



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RONIELLE DUARTE SILVA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um olhar holístico para uma realidade silenciada

CAJAZEIRAS-PB

2018

RONIELLE DUARTE SILVA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um olhar holístico para uma realidade silenciada

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica em Enfermagem-UAENF, do Centro de Formação de Professores-CFP, da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Msd. Nívea Mabel de Medeiros

CAJAZEIRAS-PB

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras – Paraíba

S586v

Silva, Ronielle Duarte.

Violência obstétrica: um olhar holístico para uma realidade silenciada/
Ronielle Duarte Silva. - Cajazeiras, 2018.

68f.: il.

Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Nívea Mabel de Medeiros.

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. Enfermagem em obstetrícia. 2. Violência obstétrica. 3. Saúde da
mulher. 4. Puérperas. 5. Obstetrícia. I. Medeiros, Nívea Mabel de. II.
Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de
Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-083:618.2

RONIELLE DUARTE SILVA

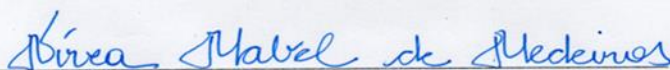
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um olhar holístico para uma realidade silenciada

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica em Enfermagem-UAENF, do Centro de Formação de Professores-CFP, da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Msd. Nívea Mabel de Medeiros

Aprovada em 31 / 01 /2018


BANCA EXAMINADORA



Msd. Nívea Mabel de Medeiros

Professora-Orientadora

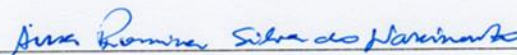
UAENF/ CFP/ UFCG



Dra. Anúbes Pereira de Castro

Professora - Membro Examinador

UAENF/ CFP/ UFCG



Dra. Aissa Romina Silva do Nascimento

Professora - Membro Examinador

UAENF/ CFP/ UFCG

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, aqueles que sempre me apoiaram e me incentivaram a buscar os meus sonhos. Sou extremamente grata por cada palavra de ânimo nos momentos difíceis, pelo apoio e pelos esforços, que fazem e já fizeram por mim. Essa vitória, eu dedico a vocês, que são minha base, meu estímulo diário para buscar ser uma pessoa melhor e para atingir os meus objetivos.

Com amor, dedico!

AGRADECIMENTOS

Chego ao final da graduação com a sensação de realização de um sonho, este que para se realizar foram necessárias muitas lágrimas, muitas noites em claro, muitas dificuldades e obstáculos vencidos, e hoje o sentimento que transborda é gratidão.

Começo agradecendo aquele que me deu a vida, aquele que me sustenta, aquele que me dá a paz. Obrigada Senhor por cada vitória e por cada batalha vencida. Serás para sempre o meu Criador.

Agradeço imensamente a minha família, sobretudo os meus pais, Cicero Bezerra e Maria Marta, e o meu companheiro na vida, Eliardo, por sempre estarem ao meu lado e por nunca me deixarem desistir dos meus sonhos. Estes são meu alicerce, minha fonte imensurável de força e de fé. Obrigada por tudo, essa vitória é de vocês.

Agradeço todo o apoio e incentivo da minha orientadora, professora Mestranda Nívea Mabel de Medeiros, que me inspirou com seu saber científico e suas experiências enquanto mulher e profissional, que esteve presente com sua sabedoria a me conduzir durante esta trajetória. Agradeço por toda a paciência e empenho para que eu conseguisse realizar essa pesquisa, através de seu incentivo e dedicação. Obrigada por cada ensinamento e por contribuir diretamente com esse sonho!

Agradeço a todos os professores que fazem parte da UFCG, pois de maneira indireta contribuíram com minha formação através de seus ricos ensinamentos e pelo compartilhamento de saberes.

As minhas amigas, Sandra Regina, Geovannya Iran e Ana Carolina, por terem tornado essa longa caminhada mais leve, pelo apoio e encorajamento nos momentos difíceis e de superação, a elas agradeço a amizade e a reciprocidade contínua. Grata por todos os momentos!

Agradeço de coração a todos os citados, pois cada um contribuiu a sua maneira para minha vida pessoal e profissional.

Muito obrigada!

“Tenho em mim todos os sonhos do mundo.”

Fernando Pessoa.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1- Caracterização dos dados sociodemográficos das participantes da pesquisa.....	26
Gráfico 1- Dados relevantes à pesquisa quanto ao tipo de parto que as mulheres/puérperas desejavam ter.....	28
Gráfico 2- Dados relevantes à pesquisa quanto à permanência em uma posição desconfortável.....	30
Gráfico 3- Dados relevantes à pesquisa quanto à vontade expressar suas emoções no pré-parto ou no parto.....	32
Gráfico 4- Dados relevantes à pesquisa quanto à realização de exercícios para ajudar no parto.....	34
Tabela 2- Procedimentos obstétricos realizados nas puérperas participantes do estudo.....	35
Gráfico 5- Dados relevantes à pesquisa quanto o contato físico com o filho ainda na sala de parto.....	38
Gráfico 6- Dados relevantes à pesquisa quanto ao desejo de engravidar novamente após a experiência do parto vaginal.....	40

SILVA, Ronielle Duarte. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um olhar holístico para uma realidade silenciada**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2018.

RESUMO

A violência contra a mulher se apresenta de diferentes formas e contextos, e uma delas tem sido bastante presente e não identificada: a violência obstétrica. A violência na assistência ao processo parturitivo se constitui em um grave problema para a saúde da mulher. Essa violência é resultado da própria precariedade do sistema de saúde, que também restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos. Desta forma, objetivou-se, analisar os atos no processo parturitivo consideradas como violência obstétrica em puérperas. Trata-se de um estudo de pesquisa de campo de caráter exploratório, com abordagem qualiquantitativa. A mesma foi desenvolvida na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo, que fica localizada no município de Cajazeiras-PB, com o intuito de alcançar o objetivo esperado. A amostragem foi composta por 25 puérperas de parto vaginal que estavam sendo atendidas na maternidade e que aceitaram participar do estudo. Os dados foram analisados através de abordagem qualiquantitativa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande. Com relação aos dados relevantes ao estudo, foi possível constatar que a violência obstétrica está atrelada na assistência prestada pelos profissionais, algo que se tornou corriqueiro e na maioria das vezes imperceptível para as que sofrem, fazendo-se necessário que as mulheres conheçam cada vez mais sobre essa temática e se apropriem de seus direitos. Embora a violência obstétrica seja algo que predomina nas ações de saúde, a humanização, embora ainda seja algo idealizado, se faz essencial para mudar esse cenário, devendo estar presente nas ações e nas instituições de saúde. Desta forma, faz-se necessário um olhar mais crítico e analítico para este assunto, fazendo com que o mesmo torne-se de amplo conhecimento e que as mulheres saibam identificar violência obstétrica com mais facilidade, buscando e reivindicando seus direitos de ter uma assistência livre de qualquer ato discriminatório, vexatório e/ou desumano.

