

Implementação das práticas obstétricas preconizadas pelo programa de humanização no pré natal e nascimento em uma maternidade de risco habitual do interior de PE**Implementation of the obstetric practices preferred by the humanization program in prenatal and birth in a maternity of habitual risk of the interior of PE**

DOI:10.34119/bjhrv3n2-007

Recebimento dos originais: 30/12/2019

Aceitação para publicação: 04/03/2020

Erick Alves De Albuquerque

Acadêmico do 9º período do Curso de Enfermagem do CENTRO UNIVERSITÁRIO DO VALE DO IPOJUCA - UNIFAVIP | DEVRY, Caruaru – PE, Brasil.

erick.muller@hotmail.com

Maria Bárbara Ramos De Barros Lima

Acadêmica do 9º período do Curso de Enfermagem do CENTRO UNIVERSITÁRIO DO VALE DO IPOJUCA - UNIFAVIP | DEVRY, Caruaru – PE, Brasil.

babyramos179@hotmail.com

Thaíse Torres De Albuquerque

Docente/Msc. do Curso de Enfermagem do CENTRO UNIVERSITÁRIO DO VALE DO IPOJUCA- UNIFAVIP | DEVRY, Caruaru – PE, Brasil.

talbuquerque@unifavip.edu.br

RESUMO

Objetivo: avaliar as práticas obstétricas vivenciadas pelas puérperas durante a assistência ao processo de parto e nascimento. Método: estudo de corte transversal, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, utilizando variáveis referentes as práticas obstétricas preconizadas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), realizadas durante a assistência ao parto. Tendo como amostra puérperas que passaram por parto normal em uma maternidade do interior de PE e que estiveram no Alojamento Conjunto durante o período puerperal. A coleta dos dados ocorreu através de um questionário individual, semiestruturado, autoaplicável e anônimo no período de maio de 2017. Os dados foram analisados pelo programa estatístico epi-info versão 3.5.2. O estudo foi aprovado pela Plataforma Brasil sob nº 1.912.320/2017. Resultados: foram analisados 60 questionários, onde se obteve resultados sobre as práticas obstétricas adotadas no ciclo gravídico puerperal. Conclusão: entendeu-se que, para diminuir a morbimortalidade é necessário humanizar o processo de parturição, e para isto ocorrer é necessário o envolvimento de um conjunto de profissionais de saúde que prestam assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

Palavras-chave: saúde da mulher, assistência obstétrica, pré-natal, humanização no parto e nascimento.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the obstetric practices experienced by recent mothers during childbirth process assistance and birth. Methods: this cross-sectional study, descriptive in nature, with a

quantitative approach, using variables of interest obstetric practices advocated by the humanization of prenatal and birth (PHPN), performed during childbirth assistance. With sample recent mothers who have been through natural childbirth in a maternity ward in the interior of PERNAMBUCO and who were in Accommodation Set during the puerperal period. The data collection occurred through an individual questionnaire, semi-structured, autoaplicavel and anonymous from may 2017. The data was analyzed by statistical program *epi-info* version 3.5.2. The study was approved by the Brazil under paragraph number 1.912.320/2017. Results: 60 questionnaires were analyzed, where he obtained results about obstetric practices adopted in gravid puerperal cycle. Conclusion: to understand that, to decrease the morbidity and mortality is necessary to humanize the process of parturition, and for this to occur it is necessary the involvement of a number of health professionals who provide assistance to the woman during the gravid-puerperal cycle.

Keywords: women's health, obstetric care, pre-natal, childbirth and birth humanization.

1 INTRODUÇÃO

De maneira histórica, antes do século XX, o parto era realizado apenas por mulheres parteiras, depois deste período foi intensificado o parto hospitalizado, que permitiu o acompanhamento e controle por vários “atores”, intervindo no protagonismo feminino, de maneira que a mulher foi submetida a práticas intervencionistas que a fez perder sua autonomia.¹

O ato de parir e nascer fisiologicamente, tem sido visto como algo patológico, e por esse motivo alguns profissionais estão interferindo neste processo natural; interrompendo-o, usando métodos para o nascimento precoce, como cirurgia cesariana e medicações excessivas. Esses métodos vêm sendo utilizados através de alegações obstétricas inadequadas.²

