participantes deste estudo pode-se constatar que todas deram à luz em locais onde se sentiram ameaçadas e oprimidas, seja pelos profissionais que lhe atenderam ou mesmo pelos procedimentos rotineiros praticados nas instituições. Este estado de opressão, medo e insegurança com que vivenciaram seus partos, acabou, assim, dificultando a vivência de entrega que o parto e a maternidade exigem.

Outra questão importante a se destacar é que a violência sofrida pelas mulheres deste estudo não foi praticada por uma única categoria profissional ou em apenas um dado momento do atendimento ao parto. Pelo contrário, foram mencionados diversos profissionais, como obstetra, pediatra, enfermeiro e atendentes de enfermagem. O momento da violência abrangeu o período que compreende o pré-parto, o parto e/ou o pós parto.

Sendo assim, deve-se atentar ao fato de que a violência obstétrica é uma questão que envolve aspectos amplos e diversos, o que exige, por sua vez, que se pense em maneiras de intervir que deem conta da complexidade que esta questão requer. Assim como as causas e as formas que se pratica a violência são diversas, também devem ser os mecanismos de prevenção e reparo da mesma.

Esta é, portanto, uma questão que exige esforços vindos de profissionais das mais diversas áreas de atuação, para que se possa, assim, abranger esta questão da maneira mais ampla possível, visto que o parto é um acontecimento que permeia o indivíduo através de seus mais amplos aspectos, tais como biopsicossocial e espiritual. Além disso, esta questão envolve um repensar urgente e necessário sobre a maneira como se pratica a saúde no Brasil, seja no âmbito público ou privado.

Cabe, afinal, ressaltar que ser mãe, parece ser uma jornada sem fim. Um não

saber constante. Um enlace que se dá através do emaranhado de diferentes fatores e que irá configurar a experiência única da maternidade em cada mulher.

Referências

- Aguiar, J.M, d'Oliveira, A.FP.L & Schraiber, L.B. (2013). Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(11), 2287-2296.
- Alves, T.J.S. (2014). Influência do parto humanizado como fator de proteção à depressão pós-parto. 2014. 40 f. *Trabalho de Conclusão de Curso* (Bacharel em Terapia Ocupacional). Universidade de Brasília, Brasília.
- Azevedo, K. R., & Arrais, A. D. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 269-276.
- Brasil. (2000) Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília.
- Brasil. (2008) Ministério da Saúde. Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo I - Histórico e implementação. Brasília.
- Carneiro, R. G. (2013). Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(44), 49-59.
- Ciello, C., Carvalho, C., Kondo, C., Delage, D., Niy, D., Werner, L., *et al.* (2012). Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor". Retrieved from:
<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.p>

df

Caron, N. A., & Lopes, R. D. C. S. (2014). *Aprendendo com as mães e os bebês sobre a natureza humana e a técnica analítica*. Editora Dublinense.

Cruz, D. C. S., Sumam, N. S., & Spíndola, T. (2007). Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(4), 690-697.

Defensoria Pública do Estado de São Paulo. (2013). *Violência Obstétrica: você sabe o que é?* Núcleo especializado de promoção e defesa dos direitos da mulher e Associação Artemis. Escola da Defensoria Pública do Estado. São Paulo.

Diniz C.S.G. (2001). Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto (Tese de doutorado). São Paulo: FM/USP.

Donelli, T. M. S. (2003). O parto no processo de transição para a maternidade. *Unpublished master's thesis, Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.*

Donelli, T. M. S. (2008). Descortinando a vivência emocional de mulheres em um centro obstétrico: uma investigação sobre o parto através do Método Bick. *Projeto de Tese de Doutorado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.*

Doulas of North America (DONA).(2015).Disponível em: <http://www.dona.org>

Esper, L. H., & Furtado, E. F. (2010). Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e*

drogas, 6(SPE), 368-386.

Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebe.

Gaíva, M. A. M., & Tavares, C. M. A. (2002). O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido? *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 23(1), 132.

GIDEP/NUDIF (2008). *Entrevista de Dados Clínicos e Sociodemográficos*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

GIDEP/NUDIF (2003). *Entrevista sobre Gestação, Parto e Maternidade*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

Greinert, B. R. M., & Milani, R. G. (2015). Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. *Psicologia: teoria e prática*, 17(1), 26-36

Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala. C., Weston. J. (2011). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;16(2):CD003766.

Klaus MH, Kennell JH, Klaus PH. (1993). *Mothering the Mother: How a Doula Can Help You Have a Shorter, Easier, and Healthier Birth*. Cambridge, MA: Da Capo Press, Addison-Wesley Reading.

Kondo, C.Y., Silveira, K.M.J., Nly, D.Y., Silva, D.R.A.D., Buzatto, G.B.M.P., Salgado, H.O. (2014). *Violência Obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica*. São Paulo: Parto do Princípio.

Kozhimannil, K. B., Hardeman, R. R., Attanasio, L. B., Blauer-Peterson, C., & O'Brien,

M. (2013). Doula Care, Birth Outcomes, and Costs Among Medicaid Beneficiaries. *American Journal of Public Health*, 103(4), e113–e121.
<http://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301201>

Lettiere, A, Nakano, A. M. S & Bittar, D. B. (2012). Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 524-529.

Lopes, R. D. C. S, Donelli, T. S, Lima, C. M, & Piccinini, C. A. (2005). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 18(2), 247-254.

