



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

ISABELLA TEREZINHA DE PAULA

**PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL VIVENCIADO EM UM HOSPITAL DE
PEQUENO PORTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Goiânia, 2023



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

ISABELLA TEREZINHA DE PAULA

**PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL VIVENCIADO EM UM HOSPITAL DE
PEQUENO PORTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho apresentado à disciplina de TCC III, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Enfermagem oferecido pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás).

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Eliane Liégio Matão

Goiânia, 2023

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer a Deus pela minha vida, por minha saúde e pela oportunidade de crescer e aprender. Em momentos de dificuldade, minha fé foi uma fonte constante de conforto e esperança.

Quero agradecer à minha mãe, Maria Augusta, cujo amor e apoio constante foram fundamentais para me manter focada e motivada. Sua sabedoria e encorajamento foram cruciais em momentos desafiadores. Cada conquista é um reflexo da sua dedicação e carinho.

Ao meu irmão, Paulo Augusto, agradeço por sua paciência e apoio. Sua compreensão e estímulo foram essenciais para alcançar esse objetivo.

Ao meu noivo, Flavio, expresso minha profunda gratidão. Seu apoio inabalável e compreensão foram verdadeiramente valiosos. Obrigado por acreditar em mim desde o início e por ser minha fonte constante de paz e inspiração.

Agradeço à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria Eliane Liégio Matão, por sua dedicação, organização e paciência. Agradeço por compartilhar comigo ensinamentos que levarei por toda a minha vida.

À minha amiga, Laura Nardini, que esteve ao meu lado durante todas as fases deste projeto, agradeço pela amizade sincera, pelos valiosos conselhos e pelo apoio emocional. Sua presença tornou essa jornada mais significativa e enriquecedora.

RESUMO

Introdução: o período gravídico puerperal é uma fase crucial na vida da maioria das mulheres e bebês, exigindo atenção especial para a saúde do binômio. Segundo a OMS, o papel dos profissionais de saúde no cuidado pré-natal vai além das questões técnicas e clínicas, estendendo-se à construção de uma relação de confiança e apoio para com as gestantes. Estabelecer vínculos sólidos entre a gestante e profissionais de saúde que seguem o pré-natal é de extrema relevância, visto que contribui para a criação de ambiente acolhedor, no qual dúvidas, medos e angústias são mais facilmente verbalizados pela usuária. A escuta qualificada e o retorno adequado por parte dos profissionais que a acompanham favorece que as orientações recebidas sejam mais bem compreendidas. Orientá-las continuamente é uma estratégia fundamental para reduzir as taxas de abandono do pré-natal. No entanto, na cidade de pequeno porte integrante da região metropolitana de Goiânia observou-se uma variação significativa no cumprimento das recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde. **Objetivo:** relatar a experiência de acadêmica de Enfermagem no acompanhamento obstétrico em município integrante da região metropolitana de Goiânia. **Aspectos Metodológicos:** trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado a partir da experiência traumática vivenciada por uma amiga com quem tenho convivência próxima. A revisitação de fatos, fotos e diálogos relacionados ao período gravídico puerperal dessa amiga favoreceu a lembrança dos acontecimentos. Também contribuiu para esse processo as frases iniciadas, que completadas, facilitaram a sistematização dos dados. Feita análise descritiva e comparativa com a literatura especializada. **Resultados:** foram retratados episódios que se configuram como violência obstétrica que se classificam nas modalidades verbal, física, psicológica e institucional. As ocorrências negativas vivenciadas repercutiram negativamente no desejo de novas experiências reprodutivas. **Considerações Finais:** a violência obstétrica ainda ocorre e fere a autonomia das mulheres em um momento de fragilidade. A insensibilidade dos profissionais durante a assistência obstétrica, contradiz as políticas de humanização do parto e nascimento.

Palavras-chave: Pré-natal. Parto. Violência obstétrica.

Lista de Siglas e Abreviaturas

AB	Atenção Básica
DPP	Depressão Pós-parto
EAS	Elementos Anormais do Seguimento
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
VO	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DA LITERATURA	9
3 OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GERAL	16
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	17
4.1 TIPO DE ESTUDO	17
4.2 COLETA DE DADOS	17
5 RESULTADOS	18
6 DISCUSSÃO	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

O período gravídico puerperal, compreendendo a gestação e o pós-parto, é uma fase crucial na vida da maioria das mulheres e bebês, exigindo atenção especial para saúde materna e infantil. Realizar o pré-natal é de suma importância porque, além de preparar a mulher para a maternidade, também tem como objetivo a prevenção e/ou detecção precoce de patologias e agravos (Brasil, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2017), o papel dos profissionais de saúde no cuidado pré-natal vai além das questões técnicas e clínicas, estendendo-se à construção de uma relação de confiança e apoio com as gestantes. Orientar as pacientes de maneira constante é uma estratégia fundamental para reduzir as taxas de abandono do pré-natal. Essa abordagem visa estabelecer vínculos sólidos entre a gestante e a profissional de saúde, permitindo uma compreensão efetiva das orientações recebidas.