A assistência obstétrica visa prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis que porventura ocorra durante a gestação, parto ou nascimento. A carência desse processo remete à índices de morbimortalidade materna e perinatal elevados. No Brasil, a cobertura de pré-natal chega à 95%, mas este percentual não é o suficiente para reduzir os riscos à saúde materna e neonatal.³

O parto é um evento natural, portanto ele não necessita de controle e sim de cuidados. O modelo mais comum de parto no Brasil é o tecnocrático, ou seja, centrado no profissional médico e em instituição de saúde hospitalar, e desta maneira também é chamado de parto normal hospitalar. As complicações no parto muitas vezes são causadas por meio da generalização de sua necessidade e uso excessivo de técnicas e procedimentos inadequados. Esse tipo de prática submete a mulher a normas e rotinas, que não respeitam seu corpo, interferindo no seu ritmo natural, e a impede de exercer seu protagonismo.⁴

Aprimorar a saúde materna para evitar mortes, ainda é um objetivo de grande interesse nacional e internacional. No Brasil, a assistência a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio no que se refere a qualidade e aos princípios filosóficos do cuidado, que ainda é centrado num modelo medicalizante e hospitalocêntrico.⁵

O Programa de Humanização no Parto e Nascimento (PHPN) tem por objetivo assegurar a saúde da mulher melhorando o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, a assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido.⁵

Para o monitoramento do PHPN, desenvolveu-se o Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL). Este sistema é essencial para o acompanhamento das gestantes.^{6,7}

2 OBJETIVO

Avaliar as práticas obstétricas vivenciadas pelas puérperas durante a assistência ao processo de parto e nascimento no âmbito do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, utilizando variáveis referentes as práticas obstétricas preconizadas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), realizadas durante a assistência ao parto, avaliados através da aplicação de questionário semiestruturado, individual, autoaplicável e anônimo.

O presente estudo foi realizado na Instituição de saúde Hospital Municipal Casa de Saúde Bom Jesus, situado no Município de Caruaru/PE. Atualmente, este serviço oferece atendimento obstétrico à muncípes na qualidade de risco habitual. Dispõe de um Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico (ACCRO), Triagem Obstétrica, Pré-Parto/Parto (PP), Berçário, Bloco Cirúrgico, Clínica Cirúrgica, Egresso e Alojamento Conjunto.

A população foi composta por 60 puérperas que tiveram parto normal, assistido por profissionais de saúde da maternidade pesquisada. Estas que por sua vez encontravam-se no setor de Alojamento Conjunto, durante o período puerperal mediato. A escolha da amostra se deu por se tratar da maior maternidade do Agreste Pernambucano, que assiste um número expressivo de partos normais, adotando as condutas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de humanização.

Foram incluídas puérperas no período puerperal mediato que passaram por parto normal e estavam internas no Alojamento Conjunto, e que aceitaram participar da pesquisa após o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídas puérperas que tiveram parto cesariano, menores de 18 (dezoito) anos, ou que manifestaram desejo de não participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada após a apreciação e parecer favorável de aprovação do estudo pela Plataforma Brasil sob nº 1.912.320/2017, conforme preconizado pela resolução 466/12, que retrata sobre a pesquisa com seres humanos. As puérperas foram previamente esclarecidas quanto à pesquisa, desde o objetivo até a desistência da sua participação.

Os dados foram armazenados no programa Microsoft Excel para Windows com dupla digitação, onde foram checados erros e/ou omissões de dados, estas informações sigilosas ficaram sob responsabilidade do orientador. A análise dos dados foi realizada através do pacote estatístico Epi-info versão 3.5.2. Os dados foram analisados com base nas médias e desvio padrão que foram utilizadas para a construção de tabelas e capazes de representar os resultados da pesquisa.

4 RESULTADOS

Foram analisados os questionários individuais, semiestruturados, autoaplicáveis e anônimos de uma maternidade municipal do interior de Pernambuco, no mês de maio de 2017. A amostra da pesquisa foi composta por puérperas contempladas nos critérios de inclusão, totalizando 60 questionários.

A tabela I expõe o perfil sociodemográfico das puérperas do estudo, onde foi observado que a maioria das puérperas encontravam-se na faixa etária de 18-35 anos de idade (95%), em relação ao estado civil verificou-se uma predominância das casadas 28 (46,7%), união estável 18 (30%) e solteiras 14 (23,3%), tratando-se de escolaridade a maior parte tem o 2º grau completo 17 (28,2%), para o 1º grau completo e incompleto os valores foram iguais 13 (21,75%), analfabeta 02 (3,4%) e ensino superior 01 (1,7%), em relação à cor houve uma prevalência da parda 31 (51,7%).