Maldonado, M. T. P. (1997). *Psicologia da Gravidez*. Petrópolis: Vozes.

Merhy, E. E. (1998). *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde*. Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: *Sistema Único De Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã.

Miller B. F. (2003) *Enciclopédia e dicionário médico para enfermeiros e outros profissionais da saúde*. Tradução de Paulo Marcos Agria de Oliveira e Silvia M. Spada. 6. ed. São Paulo, SP: Roca.

Ministério da Saúde (2008). Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. *Diário Oficial União*. Poder Executivo, de 8 de julho de 2008b.

Monson, M. R. D. R., Correa, A. M. S., Becker, E. D. A., Witte, E., Almeida, J. A. G.

D., Lima Filho, J. B. D., ... & Goldenberg, P. (1991). Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno: revisão e avaliação das ações nacionais para a implementação dos princípios e objetivos do Código Internacional de comercialização dos substitutos do leite materno.

Odent, M. (1999). *The scientification of love*. Free Assn Books.

Organização Mundial da Saúde. (1996) Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra.

Pilotto, D. T. S. (2009). As vivências de mulheres no cuidado materno. 101 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Prinds, C., Hvidt, N. C., Mogensen, O., Buus, N. (2014). Making existential meaning in transition to motherhood—A scoping review. *Midwifery*, 30(6), 733-741.

Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê; Motherhood and stressful situations in the first year of the baby's life. *Psico USF*, 16(2), 215-225.

Salgado, H. D. O, Niy, D. Y, & Diniz, C. S. G. (2013). Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 23(2), 190-197.

Santos, M. Ú. R. C. D. (2007). Preparação para o parto: promoção do bem-estar da parturiente através da preparação para o parto.

Winnicott, D. W. (1988). Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes.

- Wolff, L. R., & Waldow, V. R. (2008). Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saude soc*, 17(3), 138-51.
- Yin, R. K. (2005). Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman.
- Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2009). Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. *J Bras Psiquiatr*, 58(4), 252-7.
- Zhang, J., Bernasko, J.W., Leybovich, E., Fahs, M., Hatch, M.C.(1996). Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.*;88(4 pt 2):739–744.

Considerações Finais da Dissertação

Pesquisar acerca de violência obstétrica trouxe a possibilidade de fazer emergir dois temas que, a princípio, não se espera que estejam implicados na mesma cena: violência e parto. Vir ao mundo, assim como parir um novo ser, são umas das experiências mais marcantes de nossa existência enquanto seres humanos. Logo, espera-se que este rito de passagem, vivenciado pela mãe e seu bebê, seja marcado por boas lembranças e sentimentos positivos. Porém, infelizmente, não é o que tem acontecido com grande parte das mulheres que dão à luz no Brasil.

Experienciar um parto respeitoso, onde a mulher estabeleça uma relação de respeito e confiança com os profissionais que a atendem, tem se tornado cada vez mais difícil, seja em maternidades públicas ou particulares. Sob a alegação de motivos muitas vezes duvidosos, cesáreas desnecessárias são agendadas, o trabalho de parto é acelerado, o bebê de sua mãe é separado e a amamentação é adiada.

Publicam-se inúmeras evidências científicas, a todo momento, alertando sobre a inapropriação de intervenções que são, rotineiramente realizadas. Novos profissionais se formam e as práticas, muitas vezes, obsoletas, são novamente ensinadas e perpetradas. E, mesmo quando condutas são adotadas corretamente, estas são, em muitos casos, realizadas de maneira desrespeitosa, colocando a mulher em um lugar de completa submissão e desvalor.

Dentro deste contexto, o corpo da mulher é visto como defeituoso. Seus instintos são apagados e suas vontades não são respeitadas. Porém, cabe refletir se seria correto culpabilizar apenas os profissionais que lhe atendem por esta atitude. Não estariam as mulheres desconectadas de sua própria natureza? Não estariam elas mesmas desacreditadas sobre sua capacidade de gestar e parir sem a necessidade de uma série de intervenções? O quanto estão dispostas a sentir as dores do seu corpo se abrindo para a

passagem do bebê que chega? O quanto se informam e empoderam para entender a fisiologia e funcionamento do seu corpo?

Sendo assim, talvez seja ineficaz permanecer buscando culpados, visto que o âmago da questão parece se localizar em lugar mais profundo e pouco aparente. Talvez seja necessário repensar como a sociedade vem estabelecendo sua relação com o feminino (entenda-se feminino em seu aspecto mais amplo possível). Em um mundo onde ainda impera o *modus operandi* do patriarcado, talvez, a assistência em saúde, seja apenas mais um dos muitos sintomas oriundos do paradigma atualmente vigente.

Assim, tendo-se em vista a complexidade do tema em questão, acredita-se que a resolução desta problemática, da mesma forma, advém de um processo lento e gradual, o qual exige o engajamento dos mais diversos atores sociais. Neste cenário, a realização de pesquisas como essa são de suma importância a fim de que se possa fortalecer o processo de mudança das práticas em saúde no Brasil.

