



Percepção de primíparas acerca da violência obstétrica

Perception of primiparous women about obstetric violence

Percepción de mujeres primíparas sobre la violencia obstétrica

Núbia Maria Figueiredo Dantas¹, Cecília Danielle Bezerra Oliveira², Danielle Chianca de Moraes Mendonça Rodrigues², Lucilla Vieira Carneiro Gomes², Jessika Lopes Figueiredo Pereira Batista³.

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção de primíparas acerca da violência obstétrica. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. A amostra foi composta por 11 primíparas. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, através de um roteiro elaborado pelas pesquisadoras, com questões subjetivas, sendo estas submetidas à análise temática de conteúdo. **Resultados:** Entre as situações de violência obstétrica foram identificadas dor durante os exames de toque, bem como exames excessivos, realização de manobra de Kristeller, episiotomia, rompimento da bolsa, proibição de acompanhante e consequências da violência obstétrica. **Conclusão:** Foi possível observar que a assistência recebida pelas primíparas foi marcada por práticas que caracterizam a violência obstétrica. Enfatiza-se a real necessidade de divulgação entre os próprios profissionais da saúde acerca das boas práticas em saúde durante pré-natal, parto e pós-parto, além do direito que as mulheres têm de se empoderar sobre o assunto e, assim, não serem futuras vítimas desse agravo.

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Obstetrícia, Violência.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perception of primiparous women about obstetric violence. **Methods:** This is an exploratory, descriptive field research with a qualitative approach. The sample consisted of 11 primiparous women. Data were collected through a semi-structured interview, using a script prepared by the researchers, with subjective questions, which were submitted to thematic content analysis. **Results:** Among the situations of obstetric violence, pain during digital examinations was identified, as well as excessive examinations, performing the Kristeller maneuver, episiotomy, rupture of the water, banning a companion and consequences of obstetric violence. **Conclusion:** It was possible to observe that the assistance received by primiparous women was marked by practices that characterize obstetric violence. It emphasizes the real need for dissemination among health professionals themselves about good health practices during prenatal, childbirth and postpartum, in addition to the right that women have to empower themselves on the subject and, thus, not to be future victims of this grievance.

Keywords: Women's Health, Obstetrics, Violence.

¹ Escola de Saúde Pública, Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba (ESP/SES/PB), Cajazeiras - PB.

² Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB), João Pessoa - PB.

³ Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la percepción de mujeres primíparas sobre la violencia obstétrica. **Métodos:** Se trata de una investigación de campo, exploratoria, descriptiva, con enfoque cualitativo. La muestra estuvo conformada por 11 mujeres primíparas. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista semiestructurada, utilizando un guión elaborado por los investigadores, con preguntas subjetivas, que fueron sometidas al análisis de contenido temático. **Resultados:** Entre las situaciones de violencia obstétrica, se identificó dolor durante los exámenes digitales, exámenes excesivos, realización de la maniobra de Kristeller, episiotomía, ruptura del agua, prohibición de acompañante y consecuencias de la violencia obstétrica. **Conclusión:** Fue posible observar que la asistencia recibida por las primíparas estuvo marcada por prácticas que caracterizan la violencia obstétrica. Enfatiza la real necesidad de difusión entre los propios profesionales de la salud sobre buenas prácticas de salud durante el prenatal, parto y posparto, además del derecho que tienen las mujeres de empoderarse sobre el tema y, así, no ser futuras víctimas de este agravio.

Palabras clave: Salud de la Mujer, Obstetricia, Violencia.

INTRODUÇÃO

No ano de 2000, foi instituído o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com o intuito de garantir acesso, cobertura e qualidade durante a atenção prestada no pré-natal e nos processos parturitivo e puerperal. A humanização, de acordo com o PHPN, compreende o acolhimento digno da tríade mulher-bebê-familiares por parte das instituições de saúde e incorporação de medidas e procedimentos benéficos para o parto e nascimento, evitando condutas que prejudiquem a saúde do binômio mãe-filho (BRASIL, 2002).