Tabela I. Perfil Sociodemográfico das Puérperas do Estudo (CARUARU/PE, 2017).

| Variável | Quantidade (n) | Percentual (%) |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|
| IDADE | | |

| | | |
|---------------------|----|------|
| 18 -35 anos | 57 | 95 |
| > 35 anos | 03 | 5 |
| ESTADO CIVIL | | |
| União Estável | 18 | 30 |
| Solteira | 14 | 23,3 |
| Casada | 28 | 46,7 |
| ESCOLARIDADE | | |
| Analfabeta | 02 | 3,4 |
| 1º Grau Completo | 13 | 21,7 |
| 1º Grau Incompleto | 13 | 21,7 |
| 2º Grau Completo | 17 | 28,2 |
| 2º Grau Incompleto | 14 | 23,3 |
| Ensino Superior | 01 | 1,7 |
| COR | | |
| Amarela | 01 | 1,7 |
| Branca | 17 | 28,2 |
| Parda | 31 | 51,7 |
| Preta | 11 | 18,4 |

Fonte: Elaborado pelos autores.

A tabela II aborda sobre as práticas obstétricas adotadas no ciclo gravídico puerperal, onde é ressaltado sobre o fato das puérperas se sentirem discriminadas, maltratadas ou perseguidas antes ou durante o trabalho de parto, 58 (96,6%) afirmaram que não e apenas 2 (3,4%) sim; ao que se refere à realização das consultas de pré-natal, a maioria respondeu que sim, 59 (98,3%) e 32 (53,2%) destas, alegaram ter realizado mais de 6 consultas e 28 (46,8%) menos de 6. Quanto a ter recebido orientação sobre a evolução do trabalho de parto, durante estas consultas, 54 (90%) disseram que sim, e 6 (10%) não, e sobre a preparação do pré-natal para o momento do parto, 52 (86,7%) afirmaram que sim, e 8 (13,3%) não. No momento da internação, a maior parte foi informada pela maternidade acerca do direito de ter um acompanhante durante o parto, 58 (96,6%). Sendo assim, tiveram acompanhante 60 (100%); a maioria das puérperas consideraram bom ter tido alguém junto a ela na maternidade, 59 (98,3%); a maior parte foi assistida por enfermeiro durante o seu parto 32 (53,2%), médico e

enfermeiro 24 (40%), médico 2 (3,4%) e não sabe informar 2 (3,4%). A maioria foi informada da possibilidade de ter o bebê na posição vertical (cócoras), 40 (66,7%) e 20 (33,3%) não foi; um maior número diz ter raspado seus próprios pelos pubianos em casa, 46 (76,7%); em relação a serem estimuladas pela equipe a caminharem durante o trabalho de parto, 52 (86,7%) responderam que sim, e 8 (13,3) não foram estimuladas; para 44 (73,3%) foi ofertado a possibilidade de tomar banho de aspersão; receberam massagens para alívio da dor, 45 (75%); durante o trabalho de parto foi oferecido água, suco ou alimento para 39 (65%) puérperas e para 21 (35%) não foi; em relação a realização de episiotomia, 51 (85%) responderam que não foi efetuada, e 9 (15%) sim; quanto a alguém realizar a manobra de Kristeller, a maioria afirmou que não, 57 (95%) e 3 (5%) sim; grande parte foi orientada a colocar o bebê no seio assim que ele nasceu para estimular a amamentação, 47 (78,3%) e 13 (21,7%) não; um maior número sentiu-se tratada pela a equipe com afeto e carinho 56 (93,3%), enquanto 4 (6,7%) com indiferença e pouca atenção.