A criação desses laços é crucial, pois contribui para um ambiente de cuidado mais acolhedor e receptivo. Quando a gestante confia na equipe é mais propensa a seguir as recomendações, comparecer às consultas regularmente e compartilhar eventuais preocupações ou dúvidas que possam surgir ao longo da gestação. Esse diálogo aberto e contínuo fortalece a parceria entre a profissional de saúde e a gestante, promovendo um cuidado mais personalizado e eficaz (Prata; Progiant; Pereira, 2012).

Além disso, é crucial respeitar as escolhas e tomadas de decisão da gestante. O diálogo centrado na paciente, onde suas opiniões e preferências são levadas em consideração, promove um ambiente de cuidado mais humanizado. Manter o respeito pela autonomia da gestante reforça a parceria colaborativa entre a enfermeira e a paciente, contribuindo para um processo de cuidado mais efetivo e centrado nas necessidades individuais de cada gestante (Brasil, 2017).

A violência obstétrica (VO) pode ser compreendida como ações que se apresentam de diversas formas no trabalho de parto e pós-parto. Vai além de ações físicas e verbais. Ela se estende ao desrespeito aos direitos reprodutivos e à autonomia da mulher durante o processo de parto. A não solicitação de consentimento informado, a ausência de explicação sobre procedimentos, a restrição de movimentos, a imposição de práticas desnecessárias e o não reconhecimento das escolhas da

parturiente são exemplos de como a violência obstétrica pode se manifestar (Andrade; Aggio, 2014).

Na cidade de pequeno porte integrante da região metropolitana na qual se deram os fatos retratados, existe variação significativa no cumprimento das recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS). Dito isso, este estudo reside na seguinte indagação: O período gravídico puerperal vivenciado em uma cidade de pequeno porte, integrante da região metropolitana de Goiânia, difere das recomendações do MS.

Diversos fatores podem contribuir para essas discrepâncias, incluindo aspectos socioeconômicos, culturais e estruturais específicos da localidade em questão. A falta de recursos, a escassez de profissionais de saúde capacitados, a presença de crenças culturais arraigadas e a limitada acessibilidade aos serviços de saúde podem influenciar diretamente na conformidade com as orientações do MS.

A preocupação com a adesão às recomendações do MS durante esse período é fundamental para assegurar boas práticas obstétricas e neonatais. Logo, conhecer essa realidade faz com que possam ser estabelecidas estratégias que venham a resolver essa lacuna.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A maternidade é um evento singular e marcante na vida da maioria das mulheres. São modificações complexas e individuais, que variam entre as mulheres e podem propiciar medos, dúvidas, angústias e é um aspecto que está também diretamente ligado a questões culturais (Piccinini *et al.*, 2008).

Medeiros (2019) destaca que entender a maternidade como construção cultural é simples se olharmos além e observarmos como ela é vivida de múltiplas maneiras, em diferentes culturas e lugares do mundo. Nesse período, qual seja, a gestação, devem ser observadas as tradições, valores e hábitos familiares que são transmitidos para a gestante. Como exemplo são percebidos com frequência crenças e hábitos alimentares. É, portanto, etapa de grande aprendizado para todos os que estão envolvidos na gestação.

Cada gestante responde de maneira particular à sua gestação. A gravidez provoca mudanças psicológicas, hormonais e físicas que preparam o corpo para gerar um novo ser. Tais alterações são fisiológicas, ou seja, induzidas pela gravidez, e promovem secreção hormonal para a manutenção e desenvolvimento da gestação, crescimento do abdome em razão do desenvolvimento do concepto, aumento das mamas como preparação para a lactação, entre outros (Medeiros, 2019).

Nem todas as mulheres vão apresentar as mesmas alterações na gestação, o que pode ser considerado desconforto para algumas pode não ser para outras. Cada gravidez traz mudanças diferentes, cada corpo reage de uma maneira distinta, por isso a importância de entender que cada gravidez, mesmo com suas alterações fisiológicas, ocorre de forma muito particular (Granchi, 2022).

No primeiro trimestre é comum observar alterações como náuseas, desconforto pélvico, desconforto gástrico. O crescimento do útero e a pressão que ele exerce sobre a bexiga contribuem para aumentar a frequência com que as grávidas urinam. A mudança no olfato e paladar também podem ser observados em algumas das gestantes. Essas alterações são provocadas devido às variações hormonais que ocorrem no período gestacional. No segundo trimestre, ocorre o crescimento do útero onde ele começa a ser perceptível no abdome, que conseqüentemente também começa a aumentar de tamanho provocando, assim, o aumento de peso devido ao líquido amniótico. Ao entrar no terceiro e último trimestre o útero e abdome continuam

aumentando cada vez mais e, embora uma grande parte das gestantes tenham a sensação de ter dificuldades para respirar durante toda a gravidez, é comum que nesse último período essa dispneia seja mais significativa. Mesmo sendo fisiológicas as alterações no corpo da gestante são necessárias ter um acompanhamento com o profissional (Brasil, 2013).