Palavras chave: Enfermagem. Obstétrica. Saúde da Mulher. Violência.

SILVA, Ronielle Duarte. **OBSTETRIC VIOLENCE: a holistic look at a silenced reality**. 2018. Work Completion of course (Graduation in Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2018.

ABSTRACT

Violence against women presents itself in different forms and contexts, and one of them has been very present and unidentified: obstetric violence. Violence in parturition care is a serious problem for women's health. This violence is a result of the very precariousness of the health system, which also considerably restricts access to the services offered. In this way, the objective was to analyze the acts in the parturitive process considered as obstetric violence in puerperal women. This is an exploratory field research study, with a qualitative approach. It was developed at the Maternity Dr. Deodato Cartaxo, located in the municipality of Cajazeiras-PB, in order to achieve the expected goal. Sampling was composed of 25 puerperae vaginal delivery who were being treated at the maternity hospital and who accepted to participate in the study. Data were analyzed using a qualitative approach. The research was approved by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Campina Grande. With regard to the data relevant to the study, it was possible to verify that obstetric violence is linked to the care provided by professionals, which has become commonplace and often imperceptible to those who suffer, making it necessary for women to know more and more about this issue and to appropriate their rights. Although obstetric violence is something that predominates in health actions, humanization, although still idealized, is essential to change this scenario, and must be present in actions and health institutions. In this way, it is necessary to have a more critical and analytical look at this subject, making it become widely known and women to be able to identify obstetric violence more easily, seeking and claiming their rights to have free assistance of any discriminatory, vexatious and / or inhumane act.

Keywords: Nursing. Obstetric. Women's Health. Violence.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	14
2.1 GERAL.....	14
2.2 ESPECÍFICOS	14
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
3.1 VIOLÊNCIA: UMA ABORDAGEM GERAL.....	15
3.2 ASPECTOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	18
3.3 A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE.....	20
4. METODOLOGIA	24
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	24
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	25
4.3 AMOSTRAGEM.....	25
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	25
4.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	25
4.6 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	27
5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO .	27
5.2 DADOS RELEVANTES À PESQUISA PARA A CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	29
6. CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
APÊNDICES	53
ANEXOS	63

1. INTRODUÇÃO

A violência é vista atualmente em todos os ambientes e sendo praticada de inúmeras formas, constituindo-se como um grave problema social. Dentre os vários públicos que sofrem algum tipo de violência, encontra-se a mulher. De acordo com Andrade e Aggio (2014), a violência caracteriza-se como um grave fenômeno social que está em franca expansão, em todas as suas formas e, de modo especial, contra a mulher, ao longo da história e nos dias atuais ganhou caráter endêmico, fazendo-se cotidianamente presente em comunidades e países de todo o mundo, sem discriminação social, racial, etária ou religiosa. ..

A violência contra a mulher se apresenta de diferentes formas e contextos, e uma delas tem sido bastante presente e não identificada: a violência obstétrica. Na perspectiva de Oliveira *et al.* (2017), a violência obstétrica é caracterizada pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre os seus corpos e sexualidade, impactando negativamente em sua qualidade de vida.

Muitos avanços na adesão das boas práticas já foram conseguidos no Brasil, no entanto, o atual modelo de atendimento ao parto, marcado pela medicalização da assistência, transforma as intervenções obstétricas, que deveriam ser somente utilizadas com indicações precisas, em condutas rotineiras e desnecessárias, de acordo com as evidências científicas (ANDRADE *et al.*, 2016).

Embora o termo violência obstétrica seja pouco conhecido entre a população, esse ato ocorre com frequência no cotidiano das parturientes. Segundo Oliveira *et al.* (2017), a violência na assistência ao processo parturitivo se constitui em um grave problema para a saúde da mulher. Evidencia-se que 25% das mulheres brasileiras já sofreram algum tipo de violência durante o seu trabalho de parto e parto. Essa violência é resultado da própria precariedade do sistema de saúde, que também restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos.

Ainda que essa prática no Brasil seja corriqueira, ainda não existe uma lei específica que reconheça a violência obstétrica como uma forma de violação aos direitos das mulheres. Para Silva

et al. (2014), como estratégia ao enfrentamento desta realidade brasileira, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Maternidade Segura que objetiva respeitar a dignidade humana, os sentimentos, as escolhas e preferências de todas as mulheres, portanto, é mais do que a prevenção de mortes e morbidades e sim o desenvolvimento de um olhar holístico sobre as mulheres, abrangendo todo o biopsicossocial feminino.

No bojo dessa discussão, o Ministério da Saúde, cria a Política de atenção integral a Saúde da mulher que objetiva garantir os direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos deste grupo. Um exemplo disso é o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), de 2000, que busca avanços na cobertura e na qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, tanto para as mulheres quanto para seus filhos, segundo os direitos de cidadania (ANDRADE E AGGIO, 2014).

Para tanto o presente estudo norteia-se a partir da seguinte indagação: Quais as práticas e situações vivenciadas no processo de parto e nascimento são caracterizadas como violência obstétrica na perspectiva das puérperas? O mesmo justifica-se pela relevância em se trabalhar a temática, devido ao fato de que a violência obstétrica trás consequências físicas e psicológicas a vida da mulher, fazendo-se necessário o conhecimento dessa modalidade de violência, almejando assim, o seu enfrentamento e visando garantir os direitos reprodutivos, sexuais e humanos das mulheres. Desse modo, torna-se possível identificar atos considerados como violência obstétrica na assistência à mulher, promovendo estratégias que garantam a melhoria dessa problemática e que visem uma assistência de qualidade durante o processo parturitivo.