Tabela II. Práticas Obstétricas Adotadas no Ciclo Gravídico Puerperal

(CARUARU/PE,2017).

| Variável | Quantidade (n) | Percentual (%) |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Discriminada, maltratada ou perseguida | | |
| Sim | 02 | 3,4 |
| Não | 58 | 96,6 |
| Consultas de pré-natal | | |
| Sim | 59 | 98,3 |
| Não | 01 | 1,7 |
| Quantas | | |
| < 6 consultas | 28 | 46,8 |
| > 6 consultas | 32 | 53,2 |
| Evolução do trabalho de parto | | |
| Sim | 54 | 90 |
| Não | 06 | 10 |

Pré-natal preparou para o parto

| | | |
|-----|----|------|
| Sim | 52 | 86,7 |
| Não | 08 | 13,3 |

Informada que poderia ter um acompanhante

| | | |
|-----|----|------|
| Sim | 58 | 96,6 |
| Não | 02 | 3,4 |

Teve acompanhante

| | | |
|-----|----|-----|
| Sim | 60 | 100 |
|-----|----|-----|

O que achou de ter tido alguém junto com você

| | | |
|------|----|------|
| Bom | 59 | 98,3 |
| Ruim | 01 | 1,7 |

Assistida no parto por:

| | | |
|---------------------|----|------|
| Médico | 02 | 3,4 |
| Enfermeiro | 32 | 53,2 |
| Médico e Enfermeiro | 24 | 40 |
| Não sabe informar | 02 | 3,4 |

Ter o bebê na posição vertical

| | | |
|-----|----|------|
| Sim | 40 | 66,7 |
| Não | 20 | 33,3 |

Pelos pubianos raspados

| | | |
|-----------------|----|------|
| Sim | 04 | 6,7 |
| Não | 10 | 16,6 |
| Eu mesma raspei | 46 | 76,7 |

Estimulada a caminhar

| | | |
|-----|----|------|
| Sim | 52 | 86,7 |
| Não | 08 | 13,3 |

Banho de chuveiro

| | | |
|-----|----|------|
| Sim | 44 | 73,3 |
| Não | 16 | 26,7 |

| | | |
|---------------------------------|----|------|
| Massagens | | |
| Sim | 45 | 75 |
| Não | 15 | 25 |
| Água, suco ou alimento | | |
| Sim | 39 | 65 |
| Não | 21 | 35 |
| Episiotomia | | |
| Sim | 09 | 15 |
| Não | 51 | 85 |
| Kristeller | | |
| Sim | 03 | 05 |
| Não | 57 | 95 |
| Estimular amamentação | | |
| Sim | 47 | 78,3 |
| Não | 13 | 21,7 |
| Tratada pela equipe | | |
| Com indiferença e pouca atenção | 04 | 6,7 |
| Com afeto e carinho | 56 | 93,3 |

Fonte: Elaborado pelos autores.

5 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a implementação do Programa de Humanização no Parto e Nascimento, através da avaliação satisfação e autonomia da puérpera durante a parturição. Este programa instituído em 2010, ressaltando os direitos da mulher, e referindo que a humanização como ferramenta fundamental, para que estes sejam garantidos. De acordo com o Ministério da Saúde, o ato de humanizar durante o parto é respeitar a fisiologia do corpo feminino, reduzindo ao máximo intervenções desnecessárias, e reestabelecer a autonomia e protagonismo da mulher neste momento único, que é seu parto.⁴

De acordo com o estudo de Carvalho et al (2007), realizado na cidade de São Luiz (MA), os autores salientam a importância da análise dos dados sócios demográficos, pois estes revelam uma certa vulnerabilidade de alguns grupos minoritários e discriminados, entre estes destacam-se a raça, idade e baixa escolaridade, quando traçado esses dados é facilitado o plano de ação

para implementar as propostas de humanização⁸. A maioria das puérperas (95%) estavam na faixa etária entre 18 e 35 anos, este percentual é semelhante ao encontrado por Santos et al em São Paulo onde um total de 91,2% das puérperas apresentavam esta mesma idade.⁹ Em outra pesquisa realizada por Rodrigues et al, a maioria (62,1%) das mulheres também se encontravam dentro desta mesma faixa.¹⁰

A coitarca precoce acompanhada de vida sexual ativa é o que favorece gestações cada vez mais imaturas e indesejáveis, decorrendo em gestações instáveis, pois estas estão cada vez mais jovens e necessitam serem alcançadas pelo planejamento familiar e educação sexual, pois não possuem maturidade suficiente para buscar por si só, como esta captação não acontece, estas mulheres apresentam-se mais vulneráveis e suscetíveis a violência obstétrica¹¹. O Ministério da Saúde classifica como fator de risco gestacional um período inferior de 5 anos de estudo, nesta pesquisa a maioria (74,9%) das entrevistadas possuem no mínimo 9 anos de estudo, desconsiderando os anos de repetência, estes dados são semelhantes ao encontrado por Dias et al (2016), segundo este estudo, a escolaridade determina a condição cognitiva e econômica destas mulheres, desta forma estabelece a melhoria do posicionamento social e educacional das mesmas, tornando-as mais esclarecidas e menos vulneráveis.¹²