O Ministério da saúde (MS), com objetivo de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o país e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade no Brasil, instituiu a Rede Cegonha, que trabalha em parceria com as redes de saúde estaduais e municipais, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde e melhorar a qualidade da assistência oferecida. Entre as principais ações desenvolvidas pela rede estão o pré-natal de qualidade, o parto adequado e seguro, atenção ao recém-nascido e atenção humanizada às mulheres vítimas de violência sexual. A iniciativa é uma estratégia importante para alcançar as metas do Plano Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Brasil, 2013).

Os princípios da Rede Cegonha são humanização do parto e do nascimento; organização dos serviços de saúde enquanto rede de atenção à saúde (RAS); acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção; vinculação da gestante à maternidade; gestante não peregrina; realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (Brasil, 2013).

Em fevereiro de 2023, O Ministério da Saúde (MS) anunciou a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Com princípios semelhantes ao da Rede Cegonha, a Rami tem como objetivo assegurar às mulheres o direito de planejamento familiar, atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, e às crianças o direito ao nascimento seguro. A RAMI procurava atuar no aspecto de atenção ambulatorial para mulheres com riscos de agravos durante o período gestacional. Ela engloba a Rede Cegonha, fortalece os componentes que já existiam e cria novos para estimular a integralidade, a segurança e a qualidade do cuidado (Brasil, 2022).

A gestante deve procurar a unidade de atenção básica mais próxima da sua residência para começar o pré-natal o mais precocemente possível. Esse acompanhamento deve se iniciar assim que confirmada a gravidez. A partir de então, deve ser iniciado o acompanhamento especializado com o objetivo de garantir que a gestação transcorra de forma saudável, permitindo o nascimento de um bebê saudável, sem riscos para a saúde da mãe. Para isso, o acompanhamento pré-natal

deve abranger uma série de ações preventivas, educativas e de cuidado com a saúde, que visam assegurar o bem-estar (Brasil, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), quando a gravidez é classificada como de baixo risco o número adequado de consultas seria igual ou superior a seis, sendo intercaladas entre o médico e o enfermeiro. Essas consultas devem ser realizadas uma vez por mês até a 28^o semana de gestação. Depois desse período deve ser realizada de 15 em 15 dias até a 36^o semana de gestação e semanalmente a partir da 37^a semana de gestação (Brasil, 2013).

É de suma importância que a gestante continue a frequentar as consultas de pré-natal até o final da gestação, não havendo uma alta antes do parto. As visitas frequentes permitem que a equipe de saúde acompanhe de perto a saúde da gestante e do feto, identificando precocemente possíveis problemas e tomando as medidas necessárias para garantir um parto seguro e saudável (Brasil, 2013).

A primeira consulta de pré-natal deve ocorrer imediatamente após a confirmação da gravidez e essa consulta é fundamental para estabelecer a data provável do parto, orientar a gestante sobre a importância do uso de ácido fólico e realizar a marcação correta dos exames. É nesse momento que serão realizados os pedidos de exames laboratoriais que, em primeiro momento, são eles: hemograma completo; tipagem sanguínea; testes rápidos para diagnósticos de infecções; glicemia de jejum; elementos anormais do sedimento (EAS) e urocultura (Brasil, 2013).

Além disso, durante a consulta, as gestantes também recebem uma série de informações como: orientações sobre o caderno da gestante e para as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação. Deve-se informar à gestante a possibilidade de realizar uma visita ao serviço de saúde onde provavelmente se realizará o parto, orientar sobre vacinas, explicar a importância de manter uma alimentação saudável, da prática de atividades físicas, não uso de álcool, fumo e outras drogas (Oliveira, 2021).

Os fatores de risco deverão ser identificados e destacados na Caderneta da Gestante, uma vez que tal procedimento contribui para alertar os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento pré-natal, e que é de extrema importância o registro do estado nutricional, tanto no prontuário quanto na Caderneta da Gestante (Brasil, 2013).

Algumas mulheres são mais sensíveis em relação às mudanças que ocorrem nesse período. Durante a consulta de pré-natal todos esses sintomas devem ser passados para o médico ou enfermeiro, para que sejam avaliados se essa gestante se encaixa em pré-natal de alto risco ou para acompanhamento especializado. Devido aos desconfortos, alguns medicamentos estão disponíveis para reduzir os sintomas mais usuais que podem ocorrer durante a gravidez. Os profissionais de saúde contam com protocolos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) para o manejo de casos clínicos e orientam essas gestantes a realizarem mudanças no estilo de vida que podem ajudar a minimizar os sintomas (Brasil, 2013).

No momento das consultas o profissional deve permitir que a gestante expresse suas preocupações e angústias. É importante que a gestante se sinta acolhida e confiante na equipe de saúde, para que possa seguir todas as recomendações e cuidados necessários durante a gestação. Portanto, o acolhimento da gestante na atenção básica não se limita apenas à recepção da gestante, mas envolve uma série de cuidados que devem ser oferecidos de forma integral e humanizada, a fim de garantir uma gestação mais segura (Brasil, 2013).