É importante ressaltar-se que o estudo poderá nos atentar para o índice baixo de parto do tipo vaginal pelas mulheres atualmente, tendo em vista que este tipo de parto é o que se obtém o maior risco de violência obstétrica, por permitir que a mulher não facilite o ato do parto propriamente dito. A partir desse contexto, é preciso considerar a humanização e o respeito às parturientes como um cuidado essencial e cotidiano nas maternidades, proporcionando uma assistência de qualidade, humanizada e livre de violência.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os atos no processo parturitivo consideradas como violência obstétrica em puérperas que tiveram parto vaginal, estabelecendo assim, um olhar mais holístico para essa prática silenciada na sociedade em que vivemos.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico das mulheres no período puerperal;
- Caracterizar os fatores biológicos, psicológicos e sociais que a violência obstétrica pode causar nas mulheres no período puerperal;
- Identificar a importância da enfermagem na assistência as mulheres vitima de violência obstétrica.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Violência: Uma abordagem geral

A violência é algo que sempre fez parte da humanidade, acarretando consequências negativas à vida daqueles que a sofrem ou já sofreram. A mesma é um evento presente em todos os contextos sociais e possui que várias formas de apresentação, constituindo-se como um problema de saúde pública devida sua alta magnitude. De acordo com Moura (2014), a violência ganha notoriedade nas políticas públicas e nos estudos científicos a respeito, principalmente na década de 90, que destacam a sua dramaticidade e seus efeitos negativos na saúde da população. Por essa razão, deve ser compreendida como um fenômeno representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprios ou a outros.

A palavra violência vem do latim *vis*, força, e significa: tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser (é desnaturar); todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar); todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade (é violar); todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que alguém ou uma sociedade define como justas e como um direito; conseqüentemente, violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror (CHAUI, 2011).

Violência, para a Organização Mundial de Saúde, caracteriza-se pelo uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (ROSA *et al.*, 2010).

Na perspectiva de Vieira *et al.* (2009), a violência origina medo e insegurança, ameaça à liberdade e à integridade física, moral e social das famílias, dificultando a busca de soluções equilibradas, justas e humanas. Descortinar esse contexto, na trajetória de "recuperação" de famílias que perderam pessoas vitimadas pela violência urbana, possibilita debates nos espaços de participação social do Sistema Único de Saúde (SUS), viabilizando e mobilizando as pessoas, no alcance da promoção da saúde e no exercício de uma cidadania responsável.

Embora a violência tenha estado sempre presente, a humanidade não deve aceitá-la como um aspecto inevitável da condição humana. Juntamente com a violência, sempre houve sistemas religiosos, filosóficos, legais e comunitários que foram desenvolvidos a fim de preveni-la ou limitá-la. Nenhum deles foi completamente eficaz, mas todos deram contribuições a esse traço definidor da civilização (DAHLBERG e KRUG, 2007).

Com base na transcendência e amplitude da violência, o Brasil adotou estratégias de notificação dos casos de violência, visando garantir e promover os direitos sociais e proteger às vítimas desse agravo.

Um conjunto de instrumentos legais foi criado para promover a notificação das violências interpessoais. Entre eles, um importante marco foi a publicação, em 2001, da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Em 2011, a Portaria MS/GM no 104/2011 incluiu a violência na relação de doenças e agravos de notificação compulsória em todo o território nacional. No tocante às crianças e adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente menciona o papel do setor Saúde na identificação, notificação e assistência integral às vítimas de violência (SILVA *et al.*, 2013).

Ainda com base no autor citado anteriormente, em relação à mulher, a obrigatoriedade dos serviços de saúde em notificar a violência contra esse grupo está disposta na Lei Federal no 10.778/03. Quanto ao idoso, o Estatuto do Idoso define a obrigatoriedade do profissional da saúde ou responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra os idosos de que tiver conhecimento, sob pena de multa.

Em função desse cenário, o Ministério da Saúde implantou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em dois componentes: vigilância de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA-Contínuo), e vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA-Sentinela), com o objetivo de gerar avaliações de forma mais ampla sobre o impacto e a caracterização da violência em todas as regiões do país. Essa estratégia de vigilância configura-se como uma ferramenta para aquisição de informações que podem ser utilizadas para planejar e executar medidas de prevenção das chamadas causas externas e da morbimortalidade no Brasil (VELOSO *et al.*, 2013).

A implementação deste sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, em seu componente do VIVA Contínuo e Sentinela, é responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O registro dos dados no módulo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado pelas SMS, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, o que é atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiológica de Estados e Municípios. A sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas, o perfil das vítimas e dos (as) prováveis autores (as) das violências (BRASIL, 2010).

A violência no contexto atual em que vivemos se constitui como uma chaga em nosso país, atingindo diferentes públicos da sociedade e se apresentando de diferentes formas, sendo de suma importância ampliar os debates sobre esse tema, abrangendo todas as suas modalidades e sendo importante estabelecer diretrizes nacionais e locais de prevenção da violência.

Para Galheigo (2008), ambas as definições avançam no sentido de entender violência não pelo resultado, mas pelo o ato, a ação em sua intencionalidade. Para a OMS, o evento é considerado violência mesmo que não resulte em dano real, desde que haja um potencial de dano significativamente alto. Entretanto, são limitadas conceitualmente para lidar com a complexidade do fenômeno e as diferentes violências que se apresentam. Ampliar o debate acerca dos conceitos e das confusões em torno do papel da violência na sociedade é essencial para resolver certos mal-entendidos.

Finalmente, vale lembrar que a manifestação da violência é reconhecidamente um fenômeno que acompanha as sociedades humanas desde o alvorecer da espécie, caracterizando-se como um elemento inerente à vida em sociedade. A perspectiva histórica nos mostra que, apesar de sua persistência ao longo do tempo, as motivações, a aplicação, o impacto e o entendimento da violência mudaram muito ao longo da trajetória humana, estando sempre intimamente relacionados ao contexto sociocultural onde está inserida. Mas revela também que diferentes mecanismos têm sido utilizados na busca por um maior equilíbrio da homeostase social (LESSA, 2009).

3.2 Aspectos da violência obstétrica

A maternidade é uma fase da vida da mulher regada de emoções e de expectativas. Nesse ciclo de vida, a mulher passa por grandes mudanças físicas, psicológicas, emocionas e sociais, e isso requer uma assistência de qualidade durante o pré-natal, parto e puerpério. Algumas mulheres em seu processo parturitivo passam por condutas inadequadas, que se caracterizam como violação dos direitos humanos básicos das mulheres.

Para Kondo *et al.* (2014), é muito comum a mulher ser tratada de forma grosseira, humilhante, desrespeitosa, agressiva ou mesmo violenta, pelo simples fato de ser mulher. Isso acontece nas ruas e em casa, quando a mulher está trabalhando, cuidando dos seus afazeres ou simplesmente se divertindo. Muitas vezes a mulher se sente desrespeitada, mas seu sentimento não é reconhecido ou é tratado como uma coisa boba. No parto não é diferente. Isso ocorre pelo fato de que no momento do parto a mulher encontra-se totalmente exposta, susceptível, leiga em relação aos seus direitos e sob os cuidados de pessoas até então desconhecidas.