O PHPN preconiza que ocorram consultas de pré-natal, através do atendimento de enfermeiros e médicos, de forma precoce, isto é, que a primeira consulta aconteça ainda no primeiro trimestre, até a 12ª semana de gestação, e que no mínimo seis consultas de baixo risco sejam realizadas durante uma gestação a termo, até a 42ª semana. Durante estas consultas, as gestantes devem receber orientações quanto as adaptações fisiológicas desta fase da vida, sobre como acontece o ciclo gravídico-puerperal e também sobre os seus direitos, tal como a garantia de um acompanhante durante o parto, o direito a ingesta hídrica e alimentos durante a parturição, sobre a sua liberdade de movimentos e o respeito a sua evolução no trabalho de parto, não sendo adotadas intervenções rotineiras desnecessárias.¹³

Sobre o pré-natal, 98,3% das gestantes afirmaram frequentar as consultas de pré-natal ofertadas na UBS onde estão adscritas, porém destas, apenas 51,6 afirmaram terem comparecido a um número mínimo de seis consultas. De acordo com Brito (2014), nas universidades os estudantes de cursos da área de saúde, de forma majoritária, dispõem de condições financeiras privilegiadas comparadas a da comunidade que estes posteriormente irão interagir, como complicador desta situação ele ainda aponta que as universidades não preparam estes futuros egressos, formando profissionais despreparados, desumanos e engazopados. Neste

ensejo, quando vão atuar no SUS não conseguem criar vínculo efetivo com a comunidade, e desta forma a UBS não consegue manter a assiduidade plena das usuárias.¹³

Tratando-se ainda sobre a dificuldade da adesão ao pré-natal das usuárias da UBS, um estudo realizado por Esposti et al (2015), revela que a prática da adesão acontece através de três pilares: disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade. Ela conclui que a disponibilidade está relacionada com a distância da UBS para a casa das pacientes, a dificuldade de acesso, a estrutura física; quanto a capacidade de pagar, algumas gestantes têm que pagar para se transportar para UBS, o que fica inviável a depender da condição financeira; aceitabilidade é responsável por definir o nível de vínculo que é conquistado pela equipe, e quanto de confiança o profissional inspira nos usuários.¹⁴

Diante deste cenário, foi possível perceber que os resultados desta pesquisa foram diferentes quando comparando aos achados do estudo de Santos (2015), que retrata que a maioria das puérperas (68,6%) compareceram a mais de 6 consultas, sendo possível se constatar que existe alguma barreira entre o profissional e a usuária, e que esta barreira é relacionada com a aceitabilidade, pois as gestantes em grande maioria têm ao menos uma consulta, mas não é dado seguimento nas consultas subsequentes, colocando em risco a efetividade do PHPN.⁹

No dia 07 de abril de 2005 foi sancionada pelo presidente vigente neste ano a Lei número 11.108, que dispõe sobre o direito à gestante de um acompanhante de sua livre escolha para todos os momentos do parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato), com intento de proporcionar mais segurança à gestante, dando mais autonomia a mesma, passando a humanizar mais esse momento.¹⁵

Concernente ao acompanhamento durante o parto, o presente estudo observou que o universo total das parturientes esteve em acompanhamento durante o parto, sendo garantido os acompanhantes de sua livre escolha. Dentre estas mulheres, apenas 1 (1,7%) confirmou que não achou proveitoso o acompanhamento durante o parto. Silva et al (2017) reforça que o acompanhante é capaz de oferecer apoio psicológico/emocional à parturiente durante este momento, caracterizado por um turbilhão de emoções, ressaltando que o ambiente hospitalar e os profissionais são desconhecidos em sua maioria, e a figura de alguém íntimo e de confiança desta mulher, reflete diretamente em pontos positivos que são vivenciados por todos que participam deste momento, tornando o ambiente acolhedor e humano.¹⁵

Corroborando com um estudo realizado em Minas gerais por Dias (2016), todas as parturientes também tiveram acompanhantes durante o parto, porém nesta pesquisa é relatado que em alguns serviços os profissionais resistiram de início ao acompanhante, julgando que

uma pessoa leiga neste momento poderia atrapalhar o processo de evolução, porém com o passar do tempo foi confirmado que com a devida preparação desde o pré-natal, e algumas instruções fundamentais no momento do parto ao acompanhante, a sua presença pode acabar proporcionando um grande auxílio a equipe neste momento.¹²