Finalmente, pode-se afirmar que, no presente estudo, os objetivos propostos foram contemplados, tanto no estudo quantitativo, quanto no estudo qualitativo. Pode-se afirmar que um estudo complementou o outro em termos de perspectiva e apropriação do tema proposto. Obteve-se, assim, um entendimento global sobre a ocorrência de violência obstétrica entre as mulheres brasileiras, traçando-se um panorama descritivo, correlacional e preditivo das variáveis implicadas na temática. Além disso, foi possível, através das entrevistas realizadas, compreender o fenômeno em maior profundidade, tendo-se em vista a complexidade que o mesmo suscita, em cada mulher que o vivencia.

A partir da dissertação, conclui-se que a vivência de violência no parto está relacionada a uma série de fatores, sendo possível estabelecer associação entre os mesmos. Além disso, através desta pesquisa, pode-se identificar diversos preditores para a vivência de violência no parto, o que poderá auxiliar futuros estudos a respeito do

tema. Pode-se concluir, também, que, a partir dos relatos das participantes, a vivência de violência no parto acarreta em repercussões na experiência da maternidade, afetando, possivelmente, a qualidade da relação mãe-bebê. Sugere-se, assim, que mais estudos sejam realizados e que pesquisas-intervenções possam ser elaboradas, a fim de empoderar as mulheres e aprimorar o processo de humanização do parto e nascimento no Brasil.

Referências da Dissertação

- Borsa, J. C., & Dias, A. C. G. (2007). Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. *Revista Contemporânea–Psicanálise e Transdisciplinarietà*, 2, 310-21.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebe.
- Maldonado, M. T. P. (1997). *Psicologia da Gravidez*. Petrópolis: Vozes.
- Rapoport, A, & Piccinini, C. A. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê; Motherhood and stressful situations in the first year of the baby's life. *Psico USF*, 16(2), 215-225.
- Rosa, R. D, Martins, F. E, Gasperi, B. L, Monticelli, M, Siebert, E. R, & Martins, N. M. (2010). Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Esc Anna Nery Ver Enferm*, 14(1), 105-12.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.

Apêndices

Apêndice A – Evidências Científicas Sobre As Práticas Utilizadas No Parto

1. Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

- 1.1 - Planejamento individual determinando onde e por quem o parto será realizado.
- 1.2 - Avaliação de risco durante o pré-natal, reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto.
- 1.3 - Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto.
- 1.4 - Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto.
- 1.5 - Respeito à escolha da mulher sobre o local do parto.
- 1.6 - Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for seguro.
- 1.7 - Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
- 1.8 - Apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
- 1.9 - Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto.
- 1.10 - Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem.
- 1.11 - Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
- 1.12 - Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal.
- 1.13 - Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis.
- 1.14 - Uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta.
- 1.15 - Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
- 1.16 - Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.
- 1.17 - Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, uso do partograma.
- 1.18 - Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto.
- 1.19 - Condições estéreis ao cortar o cordão.
- 1.20 - Prevenção da hipotermia do bebê.
- 1.21 - Prevenção da hemorragia neonatal com o uso de vitamina K.
- 1.22 - Prevenção da oftalmia gonocócica com o uso de nitrato de prata ou tetraciclina.
- 1.23 - Contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.
- 1.24 - Alojamento conjunto.
- 1.25 - Suprimir a lactação em mães portadoras de HIV.
- 1.26 - Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.
- 1.27 - Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto.

2. Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas

- 2.1 - Uso rotineiro do enema.
- 2.2 - Uso rotineiro da tricotomia.
- 2.3 - Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
- 2.4 - Cateterização venosa profilática de rotina.
- 2.5 - Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
- 2.6 - Exame retal.

- 2.7 - Uso de pelvimetria por raios X.
- 2.8 - Administração de ocitócicos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos.
- 2.9 - Uso rotineiro da posição de litotomia.
- 2.10 - Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
- 2.11 - Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
- 2.12 - Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia.
- 2.13 - Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
- 2.14 - Lavagem uterina rotineira após o parto.
- 2.15 - Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto.
- 2.16 - Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.
- 2.17 - Toques vaginais frequentes e por mais de um examinador.
- 2.18 - Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.
- 2.19 - Prática liberal de cesariana.
- 2.20 - Aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais
- 2.21 - Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento.

3. Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão

- 3.1 - Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, ervas, imersão em água e estimulação de nervos.
- 3.2 - Pressão no fundo uterino durante o período expulsivo.
- 3.3 - Manobras relacionadas à proteção ao períneo e do polo cefálico no momento do parto.
- 3.4 - Manipulação ativa do feto no momento do parto.
- 3.5 - Clampeamento precoce do cordão umbilical.
- 3.6 - Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto.

4. Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado

- 4.1 - Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
- 4.2 - Controle da dor por agentes sistêmicos.
- 4.3 - Controle da dor por analgesia peridural.
- 4.4 - Monitoramento eletrônico fetal.
- 4.5 - Uso de máscara e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
- 4.6 - Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.
- 4.7 - Correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina.
- 4.8 - Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto.
- 4.9 - Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
- 4.10 - Cateterização da bexiga.
- 4.11 - Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa, antes

que a própria mulher sinta o puxo.

4.12 - Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.

4.13 - Parto operatório.

4.14 - Exploração manual do útero após o parto.

Apêndice B - Questionário de Avaliação de Violência no Parto**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO PARTO**

Responda ao questionário com base em sua última gestação

Nome completo:

Idade:

Cidade e Estado onde reside atualmente:

Escolaridade

Renda Familiar:

Número de gestações anteriores:

Teve algum aborto?