No entanto, apesar da grande propagação da necessidade de humanização durante esse ciclo, ainda se observa a conduta dominadora por parte do profissional de saúde, dando margem a condutas violentas que acabam ferindo os direitos da mulher e transformando esse momento em algo traumático (CORDEIRO RM, et al., 2022). A violência obstétrica pode ser ocasionada em qualquer, ou em todos os momentos do processo de parturição. É compreendida como violência institucional, estrutural, simbólica e/ou cultural exercida por profissionais de saúde que envolva o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, por meio de um cuidado desumanizado, medicalizado, com ações intervencionistas abusivas, tornando patológicos os processos naturais (CARVALHO BF, et al., 2021).

Segundo a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017), sendo a gravidez e o parto momentos que transportam um turbilhão de sensações e sentimentos, a experiência vivenciada pelas mulheres nesses momentos pode provocar consequências positivas ou negativas permanentes em suas vidas. Dentre as consequências provocadas a partir da violência obstétrica estão a depressão pós-parto, a recusa da amamentação, esquiva de assuntos relacionados à gestação e parto, problemas em exercer sua sexualidade, entre outros (ASSIS KG, et al., 2021).

Portanto, considerando a problemática referente à violência obstétrica e o desconhecimento da mesma por grande parte das mulheres, percebeu-se a necessidade do desenvolvimento da pesquisa, surgindo assim, a seguinte questão norteadora: Qual a percepção de primíparas acerca da violência obstétrica? Assim, devido a esse agravio representar um grave problema de saúde, a presente pesquisa se justifica pela visibilidade que se deve dar ao tema, para que os profissionais envolvidos na assistência durante o ciclo gravídico-puerperal desenvolvam um cuidado mais humanizado, digno às mulheres, e que estas tornem-se mais conhecedoras do assunto e seguras para falar e agir quando seus direitos forem desrespeitados. Desse modo, o estudo objetivou analisar a percepção de primíparas acerca da violência obstétrica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de campo, de caráter exploratório, descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido em um município situado no interior do estado da Paraíba. A execução do estudo, de forma mais precisa, ocorreu nos domicílios das participantes cadastradas nas Estratégias Saúde da Família (ESF).

A população foi constituída por 120 primíparas, porém a amostra constituiu-se por 11 primíparas, que aceitaram participar da pesquisa e que se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão, assim como por critério de saturação dos dados. Dentre os critérios de inclusão estavam, primíparas com idade igual ou superior a 18 anos, cadastradas nas ESF localizadas na zona urbana e que tiveram seu filho por meio de parto vaginal. Foram excluídas do estudo primíparas que tiveram filho há mais de um ano, histórico de gestação anterior interrompida decorrente de um aborto ou uma perda fetal e que não tinham capacidade de comunicação e compreensão preservadas.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, através de um roteiro elaborado pelas pesquisadoras. O mesmo foi construído a partir das “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal” e do documento “Violência Obstétrica: Parirás com dor” (BRASIL, 2017; REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). O instrumento de coleta de dados foi composto questões norteadoras que buscaram investigar a percepção de primíparas acerca da violência obstétrica, como seu entendimento, a ocorrência e consequências dessa violência.

Posteriormente, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cajazeiras, por intermédio da Plataforma Brasil, e após aprovação, com parecer de nº 3.329.742 e CAAE 12027519.7.0000.5575, iniciou-se a coleta de dados. Para preservação do anonimato das participantes, foi utilizado o código alfanumérico com a letra E. A análise das informações baseou-se na técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (BARDIN L, 2011).

RESULTADO E DISCUSSÃO

As participantes ao serem questionadas sobre o que significa violência obstétrica, percebeu-se uma dificuldade destas em relatar sobre o assunto, demonstrando pouco esclarecimento, no entanto, foi possível identificar duas definições. Desse modo, emergiu a categoria “Entendimento sobre violência obstétrica”, dividida em duas subcategorias, demonstradas a seguir:

Desrespeito à autonomia da mulher

A partir do relato de quatro participantes evidenciou-se que a violência obstétrica corresponde a falta de respeito quanto a decisão da mulher sobre o seu parto.