Dentro deste contexto, surge o conceito de violência obstétrica (VO), a qual é expressa principalmente pela negligência na assistência, discriminação social, violência verbal, física e psicológica, sendo também considerado ato de violência obstétrica, o uso inadequado de tecnologias e a adoção de procedimentos durante o ciclo gravídico-puerperal sem o consentimento explícito e informado da gestante/parturiente, ferindo os princípios dos direitos individuais da mulher. Esses atos de violência podem ser cometidos por pessoas íntimas, estranhas, profissionais ou até mesmo por instituições, podem contribuir para complicações ou efeitos indesejáveis ao binômio mãe-filho (ANDRADE *et al.*, 2016).

Segundo Silva *et al.* (2008) o conceito internacional de violência no parto define qualquer ato ou intervenção direcionada à parturiente ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências.

A integridade corporal das mulheres e seu bem estar emocional parecem não ser desfechos relevante para a saúde pública das mães; ainda são escassas as investigações nacionais sobre a satisfação da mulher com a experiência de dar à luz. Em outra medida e perspectiva, o desrespeito e

abuso cometido por parte dos profissionais de saúde contra as mulheres na gestação e no parto, foi também comprovado pelo Teste da Violência Obstétrica, respondido por quase duas mil mulheres nos meses de março e abril de 2012, em que metade delas se disse insatisfeita com a qualidade do cuidado médico e hospitalar recebido para o nascimento de um filho (SILVA *et al.*, 2014).

Pesquisas em diversos estados brasileiros evidenciaram o uso arbitrário de autoridade pelos profissionais de saúde em relação ao corpo e à sexualidade das mulheres durante o parto e pós-parto. No Brasil, uma entre quatro mulheres sofre violência durante o parto, sendo as condutas desrespeitosas e grosseiras as reclamações mais frequentes entre as puérperas (ANDRADE *et al.*, 2016).

O reconhecimento de maus-tratos e desrespeitos são percebidos e nomeados como violência, já em outra situação estas condutas necessárias como parte do exercício da autoridade profissional o que difere é o julgamento moral a qual a paciente é submetida, da intensidade do ato, do contexto da situação. Estes exibem uma dificuldade de reconhecerem a violência na assistência à saúde pelo entendimento de alguns profissionais de saúde a violência provocaria uma maior gravidade do ato, causador de dano físico ou emocional propositalmente, humilhação intencional e preconceito, no entanto, frases irônicas igualmente moralistas e preconceituosas frequentemente ditas em tom de “brincadeira” foram vistas como uma forma de humor (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

O Ministério da Saúde (MS), baseado nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), tem oferecido diretrizes para um amplo processo de humanização da assistência obstétrica por meio do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com vistas a atender a especificidade de cada mulher no processo de parturição. Esse programa tem o intuito de minimizar as práticas inapropriadas e desnecessárias ao parto, humanizando a assistência ao ciclo gravídico-puerperal (LUZ; ASSIS; REZENDE, 2015). Este programa foi implantado em 2000 pelo MS constituindo-se, posteriormente, a Política Nacional de Humanização (PNH).

O objetivo da PNH é contribuir para a transformação dos modelos tradicionais de gestão e atenção em saúde, estimular as práticas de co-gestão dos processos de trabalho e atender as demandas manifestadas pelos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Superando o simples atendimento e o acesso à medicação, essas demandas situam-se principalmente, na integralidade desse atendimento e no que tange os direitos dos usuários (FIALHO, 2008).

Sob este olhar, em 2012, por uma escassez de referências na produção técnica e jurídica brasileira, foi elaborado pela Rede de Maternidade Ativa, um manual tipificando a violência obstétrica praticada no Brasil contra as mulheres, durante o processo parturitivo. Desse modo, atos caracterizados como violência obstétrica foram considerados todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis, conforme se segue. Assim, a violência obstétrica pode ser compreendida em seis distintas modalidades de caráter: físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático (VIEIRA, 2016).

Condutas violentas como o uso de jargões pejorativos, ameaças e reprimendas contra as pacientes no cotidiano da assistência em maternidades e negligência no manejo da dor são consideradas comuns e até consensuais entre os profissionais, que por vezes as confundem com o exercício da autoridade em um contexto "difícil". Essas ações são forjadas por relações de gênero que sistematicamente (e historicamente) obstruem a comunicação e ação livres, interditam a sexualidade e desrespeitam os direitos da paciente (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Para Oliveira *et al.* (2017), dessa maneira, mostra-se evidente a necessidade de se refletir que é necessário modificar o acesso ao direito reprodutivo básico. Logo, é preciso implementar estratégias para aumentar a segurança, um atendimento humanizado, aumentando a satisfação das usuárias, nas maternidades e hospitais, com o intuito de que os atendimentos nesses locais possam ser uma experiência gratificante para as parturientes.

3.3 A importância da humanização na assistência à parturiente

A gestação na vida da mulher corresponde a uma fase rica de experiências novas e marcantes, sobretudo o parto que se caracteriza como um marco e um momento ímpar na vida de qualquer mulher. Para Santos e Ramos (2010), o parto é uma experiência única, de significância psicológica, que pode deixar marcas positivas ou negativas dependendo da experiência vivenciada pela mulher. É um processo, além de fisiológico, cheio de significados onde ela deve ser a protagonista desse acontecimento.

Infelizmente durante o parto as mulheres não passam somente por experiências positivas, em algumas vezes as parturientes são submetidas a atos que se relacionam com a violência

obstétrica. Na afirmativa de Figueirêdo *et al.* (2004), a violência sobre o corpo da mulher em trabalho de parto tem sido um contexto motivador de desconforto, que aparece permanentemente justificada nas condições físico-emocionais dos cuidadores, nas condições de trabalho, no sistema de saúde em franca desarrumação. Na verdade, é como se tudo estivesse sendo violentado.

Nos dias atuais, o medo de sofrer durante este evento, não só assusta as parturientes, mas provavelmente, vêm lhes impondo uma vivência solitária em um ambiente desconhecido, no qual são cercadas por pessoas também desconhecidas, caracterizando uma mudança cultural. Na passagem do parto normal domiciliar para o hospital, o controle da parturição, foi assumido pelos profissionais de saúde, que, comumente, não consultam a parturiente sobre suas preferências ou sentimentos em relação ao que vivem (TEIXEIRA e PEREIRA, 2006).