- Sim
- Não

Teve complicações durante a gestação? Se sim, quais?

Data do parto:

Quantas semanas / dias de gestação ao nascer?

Teve complicações durante o parto / cesárea? Se sim, quais?

1. Que tipo de parto você teve?

- Normal, sem indução;
- Normal, com indução;
- Cesárea, após entrar em trabalho de parto;
- Cesárea agendada;

- Cesárea de emergência.
- Outro.

1.1 Preferência no Início da Gestação:

- Parto Normal
- Cesárea

1.2 Preferência no Final da Gestação:

- Parto Normal
- Cesárea

1.3 Se você fez cesariana:

- Você DESEJOU A CESARIANA já no início da gestação;
- Você queria PARTO NORMAL, mas mudou de opinião ao longo da gestação, POR VONTADE PRÓPRIA;
- Você queria PARTO NORMAL, mas mudou de opinião ao longo da gestação, POR INDICAÇÃO MÉDICA;
- Você queria PARTO NORMAL, mas a equipe de saúde fez CESARIANA, mesmo CONTRA A SUA VONTADE;

Outro. Qual?

1.4 Se você teve parto normal:

- Você DESEJOU O PARTO NORMAL já no início da gestação;
- Você queria CESARIANA, mas mudou de opinião ao longo da gestação, POR VONTADE PRÓPRIA;
- Você queria CESARIANA, mas mudou de opinião ao longo da gestação, POR INDICAÇÃO MÉDICA;
- Você queria CESARIANA, mas a equipe de saúde fez PARTO NORMAL, mesmo CONTRA A SUA VONTADE;

Outro. Qual?

2. Onde foi seu parto?

- Hospital Público;
- Hospital Privado
- Domiciliar
- Outro.

2.1 Outro local? Especifique, por favor:

2.2 Se você teve parto normal, quem atendeu seu parto?

- Enfermeira (o) Obstetra

3.5 Fez comentários irônicos em tom de deboche

Assinale a questão, conforme o grau de intensidade do que aconteceu com você, sendo 1(pouco intenso) e 10 (muito intenso). Caso não tenha vivenciado o que consta na alternativa, marque 0.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não ocorreu Muito Intenso

3.6 Chamou você por algum apelido desagradável

Assinale a questão, conforme o grau de intensidade do que aconteceu com você, sendo 1(pouco intenso) e 10 (muito intenso). Caso não tenha vivenciado o que consta na alternativa, marque 0.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não ocorreu Muito Intenso

3.7 Impediu a presença de acompanhante

Assinale a questão, conforme o grau de intensidade do que aconteceu com você, sendo 1(pouco intenso) e 10 (muito intenso). Caso não tenha vivenciado o que consta na alternativa, marque 0.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não ocorreu Muito Intenso

3.8 Outro. Qual

Durante a internação hospitalar para ter o seu bebê ou no atendimento domiciliar por equipe de saúde, O QUÃO INTENSOS FORAM ESTES SENTIMENTOS:

4. Sentiu-se pouco a vontade para fazer perguntas, porque não te respondiam ou te respondiam mal

Assinale a questão, conforme o grau de intensidade do que aconteceu com você, sendo 1(pouco intenso) e 10 (muito intenso). Caso não tenha vivenciado o que consta na alternativa, marque 0.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não ocorreu Muito Intenso

4.1 Sentiu-se ameaçada pela atitude ou fala de algum profissional

Assinale a questão, conforme o grau de intensidade do que aconteceu com você, sendo 1(pouco intenso) e 10 (muito intenso). Caso não tenha vivenciado o que consta na alternativa, marque 0.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não ocorreu Muito Intenso

4.2 Sentiu-se inferior, vulnerável, insegura

Assinale a questão, conforme o grau de intensidade do que aconteceu com você, sendo 1(pouco intenso) e 10 (muito intenso). Caso não tenha vivenciado o que consta na alternativa, marque 0.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não ocorreu Muito Intenso

4.3 Sentiu-se exposta ou sem privacidade

Assinale a questão, conforme o grau de intensidade do que aconteceu com você, sendo 1(pouco intenso) e 10 (muito intenso). Caso não tenha vivenciado o que consta na alternativa, marque 0.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não ocorreu Muito Intenso

4.4 Outro. Qual?

- Clique aqui se você entrou em trabalho de parto
- Clique aqui se você NÃO entrou em trabalho de parto e fez cesárea

5. Durante o TRABALHO DE PARTO, você:

Marque APENAS o que ocorreu com você

- Foi impossibilitada de caminhar
- Foi impossibilitada de procurar posições mais confortáveis segundo as suas necessidades

6. Durante o trabalho de parto e parto foram realizados os seguintes procedimentos médicos SEM QUE TENHAM PEDIDO SEU CONSENTIMENTO OU EXPLICADO POR QUE ERAM NECESSÁRIOS?