“Pra mim, a violência obstétrica é quando, é... a mãe, ela não tem o poder de decidir como vai ser o parto dela [...]”. (E1)

“Violência obstétrica pra mim é... quando... a pessoa quer ter um parto, sabendo que você tem condições de ter normal e eles querer operar você sem você querer”. (E2)

“É quando eles não respeitam a nossa vontade, eu acredito que seja isso”. (E3)

“[...] muita gente me dizia assim que eles num ligava... E que num perguntava nada, só ia e fazia”. (E4)

Percebe-se que mesmo as mulheres apresentando dificuldades para relatar sobre o que significa ser violência obstétrica, as mesmas conseguiram descrever uma situação que caracteriza esse tipo de violência, que é o desrespeito aos seus direitos, a sua autonomia, por meio da falta de esclarecimento e consentimento da paciente.

As falas das participantes E1 e E2 enfatizam bem a realidade do Brasil, que na maior parte dos casos as mulheres não têm o direito de decidir como se dará seu parto. Desse modo, muitas das indicações de cesáreas que são realizadas na obstetrícia brasileira não possuem respaldo na literatura científica, logo, esse cenário associa-se a maiores riscos para a saúde materna e infantil. Para a parturiente aumentam o risco de hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, complicações anestésicas. E para o recém-nascido (RN) há maiores chances de ocorrer prematuridade, problemas respiratórios, icterícia fisiológica, entre outros (VICENTE AC, et al., 2017).

Além disso, é importante ressaltar que muitos procedimentos são realizados sem serem informados ou esclarecidos de suas necessidades a mulher, como relatado por E4. Os profissionais de saúde e as próprias mulheres ainda não reconhecem o direito que estas possuem para escolha e recusa informada, o que resulta em maior submissão destas as situações que caracterizam violência obstétrica. Somado a isso, a relação de poder estabelecida entre a gestante e a equipe de profissionais interfere na preservação da decisão e escolha da mulher (LANSKY S, et al., 2019).

Violência Psicológica

Conforme o relato de três participantes constatou-se que a violência obstétrica para elas representa um impacto emocional, devido a fragilidade do momento e necessidade de apoio emocional.

“[...] violência obstétrica é quando acaba ferindo você, o seu... porque ali é um momento delicado, tem toda delicadeza, toda gestação é delicada, né, qualquer coisa fere você[...]” (E5)

“[...] acho que essa parte não só, ... uma coisa física, mas também uma coisa psicológica.”(E6)

“[...] às vezes porque a pessoa tá assim sofrendo, com dor demais, aí a pessoa chora, grita, aí eles fica com raiva porque num é pra fazer isso, quer que fique quieta, que é pra aguentar.” (E7)

Nesta subcategoria as mulheres já tratam da violência obstétrica como uma situação de cunho psicológico. De acordo com a fala de E5 o parto corresponde a um momento delicado na vida da mulher, além de que cada uma reage de um jeito diferente, como complementado pela fala de E7. No entanto, alguns profissionais não agem de forma acolhedora e paciente frente a esta situação, dando margem a ocorrência da violência, a exemplos de atos de insensibilidade, ignorância e expressões indevidas.

Em alguns estudos foram identificados que as mulheres tiveram seus sentimentos desconsiderados, bem como foram tratadas de forma grosseira pelos profissionais de saúde. Assim, a prática de um atendimento desumano durante o parto baseado em tratamentos que reprimam a mulher constitui situação degradante para as gestantes, tornando, desse modo, a experiência do ‘parir’ traumática e negativa (SILVA DLV et al., 2017).