Nesse contexto, para que o momento da gestação e do parto seja uma experiência positiva e com boas recordações é necessário que haja uma humanização por parte dos profissionais e dos envolvidos nesse processo. De acordo Fialho (2008), a Organização Mundial de Saúde – OMS argumenta que o parto humanizado tem início no pré-natal com o aconselhamento e explicação do processo gravídico-puerperal, considerando as necessidades da mulher na admissão e no parto; devem-se respeitar suas individualidades e desejos; durante o trabalho de parto dar liberdade de escolher a posição mais apropriada e agradável para parir, monitorar seu estado e do bebê e, após o parto, prestar os cuidados à puérpera e ao bebê.

Cechin (2002, p.445) acredita que a humanização da assistência à mulher, consiste em acolher a parturiente, respeitar sua individualidade, “oferecer ambiente seguro, oportunizar um acompanhante e não intervir em processos naturais com tecnologia desnecessária”. Também, Enning (2000) afirma que, o ideal seria que toda mulher enxergasse o parto como o ato verdadeiro de dar a luz, um processo espontâneo, sem necessidade de grandes intervenções, e não considerá-lo como um ato médico.

Um estudo demonstrou a necessidade de uma assistência respaldada no direito da mulher, em que durante a assistência a mulher todo procedimento e plano de cuidado têm de ser explicado, e esta explicação ofertada pelo profissional de saúde culmina em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que constitui um direito da mulher, que cabe a ela concordar ou recusar com esse documento estabelecido quais práticas serão empregadas na sua assistência. As ações características de violência obstétrica não são bem distinguidas pela equipe de saúde; igualmente, os mecanismos

de reclamação e agências de assistência às mulheres vítimas de violência obstétrica e violência em geral são desconhecidos da equipe de saúde. O que resulta em uma enorme necessidade de uma capacitação da saúde quanto à violência obstétrica (FANEITE; FEO; MERLO, 2012).

Para que a parturiente seja bem assistida neste momento peculiar de sua vida, cabem aos profissionais da saúde a criação e utilização de conhecimentos científicos sistematizados e direcionados para a necessidade individual. Como exemplo, podemos citar os instrumentos legais e básicos que preparam o enfermeiro para o desenvolvimento de um cuidado holístico e respeitoso, tornando a assistência ao ciclo gravídico-puerperal menos medicalizada como prega sua formação (SILVA *et al.*, 2014).

Sob a visão de Fialho (2008), a humanização da parturição é um ideal que está, pouco a pouco, se tornando uma realidade. Humanizar é promover assistência de qualidade a parturiente através do alívio a dor, do conforto físico e emocional, da liberdade para escolher como deseja ter o bebê, dando-lhe suporte (material, pessoal e emocional) necessário para que mãe, bebê e acompanhante escolhido vivenciem todo processo de forma mais tranquila e feliz. Além disso, é estar/ser consciente de nossas atitudes como profissionais de saúde que estão ajudando a trazer uma nova vida ao mundo.

Desse modo, a humanização da assistência vem contribuir para uma mudança de práticas e favorecer um modelo que assegure o protagonismo da mulher, com o seu parto em um evento social. Assim, o paradigma humanístico permite uma contribuição aos aspectos fisiológicos do parto e do mesmo modo, a diminuição de práticas consideradas como violentas na atenção ao processo de nascimento (VIEIRA, 2016).

A equipe de enfermagem se configura como parte fundamental nessa fase de vida da mulher, uma vez que a enfermagem está presente em todos os momentos da gestação, desde o pré-natal até o nascimento, sendo de suma importância que esses profissionais prestem uma assistência humanizada e pautada no respeito ao corpo feminino, o que nem sempre acontece. Pois de acordo com Santos e Ramos (2012), na maioria das vezes, o enfermeiro presta uma assistência descontextualizada, tendo em vista que suas ações são voltadas apenas para o procedimento em si e não para a mulher, limitando-se apenas à prescrição médica para prestar assistência à parturiente.

A humanização e o vínculo estabelecido entre o profissional e a paciente, faz com que a gestante se sinta mais confiante e segura para passar pelo trabalho de parto, tornado esse momento

único, mais leve, saudável e facilitando o diálogo entre ambas as partes. Pois para Oliveira *et al.* (2017), a relação profissional de saúde-paciente, usualmente assimétrica, faz com que as mulheres, sentindo-se menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos, tenham dificuldades em participar da decisão diante das questões técnicas levantadas pelos profissionais de saúde, fato esse que poderia ser solucionado ou pelo menos amenizado com a prática da humanização na assistência ao parto e nascimento, que engloba os cuidados de enfermagem durante o processo gravídico-puerperal.

Ressalta-se que a violência obstétrica é ainda pouco reconhecida enquanto um ato violento, pois no mesmo momento que ela ocorre, as mulheres estão vivenciando marcantes emoções, que as fazem se calar, sendo necessário abordar os direitos da mulher durante a gestação, parto e pós-parto, especialmente nas consultas de pré-natais, onde se tem a oportunidade de abordar os variados assuntos e, instrumentalizá-la para à tomada de decisões no que se refere ao seu corpo e a sua parturição, e que ela possa argumentar e denunciar situações de desrespeito (ANDRADE E AGGIO, 2014).

Para Morera *et al.* (2014), desvelar a violência no interior dos serviços de saúde é fundamental para que a situação possa ser compreendida em seu todo médico e social, com práticas assistenciais adequadas e intersetoriais, resultando na oferta de um cuidado integral de qualidade. Este processo abarcaria o entrosamento da saúde com os direitos humanos (e o das mulheres), lidando com os aspectos relacionados à sua violação em busca da recuperação desses direitos no restabelecimento da ética nas relações interpessoais, além do tratamento integrado dos agravos à saúde constatados e recorrentes.

Ademais, constata-se que a violência obstétrica necessita de mais estudos relacionados com o desenvolvimento de práticas que proporcionem mudanças na situação problema, destacando-se que essas práticas precisam incluir todos os atores envolvidos nas situações de violência obstétrica, ou seja, as mulheres/puérperas, os profissionais, a população como um todo e as instituições de saúde. Dessa forma, para que possa transformar a forma de nascer não só no Brasil, mas em todo o mundo, pois a mulher merece parir com dignidade e o bebê merece nascer com tranquilidade e segurança.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

O referido estudo caracterizou-se como pesquisa de campo de caráter exploratório com abordagem quali quantitativa. A mesma foi desenvolvida na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo, que fica localizada no município de Cajazeiras-PB, com o intuito de alcançar o objetivo esperado. De acordo com Silveira e Córdova (2009), a pesquisa é a atividade nuclear da Ciência, ela possibilita uma aproximação e um entendimento da realidade a investigar. A pesquisa é um processo permanentemente inacabado. Processa-se por meio de aproximações sucessivas da realidade, fornecendo-nos subsídios para uma intervenção no real.