Um fator importante é que, durante as consultas, deve ser abordado com a gestante e passadas as informações sobre a temática do parto. O Brasil é recordista em realizações de cesarianas pois, muitas vezes, as parturientes não recebem as orientações necessárias para que ocorra a possibilidade de escolha da via de parto (Fiocruz, 2014).

Depois de avaliados os fatores de risco, é necessário que seja respeitada a escolha da gestante, que pode ser evitar intervenções cirúrgicas, respeitar à privacidade no local do parto, esclarecer todas as dúvidas, que deve haver liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e que é indicado realizar o mais rápido possível o contato entre o recém-nascido e a parturiente. No caso da gestante assistida pelo SUS, deve-se resguardar o direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade de referência na qual será realizado seu parto e à maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal, em atenção à Lei n. 11.634, editada em 2007 (Brasil, 2005).

A OMS aponta que toda mulher tem direito a uma assistência digna e respeitosa, durante todo o período de gestação e parto, independentemente da

classe social ou nível educacional. Qualquer ato desrespeitoso, abuso ou maus tratos equivale a uma violação dos direitos fundamentais das mulheres (OMS, 2014).

A prática obstétrica brasileira tem uma pressa em provocar o nascimento do bebê, desconsiderando a autonomia das mulheres no processo de parir seu conceito. E isso tem início no pré-natal, em que as mulheres não são devidamente informadas sobre quais são as boas práticas no parto e nascimento e quais são os cuidados obstétricos realmente necessários e adequados, e sequer são informadas sobre os benefícios do parto vaginal. Com isso, não são preparadas para elas próprias conduzirem seus partos (Leal *et al.*, 2014).

A violência obstétrica (VO) caracteriza-se como sendo qualquer ato ou conduta exercida pelo profissional de saúde perante o corpo e os processos reprodutivos da mulher, através de uma desumanizada, o excesso de intervenções e da medicalização desnecessária (Juárez, 2012).

As principais violências sofridas são classificadas em física, verbal e psíquica. Em relação à física, é caracterizada por práticas e intervenções desnecessárias e/ou violentas, sem o consentimento da mulher. Logo, é mais comum de ocorrer durante o parto. Já a verbal, é descrita como comentários constrangedores, ofensivos ou humilhantes à gestante. Outrossim, a psíquica é indicada por qualquer ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, medo, instabilidade emocional e insegurança. Ela é muito presente em todos os períodos da gestação (Carvalho, *et al.*, 2019).

A realização de episiotomia foi durante muitos anos utilizada de forma rotineira, sem avaliação de sua real necessidade e uma prática médica seguida sem embasamento científico. É o segundo procedimento obstétrico mais comum. A episiotomia de fato não protege o assoalho pélvico, pelo contrário, aumenta os riscos de complicações intra e pós-parto, causando maior dor e sangramento (Carvalho; Souza; Moraes Filho, 2010).

O excesso de intervenções, a medicalização desnecessária, bem como uso de jargões pejorativos, pode fazer com que as mulheres fiquem traumatizadas e desenvolvam problemas como depressão, traumas, o receio de ter outros filhos e problemas na sexualidade (Soares *et al.*, 2015).

De acordo com estudos, as gestantes que contaram com a presença de um acompanhante tiveram redução no uso de medicamentos para alívio da dor, redução

na duração do trabalho de parto e no número de cesáreas. Além disso, a presença do acompanhante pode ajudar a estabelecer um ambiente mais calmo e tranquilo durante o parto, o que pode ser benéfico tanto para a mãe quanto para o bebê. Para que esse apoio seja válido foi publicada a Lei Federal nº 11.108 que, em seu artigo 19, preconiza acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto. O acompanhante deve ser de escolha da própria gestante, pode ser alguém da família ou amigo(a) (Brasil, 2013).

Um fator contribuinte para que a gestação ocorra de forma mais fisiológica para as gestantes é ter o seu companheiro ao seu lado, acompanhando todo esse processo. Culturalmente, durante décadas e décadas a paternidade só começava a ser vista quando o bebê nascia, por isso todo o processo de pré-natal e parto era deixado somente para a gestante. No entanto, hoje é percebida a grande importância da participação ativa do pai em todas as etapas da gestação, parto e puerpério (Lopes *et al.*, 2021).

Conforme a Portaria GM/MS nº 1.994, de 27 de agosto de 2009 (Brasil, 2009) o pré-natal também é para o parceiro. Independentemente de ser pai biológico ou não, essa participação interfere de forma significativa na vida da mãe e do bebê. A consulta avalia o estado de saúde do parceiro com a solicitação de exames de rotina e orientações sobre a gravidez para que ele saiba sobre as mudanças nesse período, parto e pós-parto. É uma estratégia que tem como função fortalecer os laços afetivos entre o casal, bem como contribuir para a facilidade de acesso do homem ao serviço de saúde (Brasil, 2013).