É desalentador quando se veem profissionais desenvolvendo práticas como essas, quando deveriam ser amparo e aconchego para as mulheres. É perceptível o paradoxo existente na atuação dos profissionais de saúde, os quais deveriam ser responsáveis por repassarem confiança e segurança entre as mulheres durante o parto, acabam por desconsiderarem o protagonismo da mulher neste momento.

A evidência desse paradoxo reflete a deficiente formação destes, bem como a falta de habilidade e controle emocional para garantir assistência digna e de qualidade para as mulheres durante trabalho de parto e parto (KOPERECK CS, et al., 2018).

As participantes do estudo foram questionadas se as mesmas identificavam ter passado por situações que caracterizassem violência obstétrica. E mesmo tendo vivenciado esta violência, algumas responderam que não, e só se teve conhecimento de tudo que foi vivenciado por elas quando a pesquisadora pediu para que detalhassem sobre o trabalho de parto e parto. Muitas das mulheres vivenciaram mais de um tipo de situação que caracteriza esse tipo de violência. Desse modo, surgiu a Categoria “Vivenciando a violência obstétrica”, dividida em cinco subcategorias, apresentadas a seguir.

Exames de toque dolorosos e desnecessários

O exame de toque vaginal repetido, doloroso e em curto intervalo de tempo, foi vivenciado por cinco das mulheres entrevistadas, sendo posto como ação desagradável e constrangedora.

“Aí... com isso, fez mais exame de toque, acho que foi bem uns oito exame de toque, se eu não me engano”. (E8)

“[...] Aí eu não quis o médico dentro da sala comigo porque eu achei que o médico tava judiando demais, comigo. Que toda hora ele vinha fazer o toque, e o toque dele doía demais, das enfermeira não doía quanto o dele”. (E2)

“Fez ainda no hospital dois exames de toque. Olhe: uma monstruosidade!... ele e a enfermeira obstetra... dois ogros. Caberia violência obstétrica, né? Dois ogros!”. (E6)

“Ele só pediu pra mim deitar... só que eu nunca tinha feito né um exame de toque, ele podia pelo menos ter dito como era pra ficar ou então a enfermeira. Ele já fez o exame de toque, só que eu não gostei muito que eles não me explicaram, e machucou bastante”. (E9)

“[...] os exame de toque ele faz como se fosse assim com raiva, sabe”. (Petúnia)

Uma manobra que se tornou corriqueira na prática obstétrica durante o exame de toque é a redução manual do colo do útero que objetiva fazer com que o trabalho de parto aconteça de forma mais rápida, no entanto, é algo que causa muita dor.

E geralmente é realizada sem o conhecimento e consentimento da paciente, além do perigo que pode causar ao binômio mãe-filho (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

A partir disso, pode-se fazer uma relação com as situações sofridas pelas mulheres, enfatizadas pelas falas das mesmas, ao relatarem o quanto sentiram dor diante esse exame. E ainda de acordo com as participantes E8 e E2, o procedimento foi realizado de maneira indiscriminada.

Percebe-se, portanto, a falta de preparo técnico dos profissionais quanto a realização do exame de toque, o qual é justificado como sendo de finalidade didática e não sendo precedido por meio de fundamentos teóricos.

Manobra de Kristeller

Outra prática rotineira realizada para acelerar o trabalho de parto constitui a efetivação da manobra de Kristeller. Esta manobra foi identificada na fala de três mulheres, sendo caracterizada por estas como algo doloroso, mas que ajudou no nascimento do seu bebê, o que ressalta o pouco conhecimento destas mulheres frente à identificação de práticas violentas.

“[...] tinha as enfermeira lá também, aí elas me ajudaram, assim... empurrou minha barriga, empurrando, pra poder a criança nascer [...]”. (E8)

“[...] aí foi no momento que ela subiu no banquinho e colocou a força, toda a força dela no braço, é, pressionando minha barriga pra baixo. Essa parte, é... doeu muito, realmente é muito chata”. (E1)

“Às vezes elas reclama, sobe em cima da pessoa, que nem fizeram isso em mim”. (E7)

A manobra de Kristeller é realizada com a finalidade de agilizar o processo de expulsão do bebê do canal vaginal e consiste na realização de pressão na parte superior do útero com a mulher em posição litotômica.