Segundo Piana (2009), a pesquisa de campo é o tipo de pesquisa que pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada. Ela exige do pesquisador um encontro mais direto. Nesse caso, o pesquisador precisa ir ao espaço onde o fenômeno ocorre, ou ocorreu e reunir um conjunto de informações a serem documentadas [...]. A pesquisa exploratória possui planejamento flexível, o que permite o estudo do tema sob diversos ângulos e aspectos. Em geral, envolve: levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão (PRODANOV, 2013).

Consoante a Minayo (2001), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para Oliveira (2011), a pesquisa quantitativa busca a validação das hipóteses mediante a utilização de dados estruturados, estatísticos, com análise de um grande número de casos representativos, recomendando um curso final da ação. Ela quantifica os dados e generaliza os resultados da amostra para os interessados.

4.2 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado nas margens do semiárido paraibano no município Cajazeiras-PB, na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo, localizada na Rua Dr. José Moreira de Figueiredo, Bairro Cristo Rei.

4.3 Amostragem

O estudo seria composto por uma população de 30 puérperas atendidas na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo, mas, no período de coletas foram excluídas da pesquisa 5 puérperas por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, permanecendo uma amostra de 25 mulheres, provenientes de parto vaginal.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa mulheres puérperas que estavam internadas no cenário de estudo no período da coleta de dados; fossem maiores de 18 anos; mulheres que tinham parido por parto vaginal e aquelas que aceitaram participar da pesquisa. Sendo excluídas do estudo mulheres que não atendiam ao que se exigia na inclusão e mulheres que tinham algum transtorno mental que a dificultasse responder o questionário.

4.5 Instrumento para Coleta de Dados

Foi elaborado um questionário semiestruturado (APÊNDICE A) com perguntas objetivas e subjetivas, com dados sócio-demográficos e dados relevantes para o estudo. Durante a entrevista, as puérperas podiam estar acompanhadas por familiares, se assim quisessem. Através da aplicação do questionário semiestruturado levantou-se informações precisas e pertinentes para a perspectiva do estudo por meio de diálogos com as entrevistadas, não havendo desistências no ato das entrevistas. Posteriormente os dados foram contextualizados.

4.6 Procedimento para Coleta de Dados

As entrevistadas foram abordadas no cenário da pesquisa, sendo as mesmas informadas sobre a importância da participação no estudo, sobre os seus objetivos, os possíveis riscos ao

participarem, e seus benefícios ao concordarem. Após essa explanação, foi pedido para que as puérperas assinassem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido TCLE (APÊNDICE B), e posteriormente indagadas com as perguntas do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A).

As entrevistas ocorreram na maternidade, sendo realizadas 10 visitas ao todo, para se conseguir a amostragem ideal para o estudo. As puérperas foram entrevistadas ainda nas enfermarias em que se encontravam, na qual se mostravam interessadas em participar da pesquisa, respondiam todas as perguntas do questionário semiestruturado e demonstravam interesse em saber mais sobre a temática proposta, expondo suas dúvidas e relatando suas experiências com o trabalho de parto e parto.

4.7 Análise de Dados

Os dados foram analisados através de uma abordagem quali-quantitativa, por meio de etapas bem definidas. A primeira etapa se deu a partir de uma análise criteriosa das repostas obtidas nas entrevistas. Na segunda etapa fez-se a quantificação dos dados obtidos com o instrumento de coleta, busca por autores que relatassem a mesma abordagem do estudo, contextualização dos resultados e transcrição para tabelas e gráficos, através do programa Excel 2010.

4.8 Posicionamento Ético

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com as exigências formais definidas na resolução 510 de 2016 e 466 de 2012, Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual tem por objetivo regulamentar a pesquisa envolvendo seres humanos, com base na autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, entre outros princípios (BRASIL, 2016). A mesma foi aprovada pelo Comitê de Ética e pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, sobre CAAE: 80555817.8.0000.5575, e com número de parecer: 2.488.450.

A pesquisa foi respaldada em um posicionamento ético, e de acordo com Guerriero (2010), com respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos, bem como aos hábitos e costumes, dos participantes das pesquisas.

Os riscos previsíveis com a pesquisa foram possíveis constrangimentos, pois a mesma não acarretou riscos às mulheres participantes e nem danos morais ou éticos as entrevistadas. Cabe ressaltar, que a pesquisa trouxe um maior discernimento sobre os atos que se enquadram como

violência obstétrica, tornando-se uma pesquisa relevante para uma abordagem que se encontra em evidência.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Características Sócio-demográficas das participantes do estudo

Os resultados apresentados a seguir abordam inicialmente as características sócio-demográficas das mulheres que participaram do estudo, sendo essa caracterização feita a partir de entrevistas, com perguntas semiestruturadas, realizadas com as que aceitaram participar do estudo durante o período puerperal. Para isso utilizou-se como variáveis: idade, estado civil, número de gestação, etnia, profissão, tipo de moradia, renda familiar e grau de escolaridade, conforme demonstrado na tabela a seguir.

Tabela 1. Caracterização dos dados sociodemográficos das participantes da pesquisa (amostra = 25).

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Idade		
Entre 18 e 29 anos	20	80%
Entre 30 e 39 anos	5	2%
Estado civil		
Solteira	8	32%
Casada/união estável	17	68%
Número de gestação		
Primípara	12	48%
Múltipara	13	52%
Etnia		
Negra	2	8%
Parda	19	76%
Branca	4	16%
Profissão		
Desempregada	5	2%
Agricultora	5	2%
Dona de Casa	12	48%
Autônoma	3	12%
Tipo de moradia		

	Própria	19	76%
	Alugada	5	2%
	Outros	1	4%
Renda			
	Menos de 01 salário	17	68%
	Igual a 01 salário	7	28%
	Mais de 01 salário	1	4%
Grau de escolaridade			
	Ensino Fundamental completo	1	4%
	Ensino Fundamental incompleto	8	32%
	Ensino médio completo	7	28%
	Ensino médio incompleto	8	32%
	Ensino superior completo	-	-
	Ensino superior incompleto	1	4%

Fonte: Dados da pesquisa/2018.