Da mesma forma que a gravidez, o pós-parto, também denominado puerpério, é um período especial na vida de uma mulher e merece algumas considerações específicas. A consulta de controle pós-parto é essencial para avaliar a saúde da mãe e do bebê após o parto e o ideal é que ela seja realizada até 42 dias após o nascimento do bebê, mas em alguns casos pode ser necessário marcar consultas adicionais. Além disso, é importante fornecer informações específicas para as mães sobre os cuidados com a sua própria saúde, bem como sobre os cuidados com o bebê, e a amamentação deve ser incentivada. Também é importante discutir com as mães sobre a sua vida reprodutiva e sexualidade, e oferecer orientações sobre métodos contraceptivos adequados para cada caso (Brasil, 2013).

A cidade pequena é um tipo de cidade que possui uma população reduzida e uma área territorial limitada. Geralmente, essas cidades possuem uma infraestrutura básica, com alguns serviços públicos. De fato, a existência dos HPP, muitas vezes, está relacionada não apenas às condições de acesso a centros maiores, mas também à existência de municípios de pequeno porte. Isso ocorre porque esses municípios, muitas vezes, não contam com grandes hospitais ou unidades de saúde em suas imediações (Ugá; López, 2007).

No Brasil, os hospitais são divididos em quatro portes, a saber, pequeno com capacidade de até 50 leitos; médio possui entre 51 e 150 leitos; grande, possui de 151 a 500 leitos; e porte especial quando o hospital possui mais de 500 leitos. Os hospitais de pequeno porte acabam sendo a única referência em cidades de até 50 mil habitantes para atendimento médico, o que resulta, na grande maioria das vezes, na necessidade de transferir pacientes para centros maiores (Almeida, 2020).

Diante disso, uma das grandes dificuldades encontradas na tentativa de humanização da assistência à gestante é o acesso aos serviços de saúde, especialmente em regiões onde existem municípios de pequeno porte e que muitas vezes precisam encaminhar as gestantes para centros maiores. Quanto maior a distância que a gestante precisa percorrer para ter acesso aos serviços de saúde, mais difícil se torna a adaptação de suas necessidades aos serviços oferecidos. Por isso, faz-se necessário o reconhecimento do processo de humanização na atenção prestada à saúde da mulher em todas as etapas da gestação (Brasil, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Relatar a experiência de acadêmica de Enfermagem no acompanhamento obstétrico em município integrante da região metropolitana de Goiânia.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência.

4.2 COLETA DE DADOS

Foi realizado a partir da experiência traumática vivenciada por uma amiga de infância, com quem tenho convivência próxima. A revisitação de fatos, lembranças, fotos e diálogos relacionados ao período gravídico puerperal dessa amiga favoreceu o registro. Para a sistematização dos dados foi laborado roteiro (Apêndice A) contendo frases iniciadas, as quais facilitaram a realização do projeto. Tudo foi organizado de modo cronológico. Registra-se que os nomes que aparecem no item resultados foram trocados.

Foi feita análise descritiva e comparativa com a literatura especializada. Em razão do tipo de estudo, a presente proposta não foi encaminhada a nenhum Comitê de Ética em Pesquisa.

5 RESULTADOS

Moro em uma cidade do interior do estado que compõe a Região Metropolitana de Goiânia. Quando tinha 10 anos, na escola em que estudava, conheci a Clara. Logo após o início das aulas, ela se mudou para perto da minha casa e então nos tornamos amigas inseparáveis. Uma estava sempre acompanhando o que estava acontecendo na vida da outra, e desde a nossa adolescência eu sempre soube do seu desejo de ser mãe.

Com quatorze anos ela começou a namorar Paulo, que também tinha o desejo de ser pai. Depois de um relacionamento de sete anos, em dezembro de 2021, quando estava com 21 anos, descobriu que estava grávida. Foi muita felicidade, eu sabia que eles estavam vivendo um verdadeiro sonho.

Logo que soube da gravidez começou o pré-natal de baixo risco no hospital da nossa cidade. Na primeira consulta foi julgada por estar grávida e ser jovem, isso a partir do que a enfermeira disse: “está desperdiçando sua vida! É por isso que as mulheres reclamam de falta de emprego, ao invés de trabalhar ficam planejando gravidez”.

Em uma das consultas com a médica, Paulo precisou atender uma ligação, Clara pediu para que a médica esperasse um pouco, cuja resposta foi: “quem tem acompanhante é criança pequena, você está muito grandinha, consegue entrar na consulta sozinha”.

Em razão da falta de empatia por parte dos profissionais, não chegou a ir em todas as consultas de pré-natal, faltava por medo de ser maltratada. Paulo chegou a discutir várias vezes por não gostar de como ela estava sendo tratada.

Sua mãe, que não morava na mesma cidade, ficava sabendo das coisas por telefonemas e até propôs que Clara fosse ter o bebê onde ela morava, mas naquele momento Paulo não poderia sair da cidade e Clara queria que ele participasse de tudo, inclusive do parto.