Algumas consequências podem ocorrer em decorrência da manobra, como fratura materna de costelas, descolamento de placenta, trauma abdominal e trauma cerebral no bebê (OLIVEIRA LGSM e ALBUQUERQUE A, 2018). Por esta razão, a manobra atualmente não é mais indicada pela comunidade científica, porém, ainda assim, é realizada na prática obstétrica, fato comprovado a partir das falas.

Dentre as participantes, E8 trata na sua fala que essa manobra ajudou no nascimento de sua criança, corroborando com um estudo realizado com primíparas em uma maternidade do Rio de Janeiro, em que a maioria não identificou esse tipo de procedimento como violência obstétrica, sendo relatado por apenas duas das entrevistadas, um número bem reduzido, indicando que a manobra de Kristeller não é percebida como violência na grande maioria dos casos (CARVALHO TPM e ARAÚJO CLF, 2018).

Episiotomia

Na fala de duas das mulheres entrevistadas foi possível identificar a ocorrência da episiotomia, retratada por E8 como “corte”. A episiotomia trata-se de uma prática rotineira na atenção obstétrica e que caracteriza violência obstétrica.

“[...]e fizeram aquele corte, num tem, que faz. Fizeram o corte em mim, também.”. (E8)

“[...] aí a enfermeira fez o meu parto e só chamou ele na hora de cortar. Aí eu fui cortada, levei, quatro pontos. Mas só que eles falavam que eu só tinha levado um ponto, mas não foi, foi quatro ponto”. (E2)

Os riscos associados à episiotomia são dor no pós-parto, hemorragia, edema, quadro de infecções, extensão da lesão, deiscência, dor durante as relações sexuais, surgimento de abscesso. Mesmo com a existência de evidências que comprovem tais riscos, a episiotomia é um dos procedimentos geralmente realizados sem que as mulheres sejam informadas e, portanto, sem o consentimento destas. Diante disso, observa-se a necessidade de obtenção do consentimento prévio das mulheres para proceder com a prática, já que a mesma traz consequências para toda a vida, bem como provoca o surgimento de cicatrizes (SANTOS KFL, et al, 2021).

A partir fala de E2 em que ela afirma que a enfermeira foi a responsável por conduzir todo o parto e que a mesma convocou o médico apenas no momento de realizar a episiotomia, comprova-se a realização desta prática de maneira rotineira e sem embasamento teórico-científico. Além disso, ainda em sua fala, ela relata que não foi informada sobre a quantidade real de pontos realizados durante a sutura, o que demonstra a falta de respeito em divulgar informações inverídicas sobre os procedimentos realizados no próprio corpo da mulher.

Rompimento artificial da bolsa amniótica

A partir das falas de duas participantes, foi identificado que houve o rompimento artificial da bolsa amniótica, que é retratado como amniotomia, que consiste em violência física na prática obstétrica.

“[...] ele disse que ia estourar minha bolsa, aí estorou a bolsa”. (E8)

“[...] lá eles... o médico colocou um... um negócio lá na pessoa, tipo uma... acho que é um bisturi, eu num sei o que era. E estorou a bolsa, aí quando estorou a bolsa, eu voltei de novo pra sala do pré-parto”. (E9)

De acordo com Messias S et al. (2018), também foi identificado em sua pesquisa com primíparas a realização da amniotomia, sem o esclarecimento das pacientes, corroborando com a fala da participante E8, em que o profissional informou que iria realizar o procedimento, no entanto, não a esclareceu sobre o mesmo.

Não existem evidências científicas de que a amniotomia diminua o tempo de duração do primeiro estágio do trabalho de parto. Além disso, não há dados consistentes na literatura que possam determinar o melhor momento de realizar o rompimento artificial da bolsa amniótica para acelerar a dilatação uterina. Portanto, este procedimento não é recomendado como parte dos cuidados de qualidade para as mulheres em trabalho de parto (BRASIL, 2017; ALCÂNTARA NA e SILVA TJP, 2021).