Desta forma, foram entrevistadas 25 mulheres/puérperas, em que, em relação à idade, obteve-se uma predominância de 20 a 29 anos, representando 12 (48%) do total de participantes. Quanto ao estado civil, a maior parte das entrevistadas declararam serem casadas ou possuírem união estável, correspondendo a 17 (68%), e outras 8 (32%) afirmaram serem solteiras. Dentre as participantes do estudo, no que tange o número de gestações, 12 (48%) eram primíparas e 13 (52%) eram múltiparas.

Quanto à etnia, a maior parte se declararam como sendo pardas 19 (76%), seguindo por mais 4 (16%) mulheres brancas e 2 (8%) mulheres negras. Com base nos dados da pesquisa, em relação à profissão, grande parte se intitulou como donas de casa, equivalendo a 12 (48%) entrevistadas, relatando também sobre o tipo de moradia, em que 19 (76%) afirmaram residirem em casas próprias. As rendas familiares predominantes foram inferiores a 01 salário mínimo, representando 17 (68%). Já sobre o nível de escolaridade, prevaleceram as de ensino fundamental incompleto 8 (32%) e ensino médio incompleto 8 (32%).

Levando em consideração esses aspectos, existem diferenças culturais entre essas mulheres, o que dificulta a compreensão sobre o que seja a violência obstétrica e de que possa está sendo vítima da mesma. Cada uma delas possui sua subjetividade, desta forma, todas necessitam de uma assistência qualificada e humanizada no ciclo grávido-puerperal, respeitando assim suas peculiaridades. A humanização durante esse período é essencial para que o trabalho de parto e parto

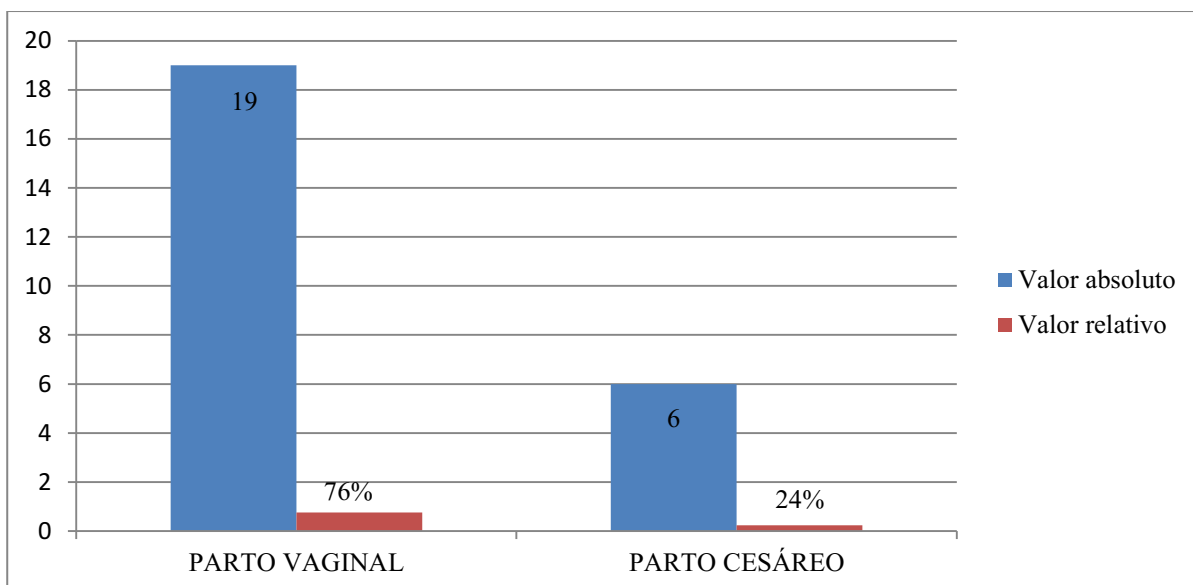
não sejam somente experiências dolorosas, mas sim, experiências de crescimento e realização para a mulher e família.

Em consonância ao que foi exposto, Oliveira *et al.* (2017) ratifica que, humanizar diz respeito à prestação de uma assistência que tenha como prioridade a qualidade do cuidado, garantindo o respeito quanto aos direitos do paciente, sua individualidade e cultura, bem como a valorização do profissional que presta a assistência, estabelecendo assim um ambiente concreto nas instituições de saúde que regularize o lado humano das pessoas envolvidas no processo de cuidar.

5.2 Dados relevantes à pesquisa para a caracterização da violência obstétrica

Inicialmente, todas as 25 entrevistadas relataram o tipo de parto que gostariam de ter tido, sendo que dessas, 19 (76%) afirmaram que sempre desejaram ter o parto vaginal e as outras 6 (24%) preferiam ter passado pelo parto cesáreo, dados esses, estão expressos no gráfico abaixo. Isso mostra que o parto vaginal ainda é algo que perpassa o interesse da mulher, muito embora o parto cesáreo seja colocado perante a sociedade como a melhor e menos dolorosa escolha, o que sem dúvidas interfere diretamente no psicológico das mulheres que vão dar a luz.

Gráfico 1: Dados relevantes à pesquisa quanto ao tipo de parto que as mulheres/puérperas desejavam ter (amostra= 25 entrevistadas).



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Corroborando com o exposto, Sena (2012) explana que, no Brasil, vive-se hoje a cultura cesarista, que não reconhece a autonomia feminina e considera mais o número de nascimentos que a qualidade da assistência. Isso prioriza o saber médico e ressalta a relação de poder entre os profissionais de saúde e as mulheres, reafirmando o fenômeno de medicalização do parto.

O nascimento de um filho é sem dúvidas uma experiência marcante na vida de qualquer mulher, isso faz com que as mesmas sintam-se mais vulneráveis e receosas. Durante as entrevistas, as puérperas puderam relatar quais os sentimentos que se evidenciavam durante o trabalho de parto. Com base nisso, foram analisados criteriosamente todos os discursos, e os sentimentos que tiveram mais ênfase entre as entrevistadas foram os de: muita dor, medo, insegurança e nervosismo. Talvez, isso ocorra pelo fato de que a mulher vem perdendo sua autonomia e seu poder de escolha perante o período perinatal, tornando-se cada vez mais submissa e entregue aos profissionais de saúde, que acabam por retirar seu protagonismo nesse momento ímpar.

Com base nos achados da pesquisa, em relação aos sentimentos, a dor foi o mais relatado dentre as participantes do estudo, sendo também o que elas mais reclamaram. O estresse do momento, aliado aos outros sentimentos relatados, faz com que a dor se sobressaia perante a alegria e a emoção do nascimento de um filho. Ainda sobre essa premissa, para Frello; Carraro; Bernardi, (2011), a dor pode ser potencializada quando é acompanhada por estresse e desconforto, além do medo e da insegurança, ao perder a privacidade familiar, tendo que se adaptar às rotinas da instituição e, muitas vezes, conhecendo a equipe profissional somente durante o processo de parto.