Todos sofriam muito com tantas humilhações pelas quais passava, mas na cabeça dela, naquele momento, não tinha nada o que pudesse ser feito. Em alguns meses Clara descobriu que seu bebê seria menina e ficou muito feliz, era o que ela queria. Numa das consultas comentou com a enfermeira que estava realizada de ser

mãe de menina, tendo recebido como resposta: “geralmente as filhas seguem os exemplos da mãe, que provavelmente sua filha também seria mãe nova”.

Depois desse dia, Clara não queria mais ir para as consultas, passou a ir quando sentia algo diferente. Clara dizia que nunca explicaram nada sobre o momento do parto.

Pela data provável do parto, sua filha nasceria próximo a um feriado da cidade, a equipe do hospital propôs uma cesária antes do feriado, pois o médico estaria viajando. De início, por não ter recebido nenhuma informação sobre seus direitos, achou que seria a melhor opção. Chegando em casa resolveu conversar com sua sogra, que a orientou a não aceitar, que tirar o bebê antes do tempo poderia trazer complicações. Então Clara voltou ao hospital e disse que gostaria que fosse parto normal.

Paulo se culpava por não conseguir pagar consultas particulares. Ele acreditava que, se ele estivesse pagando, Clara não passaria por essas situações. No dia do parto, Clara esteve no hospital pela manhã, estava com dores e, após passar por uma avaliação, a equipe disse que não era o momento ainda, que a bebê não nasceria naquele dia.

Por volta de 23:00 horas, naquele mesmo dia, a bolsa de Clara rompeu e então Clara e Paulo retornaram ao hospital. Clara dizia que foi um dos piores dias de sua vida, a enfermeira fez comentários do tipo: “e avisei pra marcar cesária! Se tivesse escutado o doutor e optado por cesária, não estaria esguelhando agora”.

Quando deu 03:00 horas da manhã a equipe resolveu levá-la para o quarto. Todo esse tempo Clara estava esperando na recepção, em uma cadeira de plástico. No quarto, Clara gritava muito de dor e como resposta ouvia da enfermeira que: “a força é em baixo e não na garganta”. Caso continuasse gritando iria deixá-la sozinha até se acalmar.

Clara se lembra do momento em que começou a sangrar e ouviu uma enfermeira comentando com outra que quem deveria lavar os panos sujos eram as mulheres que ficavam sangrando na hora do parto. No momento exato do parto, uma médica na qual Clara nunca tinha visto entrou para ajudá-la. Clara começou a sentir uma dor como se algo estivesse cortando e chegou a perguntar para a médica o que estava acontecendo. Teve como resposta que se tratava de um procedimento para ajudar o bebê a sair.

Depois desse momento Clara não se lembra de mais nada. Só lembra de acordar e descobrir que tinha levado 28 pontos por causa de uma episiotomia. Pela manhã, Clara não quis se alimentar e escutou a seguinte fala de uma enfermeira: “Se não se alimentar corretamente você dará mais trabalho para nós”.

No pós-parto, Clara demorou mais de 30 dias para o retorno e por ter levado 28 pontos na episiotomia não conseguiu voltar às atividades normais. Para Clara o parto normal foi igual uma cesárea. No seu retorno, o médico falava apenas com o Paulo: “Na segunda semana vocês poderiam ter tido relação sexual, se não tiveram foi porque não quis. Você está muito manhosa, mulher que tem parto normal, no outro dia já pode lavar a roupa do marido”.

Em toda a nossa conversa, Clara diz que ama a sua filha, mas se soubesse que tudo seria como foi, ela teria esperado mais e teria tido sua bebê em Goiânia. Ela não quer ter mais filhos. Clara desenvolveu depressão pós-parto, não queria fazer nada e isso fez com que, no início, Paulo achasse que era tudo culpa da bebê. Em razão disso, parece que não demonstrava afeto pelo filho. Só depois de alguns meses que eles começaram a ir juntos na terapia que seu marido foi pegando mais afeto pela criança.

Paulo demorou a entender que a depressão não era por causa da bebê e sim por todo o trauma vivido por Clara no pré-natal e parto. A mãe de clara teve que vir morar com ela para ajudá-la. Toda a família, apesar de ser pequena, sofreu muito com tudo o que aconteceu, e hoje, é proibido lembrar sobre a gravidez e o parto.

6 DISCUSSÃO

O presente relato é de um casal em idade fértil, do ponto de vista biológico. A OMS (2014) recomenda que a gestação ocorra entre 20 e 35 anos de idade, pois a fertilidade feminina está no ápice. A gestação de Clara não foi planejada, mas sim idealizada por ela e o marido. A gravidez causou enorme alegria ao casal. Conforme Piccinini *et al.* (2008), quando a gravidez ocorre como resultado de um relacionamento estável, sua descoberta não leva ao desespero ou indignação, por mais surpresa que possa causar.

Apesar da gestação de Clara não ter sido planejada, desde a infância ela tinha o desejo de ser mãe. Estudo realizado por Lopes (2021) aborda que as bases das construções maternas podem ser encontradas na infância. A mulher, quando ainda menina, cria, a partir da interação com sua mãe, um modelo de mãe para si, no qual se espelha para brincar com suas bonecas e que futuramente poderá utilizar na interação com seus filhos.