Os efeitos adversos associados à amniotomia são risco aumentado de infecção se o trabalho de parto não ocorrer imediatamente. A ruptura de membranas também pode aumentar a transmissão vertical de infecções maternas específicas, como a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), além de acidente de cordão (BRASIL, 2002).

Proibição de acompanhante

A ausência de acompanhante durante o parto, que ocorre na maioria das vezes por imposição da instituição, constitui uma das formas de expressão da violência obstétrica vivenciadas por quatro, das mulheres entrevistadas.

“[...] aí me levou, entrei sozinha, minha sogra ficou do lado de fora esperando”. (E8)

“[...] ao entrar na sala do parto, a minha acompanhante, que foi minha mãe, ficou lá fora aguardando, do outro lado da porta”. (E1)

“Aí meu marido tava tentando entrar, mas não conseguiu”. (E3)

“Acompanhante foi uma questão assim... porque... é direito nosso que o pai... esteja lá, né, mas só deixaram ele olhar no horário de visita”. (E6)

As pesquisas apontam que a presença de um acompanhante no parto proporcionou diversos benefícios para o binômio mãe-filho, e desde 1985 a OMS recomenda que a mulher tenha esse acompanhamento. Dos benefícios apresentados estão, diminuição do tempo de trabalho de parto, sentimento de confiança, controle e comunicação, menor necessidade de medicação ou analgesia, menor necessidade de parto operatório, menores taxas de dor, pânico e exaustão, menores escores de Apgar abaixo de sete, aumento dos índices de amamentação, entre outros (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Portanto, diante de tantos benefícios comprovados da intervenção simples que é a presença de um acompanhante para a mulher em trabalho de parto e parto, não existem justificativas sólidas para impedir a entrada e a permanência do acompanhante. No entanto, para as entrevistadas da pesquisa, esse direito não foi respeitado, e houve desse modo, o descumprimento da Lei nº 11.108/ 2005. Esta lei garante o direito à parturiente em possuir um acompanhante, indicado pela mesma, durante todo o processo que envolve o parto, ou seja, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005). Diante das situações vivenciadas, percebeu-se que o parto deixou marcas nestas mulheres e influenciarão de certa forma suas gestações futuras e o modo como desejam parir, dessa forma, emergiu a categoria a seguir:

Consequências da violência obstétrica

“[...] eu não tenho vontade mais de ter filho não porque, justamente eu tenho medo de passar pela... pela mesma coisa que eu passei e principalmente pela dor do parto, que é muito forte.” “...Pretendo assim o cesáreo pra não sentir muita dor e não passar pelo o que eu já passei”. (E8)

“[...] eu pretendo [ter filhos], mas não agora... ainda tô um pouquinho meio abalada com o parto”. (E9)

“[...] minha preferência é por parto cesariana...”. “Acho que é um parto assim mais, mais tranquilo”. (E10)

A partir das falas das primíparas, observa-se que o parto deixou marcas negativas, fazendo-as adiar uma próxima gestação e modificar o pensamento sobre o parto vaginal, tendo como nova forma de escolha o parto cesáreo. Resultados semelhantes foram obtidos em uma pesquisa realizada em Alagoa Grande, na Paraíba, onde as mulheres entrevistadas relataram sentimento de medo em gerar um novo filho (SILVA DLV et al., 2017).

É importante ressaltar que existem estudos no Brasil que chegaram a conclusão que a rotina de intervenções dolorosas e desnecessárias no parto correspondem a fatores que acarretam o elevado índice nacional de depressão pós-parto (DPP). Este agravo apresenta um imenso impacto social no mundo, pois corresponde a uma doença grave, podendo desencadear consequências incapacitantes. A DPP desenvolve-se principalmente em primíparas que nutrem o pensamento de que são incapazes de cuidarem do filho, e isso é ainda mais corriqueiro quando estas fazem parte de um núcleo familiar instável ou que vivenciaram complicações na gravidez ou parto (LANSKY S, et al., 2019; FONSECA SC, et al., 2015).