Marque APENAS o que ocorreu com você

- Enema (lavagem intestinal)
- Tricotomia (raspagem de pelos)
- Uso de ocitocina ("soro" para acelerar o trabalho de parto)
- Toques vaginais repetitivos
- Toques vaginais realizados por diferentes pessoas
- Proibição para ingerir alimentos ou bebidas
- Rompimento artificial da bolsa (profissional rompeu/estourou sua bolsa)
- Apertaram ou subiram na sua barriga para "ajudar" o bebê a nascer
- Episiotomia (corte no períneo, "pique lá embaixo")
- Cesárea
- Corte imediato do cordão umbilical

6.1 Outros. Quais?

7. Durante o PERÍODO "EXPULSIVO", ou seja, no momento de fazer força para o bebê nascer, você:

Marque APENAS o que ocorreu com você

- Foi privada da possibilidade de adotar a postura mais confortável para você realizar os puxos (fazer força)
- Teve “puxos dirigidos” pelo profissional de saúde, ou seja, ele dizia a frequência e o modo como você devia fazer força, sem respeitar seu ritmo

8. Relembrando sua CESÁREA, marque APENAS as situações que aconteceram com você:

- Começar a cortar seu abdômen, sem esperar a anestesia “fazer efeito”
- Apertar ou subir na sua barriga para “ajudar” o bebê a nascer
- Conversas paralelas entre os profissionais sobre outros assuntos
- Manter suas mãos amarradas, impedindo que tocasse seu bebê
- Realização de procedimentos sem seu consentimento ou sem explicar por que eram necessários

8.1 Outros. Quais?

9. Relembrando o MOMENTO LOGO APÓS O NASCIMENTO, ainda na sala de parto/cesárea, antes dos primeiros cuidados com o bebê (pesar, medir, etc.), marque APENAS as situações que aconteceram com você:

- Teve o contato com seu bebê adiado, para que o profissional realizasse procedimentos desnecessários ou que poderiam esperar
- Teve seu bebê levado imediatamente para a sala de procedimentos, sem que nenhum profissional lhe explicasse o que estava acontecendo com ele
- Foi forçada a amamentar ou estabelecer contato com o bebê (pegar no colo, olhar para o bebê, etc...) contra a sua vontade
- Impediram ou dificultaram o aleitamento na 1º hora de vida do bebê, sem motivos para justificar esta atitude

De uma maneira geral, qual o seu grau de satisfação com o atendimento da equipe de saúde durante seu parto/cesárea?

Considere 1 (péssimo) e 10 (excelente).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Péssimo Excelente

Informações complementares

Caso exista alguma situação/ acontecimento que você vivenciou em seu parto/cesárea e que não foi contemplado neste questionário, por favor, escreva aqui:

Caso queira participar da segunda etapa desta pesquisa ou ter acesso aos resultados, por favor, deixe seu e-mail de contato aqui.

Apêndice C – Resolução nº 182/2014, Projeto nº CEP 14/191 de 12/12/2014

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 182/2014

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 14/191 **Versão do Projeto:** 12/12/2014 **Versão do TCLE:** 12/12/2014

Coordenadora:
Mestranda Carolina Coelho Palma (PPG em Psicologia)

Título: Violência obstétrica e a vivência da maternidade.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 12 de dezembro de 2014.


Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE - Etapa 1

Meu nome é Carolina Coelho Palma, sou aluna do curso de Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e estou realizando uma pesquisa sob orientação da Profa. Dra. Tagma M. S. Donelli. Minha pesquisa, intitulada "Violência Obstétrica e a Vivência da Maternidade", tem como objetivo investigar a vivência da maternidade em mães que relatam ter sofrido algum tipo de violência durante o parto. Através deste estudo, espero contribuir com as práticas em saúde, mais especificamente, com o processo de humanização do parto e nascimento.

Para alcançar os objetivos do estudo, será aplicado um Questionário de Avaliação de Violência no Parto, no qual você irá responder algumas questões a respeito da sua vivência do parto. Serão necessários cerca de 20 minutos para respondê-lo. Este procedimento representa risco mínimo para sua integridade e segurança. Entretanto, se você se sentir desconfortável ou constrangida, pode se negar a responder as perguntas ou mesmo desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento. Além disso, você pode fazer perguntas e solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade, através do e-mail carolpalms@yahoo.com.br, ou do telefone (51)35911208. Você também poderá solicitar uma devolução sobre os resultados dos instrumentos que você respondeu.

Os seus dados de identificação e nome serão confidenciais e reservados, não sendo divulgados sob hipótese nenhuma e servirão apenas para caracterizar o público que está colaborando com a pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados para este estudo e poderão ser divulgados em eventos e demais veículos de comunicação científica. Os dados serão armazenados durante cinco anos e, após, totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde).

Se você aceita participar desta pesquisa, é preciso assinar este Termo de Consentimento em duas vias, ficando uma em seu poder e a outra comigo.

_____, ____ de _____ de 20____.

Nome da participante: _____

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

UNISINOS
 Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
 Comitê de Ética em Pesquisa

CEP - UNISINOS
 VERSÃO APROVADA
 Em: 15/12/14

Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Etapa 2



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE - Etapa 2

Meu nome é Carolina Coelho Palma, sou aluna do curso de Mestrado em Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e estou realizando uma pesquisa sob orientação da Profa. Dra. Tagma M. S. Donelli. Minha pesquisa, intitulada "Violência Obstétrica e a Vivência da Maternidade", tem como objetivo investigar a vivência da maternidade em mães que relatam ter sofrido algum tipo de violência durante o parto. Através deste estudo, espero contribuir com as práticas em saúde, mais especificamente, com o processo de humanização do parto e nascimento.