De acordo com o MS (Brasil, 2013) o pré-natal de baixo risco realizado na atenção básica (AB) é fundamental para garantir a saúde da gestante e do bebê, pois desempenha um papel crucial nesse processo. É o primeiro ponto de contato da gestante com o sistema de saúde, o que, de modo divergente, aparece o fato do pré-natal de Clara ter sido feito em hospital municipal e não na AB.

Em razão da falta de empatia dos profissionais, Clara não foi em todas as consultas de pré-natal, de maneira oposta às recomendações do MS, que recomenda que sejam realizadas no mínimo seis consultas. O ideal é que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que, até a 34ª semana, sejam realizadas consultas mensais. Entre a 34ª e 38ª semanas, o indicado seria uma consulta a cada duas semanas e, a partir da 38ª semana, consultar toda semana até o parto, que geralmente acontece na 40ª semana, mas pode durar até 42 semanas (OMS, 2014).

No que se refere ao pré-natal de Clara, ela não obteve, da parte dos profissionais de saúde, as informações necessárias para ciência dos seus direitos como gestante, inclusive sobre a escolha da via de parto. De acordo com o MS os profissionais devem preparar a mulher para a maternidade, com informações educativas e necessárias acerca do parto, este um processo natural e fisiológico (Brasil, 2013). Lopez *et al.* (2017) afirma que quando a mulher é bem-informada a

respeito do processo de parto, sua experiência torna-se positiva e menos dolorosa, pois a falta de informação aumenta a ansiedade e a insegurança.

Nas consultas de pré-natal, os profissionais não deixavam o marido de Clara entrar e participar. Através de falas desrespeitosas, os profissionais afirmavam que somente crianças precisavam ir a consultas com acompanhante, o que se difere da recomendação do MS, que recomenda às equipes de saúde incentivar o envolvimento do pai/parceiro e sua participação desde o teste de gravidez, passando pelo puerpério até o acompanhamento do desenvolvimento integral do filho/a. O enfermeiro(a) e/ou o(a) médico(a), como integrante dessa equipe, são responsáveis pela realização do pré-natal na atenção básica, devendo proporcionar o acolhimento na unidade e sua integração ao processo (Brasil, 2013).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) instituída pela Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009 (Brasil, 2009), tem como objetivo facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva relacional de gênero e na lógica da concepção de linhas de cuidado que respeitem a integralidade da atenção, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbimortalidade e melhores condições de saúde dessa população.

Durante toda sua gestação, Clara sofreu com inúmeras falas desrespeitosas quando ia nas consultas. De acordo com Estumano *et al.* (2017), grande parte das mulheres não tem conhecimento de que estão sofrendo violência obstétrica verbal durante as consultas, seu direito de escolha não é respeitado nem garantido, a mulher então torna-se mais vulnerável. Por essa razão, sentem-se coagidas e permanecem em silêncio pelo medo da retaliação e do abandono da equipe. Carvalho *et al.* (2019) afirmam que a VO verbal se refere a comportamentos verbais desrespeitosos, humilhantes e ameaçadores. Isso pode incluir linguagem inadequada, falta de comunicação efetiva, menosprezo, críticas injustas, e outras formas de tratamento verbalmente abusivo por parte dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado obstétrico.

Outro fator que contribuiu para o sofrimento de Clara foi o fato de os profissionais não deixarem ela ter um acompanhante do seu lado e de sua escolha. Lansky *et al.* (2019) ainda discorre sobre outra forma de violência, que é o

impedimento do acompanhante durante o parto, e defende que a solidão da mulher desacompanhada nesse momento e as interferências na fisiologia do parto aumentam seu desconforto.

A VO vivida por Clara não se limitou ao âmbito verbal, mas também em violência física como a episiotomia que foi realizada sem aviso, no momento do seu parto. Segundo Costa *et al.* (2015), a episiotomia ocorre com maior frequência e não oferece nenhum benefício à parturiente, acarretando sérios problemas à sua saúde. A OMS preconiza que a episiotomia seja realizada em casos de urgência obstétrica com justificativa de necessidade absoluta para o procedimento.

Toda violência vivenciada por Clara, deixou marcas negativas permanentes em sua vida, quais sejam, depressão pós-parto (DPP) e o sentimento de não querer ter outros filhos. De acordo com Souza *et al.* (2019), são grandes as chances da mulher que passou por uma violência, seja ela física ou verbal relacionada aos serviços de saúde, desenvolver uma DPP. Essa doença está associada diretamente à violência institucional sofrida pela mulher por meio dos cuidados obstétricos e à falta de humanização dos profissionais (Souza *et al.*, 2017).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da assistência relatada, é possível afirmar que a atenção obstétrica não seguiu as recomendações do MS. Apesar disso, a filha de Clara nasceu sem nenhum problema de saúde.