Neste cenário, verifica-se um grande despreparo dos profissionais de saúde frente à assistência obstétrica, no que concerne ao respeito humano devido à parturiente, o que acaba por influenciar em gestações futuras e na própria saúde do binômio mãe-filho (LANSKY S, et al., 2019).

CONCLUSÃO

A assistência recebida pelas primíparas foi marcada por práticas que caracterizam a violência obstétrica. O desconhecimento do cenário que envolve este tipo de violência, a falta de fornecimento de informações básicas durante o período de assistência por parte dos profissionais e as consequências destas condutas influenciaram na compreensão que a violência obstétrica tem correspondido a um grave problema que ocorre rotineiramente nos serviços de saúde. Percebeu-se a preocupante naturalização da violência obstétrica, e mesmo sendo o parto algo natural e inerente à condição humana, ainda há um intenso despreparo dos profissionais de saúde para lidar com tal evento, o que reflete déficit na formação destes profissionais. Assim, percebe-se a necessidade de as instituições formadoras reverem a forma de ensino compartilhado durante a formação de profissionais, destacando a necessidade de discussão e reformulação do cuidado obstétrico destinado às mulheres no trabalho de parto e parto, como forma de produzir implicações positivas no pós-parto.

REFERÊNCIAS

1. ALCÂNTARA NA e SILVA TJP. Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento de risco habitual. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2021; 21: 761-771.
2. ASSIS KG, et al. Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. *Psicologia Argumento*, 2021; 399(103): 135-157.
3. BARDIN L. Análise de conteúdo. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acessado em: 8 de novembro de 2022
5. BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de Abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acessado em: 8 de novembro de 2022.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acessado em: 29 de outubro de 2022.
7. CARVALHO BF, et al., Violência obstétrica: fatos relatados na prática e os impactos na vida da mulher. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(8): e8610.
8. CARVALHO TPM e ARAÚJO CLF. Percepção das puérperas de parto normal sobre violência obstétrica. *Enfermagem Brasil*, 2018; 17(6): 619-626.
9. CORDEIRO RM, et al. O papel da enfermagem na assistência à parturiente que sofre violência obstétrica: revisão narrativa. *Scientia Generalis*, 2022; 3(2): 96-104.
10. FONSECA SC, et al. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa? *Rev Bras de Saúde Materno Infantil*, 2015; 15(2): 209-217.
11. KOPERECK CS, et al. A violência obstétrica no contexto multinacional. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 2018; 12(7): 2050-2060.
12. LANSKY S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2019; 24(8): 2811-2823.
13. Messias S, et al. Violência obstétrica: experiências de puérperas primíparas em uma maternidade pública. *Ciencia, Cuidado e Saude*, 2018; 17(1).
14. MINAYO MCS, et al. Pesquisa social: teoria, criatividade e método. 34° ed. Editora Vozes, 2015.
15. OLIVEIRA LGSM e ALBUQUERQUE A. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. *Revista CEJ*, 2018; 22(75): 36-50.
16. REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica: "Parirás com dor". Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Senado Federal. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acessado em: 6 de novembro de 2022.
17. SANTOS KFL, et al. Indicações, técnicas cirúrgicas e complicações associadas à episiotomia: síntese de evidências artigo de revisão. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021;4(5):23426-23439.
18. SILVA DLV, et al. Gravidez na adolescência: complexidade nos campos sociais e da saúde. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, 2022;3(2):1-7.
19. SILVA TS. et al. A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica. *Revista Ciência em Extensão*, 2017; 13(1): 176-189.
20. VICENTE AC. et al. Parto cesário e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. *Temas em Saúde*, 2017; 17(4): 24-35.