Para alcançar os objetivos do estudo, será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 60 minutos, na qual você irá responder algumas questões sobre sua gestação, parto e maternidade. Além disso, será solicitado que você preencha alguns questionários com seus dados de identificação pessoal, dados clínicos e demográficos, seus e do seu bebê. Estes procedimentos representam riscos mínimos para sua integridade e segurança. Entretanto, se você se sentir desconfortável ou constrangida, pode se negar a responder as perguntas ou mesmo desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento. Além disso, você pode tirar suas dúvidas e solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade, através do e-mail carolpalms@yahoo.com.br, ou do telefone (51)35911208. Você também poderá solicitar uma devolução sobre os resultados dos instrumentos que você respondeu.

Os seus dados de identificação e nome serão confidenciais e reservados, não sendo divulgados sob hipótese nenhuma e servirão apenas para caracterizar o público que está colaborando com a pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados para este estudo e poderão ser divulgados em eventos e demais veículos de comunicação científica. Os dados serão armazenados durante cinco anos e, após, totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde).

Se você aceita participar desta pesquisa, é preciso assinar este Termo de Consentimento em duas vias, ficando uma em seu poder e a outra comigo.

_____, ____ de _____ de 20____.

Nome da participante: _____

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

UNISINOS
UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 15.1.2014
JP

Apêndice F – Ficha de Dados Clínicos e Sociodemográficos

Participante: _____	Data: __/__/____
Caso: _____ Entrevistador: _____	

Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos (Adaptado de NUDIF, 2008)

Eu gostaria de ter mais algumas informações sobre você, seu bebê e sua família:

DADOS DA MÃE

Data de nascimento: __/__/____ Idade: ____

Bairro: _____ Cidade: _____

Fone: _____

Celular: _____ Fone para recados: _____

E-mail: _____

Escolaridade:

ensino fundamental incompleto

ensino fundamental completo

ensino médio incompleto

ensino médio completo

ensino superior incompleto

ensino superior completo

pós-graduação

Estado civil:

solteira

casada

separada/divorciada

viúva

morando junto

está namorando

Caso seja casada ou esteja morando junto, desde quando? __/__/__

Tem outros filhos? sim não. Quantos _____

Idades dos outros filhos: _____

Idade da primeira gestação: _____

Dados profissionais:

Atualmente está trabalhando? sim não aposentada

Em caso negativo perguntar: Você já trabalhou? sim não

Que tipo de trabalho você faz (explicitar)? _____ Quantas horas? ____ por dia

Você é remunerada? sim não Qual o valor? _____, ____ reais

Dados sobre a gestação:

Realizou pré-natal? não sim. Quantas consultas? _____

Se sim, onde realizou o pré-natal? posto de saúde. Qual? _____ consultório privado

Fez tratamento para engravidar? não sim. Qual? _____

Houve algum problema na gestação? não sim

Se sim, qual?

hipertensão

diabetes gestacional

vômitos frequentes

infecção urinária

anemia severa

- ameaça de aborto
 placenta prévia
 DSTs
 HIV/aids
 toxoplasmose
 rubéola
 sangramentos
 contrações com risco de parto prematuro
 traumatismos (quedas, fraturas, acidentes...)
 outro. Qual? _____

Tomou alguma medicação durante a gestação? não sim. Qual? _____

Fez uso de cigarro/álcool/drogas durante a gestação? não sim. Qual? _____

Dados gestacionais anteriores:

Número de gestações: _____

Aborto? não sim Espontâneo Provocado

Dados sobre a saúde em geral:

Tem alguma doença física? sim não. Caso sim, qual? _____

Tem alguma doença mental ou dos nervos? sim não. Caso sim, qual? _____

Faz uso de medicação? sim não. Caso sim, qual? _____

Usa algum tipo de substância? tabaco/cigarro álcool outras drogas. Qual? _____

DADOS DO FILHO/A (alvo da pesquisa)

Data de nascimento: __/__/__ Idade: __ (meses)

Sexo: feminino masculino

Ordem de nascimento: primogênito segundo filho terceiro filho quarto ou mais

Local de nascimento:

hospital. Qual? _____

domicílio

outro Qual? _____

Tipo de parto: normal cesárea com fórceps

Alguma complicação no parto? não sim

Qual?

pré-eclâmpsia

eclâmpsia

hemorragia

descolamento de placenta

febre/infecção

desproporção céfalo-pélvica

Idade gestacional do bebê ao nascer (em semanas): _____

Peso ao nascer: _____

Apgar: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____

Necessitou internação após o nascimento?

não

sim. Qual o motivo da internação? _____

Qual o tempo de internação neonatal? _____ (em dias)

Dados sobre o pós-parto:

Costuma consultar o pediatra? não sim. Em qual situação? _____

Realiza vacinas previstas para sua faixa etária*? não sim

Foi amamentado ao seio? não sim. Por quanto tempo? _____

Usou fórmula/leite em pó nos 6 primeiros meses? não sim. Em que situações? _____

Teve cólicas? não sim

Teve algum problema de saúde até agora? não sim. Qual? _____

* Sugere-se consultar a carteira de vacinação da criança.

Necessitou de hospitalização pediátrica? () não () sim. Por que? _____

Número de internações pediátricas até o momento: ____

Como foram as internações hospitalares até agora?