O PHPN usa como essência o guia prático das boas práticas obstétricas que foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde em 1996, com base em evidências científicas, este guia é dividido em quatro áreas sobre a assistência ao parto: práticas que funcionam e devem ser estimuladas, práticas ineficazes que devem ser banidas, práticas sem eficácia comprovada e deve ser banida e por fim, práticas que devem ser usadas com cautela.¹⁶

Sobre este assunto, é importante destacar alguns dados referentes a esta pesquisa: em 15% das parturientes foi realizado a episiotomia, em 5% foi feito a manobra de Kristeller, 6,7% das puérperas tricotomia dos pelos pubianos, 33,3% das mulheres não tiveram liberdade de escolher a posição do parto de sua preferência. Dentre as práticas que devem ser eliminadas segundo a OMS, Episiotomia, a manobra de Kristeller, e tricotomia de pelos pubianos, estas intervenções não tem fundamento científico, e mesmo sendo abolida desde 1996 ainda é realizada em alguns serviços, assim como foi encontrado também na pesquisa de Silva (2013), no município de Pelotas-RS.¹⁶

Em 17 de Janeiro de 2017, foi sancionada em Santa Catarina a Lei 17.097 que dispõe sobre punição ao profissional que realizar Violências Obstétricas, e entre essas violências estão: Episiotomia, ocitocina sintética sem indicação, uso de posição litotômica no parto, pois esta constrange a parturiente e não tem eficiência.¹⁷

Ainda sobre as recomendações da OMS, algumas práticas devem ser incentivadas devido a sua eficácia durante a evolução do trabalho de parto, como: Ingesta hídrica e alimentar durante o parto, métodos não farmacológicos para alívio da dor, contato cutâneo precoce entre a mãe e o bebê, estímulo ao aleitamento materno precoce na primeira hora de vida. A maioria das puérperas afirma que, essas medidas preconizadas foram de fato executadas, porém algumas mulheres afirmaram que essas medidas não foram oferecidas durante a parturição. Indo ao encontro do trabalho de Silva et al¹⁶, onde fica salientado que a oferta de ingestas hídrica e alimentar continua sem ser respeitada, e isto implica segundo Rodrigues et al¹⁰ na falta de energia durante o parto, levando a parturiente a um quadro de fadiga e indisposição.

Durante o parto natural preconizado pela OMS, este momento demanda de muita energia, e essa energia é advinda dos alimentos, sucos e semelhantes, se não é ofertado esses meios de obtenção calórica, a parturiente sofre sem energia e pode assim padecer de outras

violências. Ainda Rodrigues¹⁰ ressalta que não ofertar alimentação a essa mulher é infundada, já que mesmo em iminência de cirurgia cesariana a anestesia mais utilizada é a regional, que permite a participação da mulher e assim evita episódios eméticos.

É interessante perceber que mesmo com os pontos supracitados, demonstrando que algumas destas puérperas assistidas pelo serviço sofreram práticas que são caracterizadas como violência obstétrica, a grande maioria retrata que foram acolhidas com afeto e carinho e bem tratadas por toda a equipe multiprofissional, o que reflete na desinformação destas mulheres sobre as práticas iatrogênicas desnecessárias e rotineiras, consideradas uma violência obstétrica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 1º de junho de 2000, o ministério da saúde institui o PHPN, com o intuito de seguir as recomendações da OMS, e assim diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna, um grave problema público de saúde. Entendesse que, para diminuir a morbimortalidade é necessário humanizar o processo de parturição, e para isto ocorrer é necessário o envolvimento de um conjunto de profissionais de saúde que prestam assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Mesmo após 17 anos de sua implantação o PHPN ainda sofre com os entraves dos sistemas de saúde, que vão desde a adoção de uma nova postura da gestão até a sensibilização de todos que estão envolvidos.

É notável que uma das principais barreiras para a implementação do PHPN são os profissionais que atuam nos serviços de atenção ao parto, já que é evidente a escassez de informação e empoderamento destas mulheres desde as consultas de pré-natal. A falta de esclarecimentos aumenta a vulnerabilidade das gestantes e acompanhantes, podendo acarretar a condução do parto como um evento traumático, através da adoção de práticas de violências obstétricas, que vão de encontro ao que é preconizado pela humanização, prevista na política discutida por esta pesquisa.

Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas, para que informações científicas possam ser discutidas com mais veracidade, retratando a realidade das maternidades do nosso país, através da evidência das práticas de assistência ao parto que estão sendo realizadas, realizando um comparativo com a humanização, que deve ser adotada nos serviços, conforme preconização da PHPN.

REFERÊNCIAS

1. Moura FMJSP, Crizostomo CD, Nery IS, Mendonça RCM, Araújo OD, Rocha SS, A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2007 [acesso em 2016 novembro 02]; 452-455. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400018
2. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2005 [acesso em 2016 novembro 02]; 13(6), 960-967. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>.
3. Gonçalves CV, Cesar JA, Sassi RAM. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso em 2016 novembro 02]; 25(11):2507-2516. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n11/20.pdf>
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. [Internet]. 2014 [acesso em 2016 novembro 02]. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf
5. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2004 [acesso em 2016 novembro 02]; 20(5), 1281-1289. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0739.pdf>
6. Pavanatto A, Alves LMS. Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento: Indicadores e Práticas das Enfermeiras. Revista de Enfermagem da UFSM [Internet]. 2014 [acesso em 2016 novembro 02]; 4(4), 761-770. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/11329/pdf>
7. DATASUS. SISPRENATAL: Sistema de Acompanhamento da Gestante. [Internet]. 2016 [acesso em 2016 novembro 02]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal>.
8. Carvalho LKCAA, Carvalho FS, Silva AAG, Souza IBJ, Queiroz RCCS, Queiroz LLC. Caracterização dos óbitos maternos num município nordestino brasileiro. Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963 [Internet]. 2015 [acesso em 2017 junho 08];

10(2), 714-719. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11011>.

9. Santos JO, Pacheco TS, Oliveira PSO, Lopes Pinto VL, Gabrielloni MC, Barbieri M. Perfil obstétrico e neonatal de puérperas atendidas em maternidades de São Paulo. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental [Internet]*. 2015 [acesso em 2017 junho 08]; 7(1). Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=21755361&AN=100254731&h=mXEWddA4smVo%2fvfEGSYjlAfVqc371MSTxwv1%2fADjmhDO5LpCugpTNBQvKkathklCI1YbIBMAGLzzU%2bCJLfI2Bw%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d21755361%26AN%3d100254731>.

10. Rodrigues FAC, Lira SVG, Magalhães PH, Freitas ALV, Mitros VMS, Almeida PC. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Reprodução & Climatério [Internet]*. 2017 [acesso em 2017 junho 08]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208716300723>.

11. Soares RAL, Souza ATS, Oliveira JR, Soares MS, Crizóstomo CD, Sampaio Nery IS. CARACTERIZAÇÃO DE PARTOS NORMAIS NO TURNO DA NOITE E FATORES ASSOCIADOS. *Revista Ciência & Saberes-Facema [Internet]*. 2015 [acesso em 2017 junho 08]; 1(2), 105-111. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/30>.

12. Dias EG, Monção PR, Cerqueira NC, Souza MAS. Assistência de Enfermagem no parto normal em um hospital público de Espinosa, Minas Gerais, sob a ótica da puérpera. *Revista Interdisciplinar [Internet]*. 2016 [acesso em 2017 junho 08]; 9(2), 38-48. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/910>.

13. Brito MP. A importância das classes sociais na relação médico-paciente: adesão ao pré-natal. [Internet]. 2014 [acesso em 2017 junho 08]; 17-f. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/124162>.

14. Esposti CDD, Oliveira AE, Neto ETS, Travassos C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Saúde e Sociedade [Internet]*. 2015 [acesso em 2017 junho 12]; 24(3), 765-779. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/sausoc/article/view/104874>.

15. Silva TC, Bisognin P, Prates LA, Bortoli CFC, Oliveira G, Ressel LB. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro [Internet]*. 2017 [acesso em 2017 junho 12]; 7. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1294>.
16. Silva RC, Kerber NPC, Jardim VMR, Soares MC, Meincke SMK. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. *Texto & contexto enferm [Internet]*. 2013 [acesso em 2017 junho 12]; 629-636. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-688006>.
17. Lei de implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina, Nº 17.097, (17 DE JANEIRO DE 2017).