A experiência obstétrica vivida por Clara desencadeou sentimentos de tristeza, angústia, frustração e impotência. No decorrer do atendimento, desde o pré-natal, aconteceram violações sérias, incluindo violência psicológica, física e institucional.

É alarmante a insensibilidade dos profissionais de saúde envolvidos nesse atendimento, o que refletiu no cuidado oferecido antes, durante e após o parto. O relato de violência praticada por esses profissionais, de alguma forma, revela a lacuna existente entre o preconizado pelo Ministério da Saúde para a atenção obstétrica e a prática cotidiana.

Fica evidente a necessidade de ações de educação permanente acerca do conteúdo obstétrico em geral, dos deveres dos profissionais para com as gestantes nas decisões relacionadas e seu cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. Um panorama geral sobre os Hospitais de Pequeno Porte. Nexxto, 2020. Disponível em: <https://nexxto.com/um-panorama-geral-sobre-os-hospitais-de-pequeno-porte/>. Acesso em: 12 mar. 2023.
- ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. Violência obstétrica: a dor que cala. III Simpósio Gênero e Políticas Públicas (pp. 01-07). **Anais...** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, maio 2014. Disponível em: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf. Acesso em: 05 dez. 2023.
- 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 - SUS. Brasília-DF: Senado Federal, 2005. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/570557#:~:text=Alterar%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS>. Acesso em: 13 nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1944, de 27 de agosto de 2009**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html. Acesso em: 14 set. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 13 nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Conitec. Relatório de Recomendação. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. jan. 2016. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretrizes/diretrizes_partonormal_versaoreduzida_final.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Ministério da Saúde cria Rede de Atenção Materna e Infantil e amplia atendimento para mães e bebês no SUS**. Brasília-DF, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16676>. Acesso em: 13 nov. 2023.
- CARVALHO, A. S. et al. Violência obstétrica: a ótica sobre os princípios bioéticos e direitos das mulheres. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 26, n. 1, p. 56-58, 2019. Disponível em https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190306_114936.pdf. Acesso em: 28 nov. 2023.
- CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, S. S. R.; MORAES FILHO, O. B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **FEMINA**, v. 38, n. 5, maio 2010.

Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2023.

COSTA, M. L.; PINHEIRO, N. M.; SANTOS, L. F. P.; AQUINO COSTA, S. A.; GOMES FERNANDES, A. M. Episiotomia no parto normal: incidência e complicações. **Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**, v. 13, n. 1, p. 173-187, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/655/pdf>. Acesso em: 20 nov. 2023.

ESTUMANO, V. et al. Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 7, n. 19, 2017. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/126>. Acesso em: 15 out. 2023.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil**: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. Fundação Oswaldo Cruz, maio 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>. Acesso em: 28 nov. 2023.

GRANCHI, G. **O que acontece com bebê e gestante a cada mês da gravidez**. BBC News Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-61737336>. Acesso em: 13 nov. 2023.

JUÁREZ, D. Y O. **Violencia sobre las mujeres**: herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios. 1. ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influências da exposição Sentidos de Nascimento na experiência do parto de gestantes. **Ciênc. Saúde coletiva** [online], v. 24, n. 8, p. 2811-2824, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrij/>. Acesso em: 30 nov. 2023.

LEAL, M. do C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, suppl 1, ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPgTw9gTWFqGd/>. Acesso em: 12 nov. 2023.

LOPES, G. S. et al. Os benefícios do pré-natal masculino para a consolidação do trinômio mãe-pai-filho: uma revisão integrativa. **REVISA**, v. 10, n. 1, p. 22-38, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/hansen/resource/pt/biblio-1177236?src=similardocs>. Acesso em: 25 maio. 2021.

MEDEIROS, F. F. Expectativa e satisfação do acompanhamento pré-natal em gestantes de alto risco. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 40, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2792>. Acesso em: 22 mar. 2023.

OLIVEIRA, S. L. **Expectativas do parto humanizado**: percepções e experiências. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Goianésia:

Faculdade Evangélica de Goianésia, Goianésia, Goiás, 2021. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/18621/1/TCC%20-%20Sara%20FINAL%20%2012-12-2021.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2023.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra, Suíça: OMS, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 20 out. 2013.

PRATA, J. Á.; PROGIANTI, J. M.; PEREIRA, A. L. F. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4003>. Acesso em: 20 nov. 2023.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a construção da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/dmBvk536qGWLqSf4HPTPg6f/?format=pdf>. Acesso em: 25 set. 2023.

SOARES, P. B. et al. Violência obstétrica e suas implicações. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, p. 93-94, 2015. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/antigo/index.php/renome/article/view/47>. Acesso em 15 set. 2023.

SOUZA, F.; NUNES, E.; CARVALHO, B.; MENDONÇA, F.; LAZARINI, F. Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, v.28, n.3, p.143-156, 2019. Disponível em : <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2019.v28n3/143-156/pt>. Acesso em: 14 out. 2023.

UGÁ, M. A. D.; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 915-928, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mnPdKn7BWG75WW6hNPzPNPd/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 05 out. 2023.