Internação 1:

Duração: _____ (em dias) Idade da criança: _____ (em meses) Motivo? _____

A criança toma alguma medicação? () não () sim. Qual? _____

Tem alguma doença crônica? () não () sim. Qual? _____

A criança frequenta creche/escolinha? () sim () não

Com que idade ele/ela começou a frequentar a escola? ____ meses

Quanto tempo fica na escola durante o dia? ____ horas

Caso não frequente a escola, quem costuma cuidar do bebê?

() mãe

() pai

() avó

() irmão (ã)

() tia

() babá/empregada

() vizinha

() outro. Quem? _____

ASPECTOS DA MORADIA ATUAL:

Quantas pessoas moram na casa, incluindo você: ____

Quem são os moradores da casa? _____

Quantas pessoas trabalham? ____

Caso ninguém trabalha, quem/como sustenta a casa? _____

Renda mensal aproximada: _____

Características da sua casa:

A casa é de: () madeira () material () mista

Nº de quartos: ____ Nº total de peças ____

Na sua casa tem:

Água encanada? () sim () não

Luz elétrica? () sim () não

Esgoto? () sim () Não

Apêndice G – Entrevista sobre Gestação, Parto e Maternidade

ENTREVISTA SOBRE GESTAÇÃO, PARTO E MATERNIDADE (ADAPTADA DE GIDEP/NUDIF - 2003)

Participante: _____ Idade: _____ Idade do bebê: _____ Data: __/__/____ Entrevistador: _____
--

I. Eu gostaria que tu me falasses um pouco de ti e do pai do bebê.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Como tu e o pai do bebê se conheceram?
2. Em que momento da tua vida/da vida do casal aconteceu a gravidez?

II. Eu gostaria que tu me falasse sobre a gravidez.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

3. Esta foi a tua primeira gravidez? Foi uma gravidez planejada?
4. Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?
5. Como o teu companheiro recebeu a notícia da gravidez?
6. Como a tua mãe recebeu a notícia da gravidez?
7. Como te sentiste durante a gravidez em termos físicos? E emocionais (vontade de chorar, irritabilidade, tristeza/alegria)?
8. Houve alguma complicação durante a gravidez? Como foi?
9. Houve algum evento estressante durante a gravidez?
10. Tu realisti pré-natal? Como foi?
11. Como era a equipe de saúde que te atendeu ao longo do pré-natal?
12. Como era teu relacionamento com os profissionais da equipe?
13. Tu tinhas um hospital de referência para o parto? Conheceu o hospital antes do parto?
14. Preparou-te de alguma maneira, durante a gravidez, para o trabalho de parto? (Ex. exercícios físicos, respiratórios...)?
15. Tu participaste de algum curso de preparação para o parto?
16. Tu tinhas preferência pela via de parto (via vaginal ou cesárea)? Por quais motivos?
17. Que preocupações tu tinhas em relação a ti como mãe durante a gravidez?
18. E o teu companheiro? Ele te apoiou durante a gravidez? Como (o que ele fazia)?
19. Alguma coisa mudou no jeito de ser dele com a gravidez?
20. Alguma coisa mudou no relacionamento de vocês com a gravidez?
21. Como foi o apoio da tua mãe durante a gravidez?
22. Tu já tiveste outra gravidez? *(Caso tenha tido:)* Como foi a tua outra experiência de gravidez? O que aconteceu? Como tu te sentiu?

II. Eu gostaria que tu me falasse sobre o parto e os primeiros dias com o bebê.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

23. Quais foram os sinais de que tu estavas entrando em trabalho de parto?
24. Como foi o trabalho de parto? Onde você estava? Com quem? Lembra quanto tempo durou o trabalho de parto?
25. Como tu imaginavas que seria o parto e como foi? Correspondeu às tuas expectativas?
26. Quais sentimentos e pensamentos tu vivenciou ao longo do parto?
27. Tu recorreste a algum método para alívio da dor? (anestesia, relaxamento, respiração, massagem)?
28. Tu lembras quais foram as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde? Pediram teu consentimento ou explicavam antes de realiza-las?
29. Tu consideras que todas intervenções/procedimentos realizados pela equipe eram realmente necessários?
30. Em que posição (s) você ficou durante o trabalho de parto e durante o parto?
31. Como eram as instalações físicas do hospital?
32. Como era o ambiente onde tu ficaste em trabalho de parto e parto? Tinham outras mulheres em trabalho de parto ou parindo?
33. Como foi o atendimento dos profissionais de saúde?
34. A tua privacidade e as tuas escolhas foram respeitadas pelos profissionais de saúde?
35. Tu tiveste acompanhante da tua escolha durante o parto? Quem era?
36. A presença do acompanhante foi útil? De que maneira vocês interagem?
37. Sente-se satisfeita com a forma como decorreu o trabalho de parto e o parto?
38. Pensando em todo processo que tu passaste: o que poderia ter sido diferente e o que tu gostarias que fosse igual?
39. Você acha que a sua experiência do parto interferiu de alguma forma na sua relação com seu bebê?
40. Como foi teu primeiro encontro com o bebê? Teve contato com o bebê logo depois do parto?
41. O bebê mamou logo depois do parto?
42. Como foram os primeiros dias após o parto? Foi como tu imaginavas? O que te agradou e desagradou?
43. Como te sentiste como mãe nos primeiros dias após o nascimento do bebê?
44. Que preocupações tu tiveste em relação a ti como mãe nesses primeiros dias?
45. Que preocupações tu tiveste em relação ao bebê nesses primeiros dias?
46. Como foi a amamentação nesses primeiros dias? O bebê mamou no peito? Como era o ritmo das mamadas?
47. Teve alguma dificuldade com a amamentação?
48. Que orientações tu recebeste da equipe de saúde sobre a amamentação?

III. Eu gostaria que tu me falasse sobre o teu dia-a-dia com o bebê.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

49. Como tu descreverias o jeito do teu bebê? Como é lidar com ele?
50. Era como tu imaginavas? (*se não era*) O que está diferente?
51. Como tu vêes a comunicação entre vocês dois?
52. Tu sentes que já é possível entender o que ele expressa?
53. O que é mais fácil e mais difícil de entender? Como tu sabes que entendeste o teu

bebê?

54. Tu percebes se teu bebê tem choros diferentes (dor, fome, sono, manha)? Como é para ti escutar o choro do teu bebê? O que tu costumavas fazer quando teu bebê está chorando? Como te sentes?
55. Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados com o bebê? Como tu te sentes?
56. O que tu achas que mais agrada ao teu bebê quando ele está contigo? Por quê?
57. E o que mais o desagrada? Por quê?
58. Tu costumavas brincar com o bebê? Com que frequência? Do que vocês brincam?
59. Como ele reage a essas brincadeiras? Como te sentes?

IV. Eu gostaria que tu me falasse um pouco sobre como está sendo a experiência de ser mãe pela primeira vez.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

60. Como tu estás te sentindo como mãe?
61. O que mais te agrada em ser mãe?
62. E o que é mais difícil para ti?
63. Em alguns momentos te sentes mais preocupada com o bebê? Quais?
64. Tu imaginavas que seria assim? Como tu te sentes?
65. O que mudou para ti agora que és mãe?
66. Alguma coisa mudou no teu relacionamento com tua mãe e teu pai? Como te sentes?
67. Como tu te vês ou te descreves como mãe?
68. Como as pessoas te vêem como mãe?

V. Eu gostaria que tu me falasse como tu estás vendo o teu companheiro como pai.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

69. Como é o jeito dele lidar com o bebê?
70. Como tu achas que ele está sendo como pai? Esta sendo como tu imaginavas?
71. Ele participa dos cuidados do bebê? Como? Que atividades ele realiza com o bebê? Te sentes satisfeita com isso?

VI. O bebê foi para a creche?

(Caso não tenha mencionado e se o bebê foi para a creche)

72. Com que idade? Como tu te sentiste? Tu tiveste alguma dificuldade nesse período?
73. Quantas horas ele ficava na creche? Quantas horas ele fica agora?
74. Como foi a adaptação dele? Ele apresentou alguma dificuldade?
75. Por que vocês escolheram colocar na creche?

(Caso o bebê não tenha ido para a creche):

76. Vocês estão pensando em colocar o bebê na creche?
77. Quando? Por que escolheram colocar (ou não colocar) na creche?
78. Como tu achas que ele vai reagir?
79. Como tu achas que tu vais te sentir?

VII. Como é/foi a amamentação do bebê?

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

80. Como está a amamentação atualmente? O (nome do bebê) mama no peito ou toma mamadeira?
81. Além do peito, tu precisaste complementar a amamentação com algum produto (leite em pó)? Se sim, em que momento tu usou o complemento?
82. (caso não mame no peito) Com que idade o bebê parou de mamar no peito? Qual foi o motivo?
83. Como ele reagiu? E tu, como tu te sentistes?
84. Como você se sente/sentia ao dar de mamar para o bebê? Você ficou satisfeita com essa experiência de amamentação?

Apêndice H – Glossário de Termos Técnicos

GLOSSÁRIO

Amniotomia: ruptura cirúrgica das membranas fetais; possui como consequência a aceleração do parto.

Anóxia: ausência de oxigênio nos tecidos.

Ausculta: exame onde o profissional escuta os ruídos internos do organismo e procura interpretá-los.

Clampeamento do cordão umbilical: compressão do cordão umbilical com pinça cirúrgica.

Enema: introdução de fluído no interior do reto para promover uma evacuação de fezes.

Episiotomia: incisão cirúrgica no interior do períneo e na vagina, para propósitos obstétricos.

Fórceps obstétrico: instrumento obstétrico que serve para extrair o feto do útero.

Hemostasia: conjunto de mecanismos pelos quais se mantêm o sangue fluido dentro do vaso, contendo hemorragia.

Ocitocina: hormônio que possui a capacidade de provocar a contração uterina, podendo ser usado para acelerar o trabalho de parto.

Manobra de Kristeller: aplicação de pressão na parte superior do útero, com o objetivo de facilitar a saída do bebê.

Partograma: representação gráfica da evolução do trabalho de parto.

Pelvimetria: conjunto de medidas que dão a forma e dimensões da pelve

Posição de litotomia: a pessoa se deita sobre as costas, com as pernas sobre as costas, com as pernas bem separadas, as coxas bastante flexionadas sobre o abdômen e as pernas sobre as coxas.

Posição supina: a pessoa se deita sobre as costas, com pernas e braços estendidos, com abdômen e face voltados para cima.

Tricotomia: raspagem pré-operatória dos pelos de uma determinada parte do corpo.