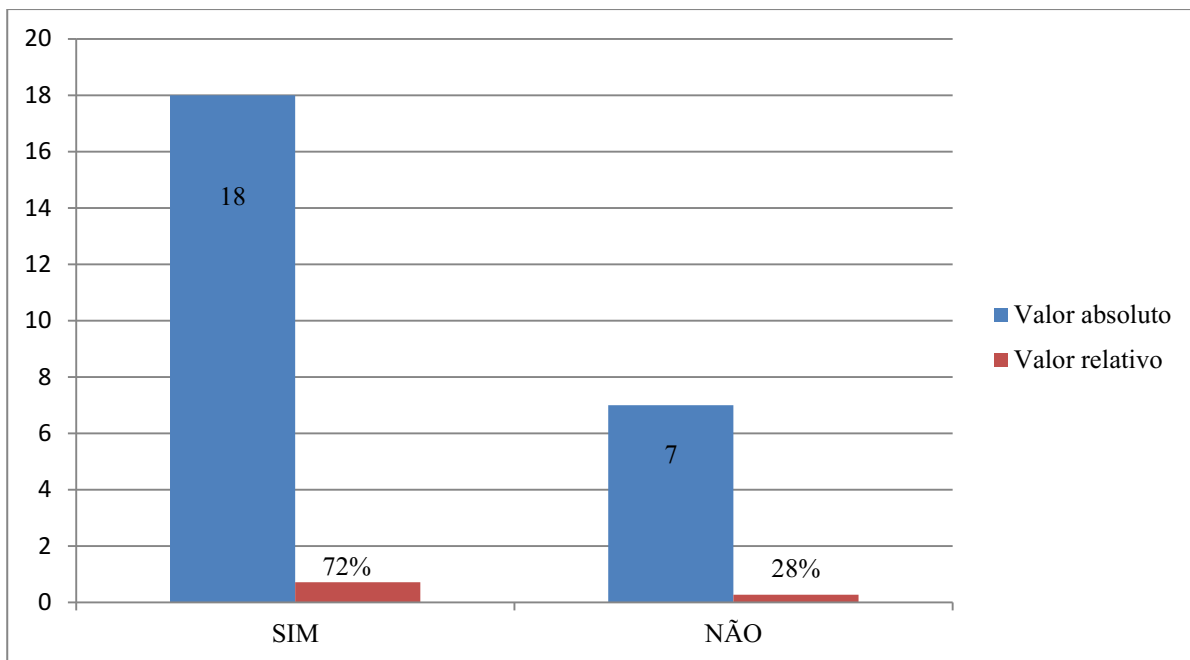
No bojo dessa discussão, Cunha (2015) assegura que, para o imaginário popular, o parto deixou de ser um momento de vida, para tornar-se um momento de risco e sofrimento tanto para a mãe quanto para o bebê. O médico passou a ocupar o centro de toda a cerimônia de nascimento, como figura de destaque e importância, por ser ele o responsável pelo sucesso do procedimento e alívio de todas as dores. A mãe ocupa apenas o espaço secundário de “portadora” da criança.

Para que a mulher se sinta segura e confiante com o trabalho de parto é necessário que ela seja vista como um ser singular, que sejam respeitadas suas individualidades e seus desejos, ajudando para que o ambiente e o ato do parto se tornem mais naturais e confortáveis. Para Nilsen; Sabatino; Lopes, (2011), observar a forma como cada mulher reage ao trabalho de parto, com a finalidade de diminuir os desconfortos gerados pela dor, somados à abertura para que expresse seus

sentimentos, vai além das questões biológicas, pois ameniza o sofrimento ao respeitar seu direito de parir com dignidade.

Durante a entrevista, as puérperas foram indagadas se haviam permanecido em uma posição que não se sentiam confortável durante o período de pré-parto e de parto. Com isso, obteve-se como resultado que dentre as 25 entrevistadas, 18 (72%) afirmaram terem ficado em uma posição incômoda, posição essa, que incluía ficar deitada e/ou sentada, sendo que 7 (28%) relataram que não ficaram em uma posição desconfortável devido o curto espaço de tempo entre o pré-parto e o nascimento do concepto. Esses dados estão representados no gráfico abaixo.

Gráfico 2: Dados relevantes à pesquisa quanto a permanência em uma posição desconfortável (amostra= 25 entrevistadas).



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Com base nos dados expostos, é de fundamental importância que haja uma maior humanização na assistência prestada as mulheres em trabalho de parto, sendo inaceitável que as mesmas permaneçam por longos períodos em posições dolorosas e desconfortáveis. Podendo dificultar o trabalho de parto. Faz-se necessário, que a equipe envolvida no cuidado tenha maior empatia e sejam mais humanos, pelo fato de que o parto pode se tornar um evento traumático, desta forma, cabe aos profissionais prestar todas as informações e cuidados necessários para que a mulher se sinta mais confiante e segura quanto ao período perinatal.

Dos profissionais de saúde no processo de parto, esperam-se grandes doses diárias de sensibilidade e paciência ao cuidar das mulheres em trabalho de parto, que ofereçam suporte emocional ao reconhecer as características de cada mulher, seus medos e angústias, ao prestar cuidados conforme esse relacionamento se fortalece, criando uma esfera confortável para que a parturiente expresse-se e seu parto se desenvolva tranquilamente (FRELLO; CARRARO; BERNARDI, 2011).

Os profissionais de saúde que prestam amparo à parturiente desempenham uma função importante em suas vidas, pois eles são os responsáveis por auxiliar em um ciclo marcante na existência de qualquer mulher. Diante disso, é importante que os mesmos deixem seus preconceitos de lado, e tratem de cada indivíduo de maneira singular e única, evitando sempre comentários constrangedores, desnecessários e humilhantes. Partindo desse pressuposto, as entrevistadas, ao serem questionadas sobre esse tipo de acontecimento, ficavam receosas de falarem sobre esse assunto, mas relataram ouvir comentários ditos de maneira despretensiosa ou até mesmo certos olhares de julgamento, como também, relataram sobre a falta de interesse por parte dos profissionais em prestar informações claras e de fácil entendimento. Com base nisso, sabe-se, que a violência obstétrica está atrelada a várias formas, podendo esse tipo de comportamento se enquadrar na violência obstétrica de caráter psicológico.

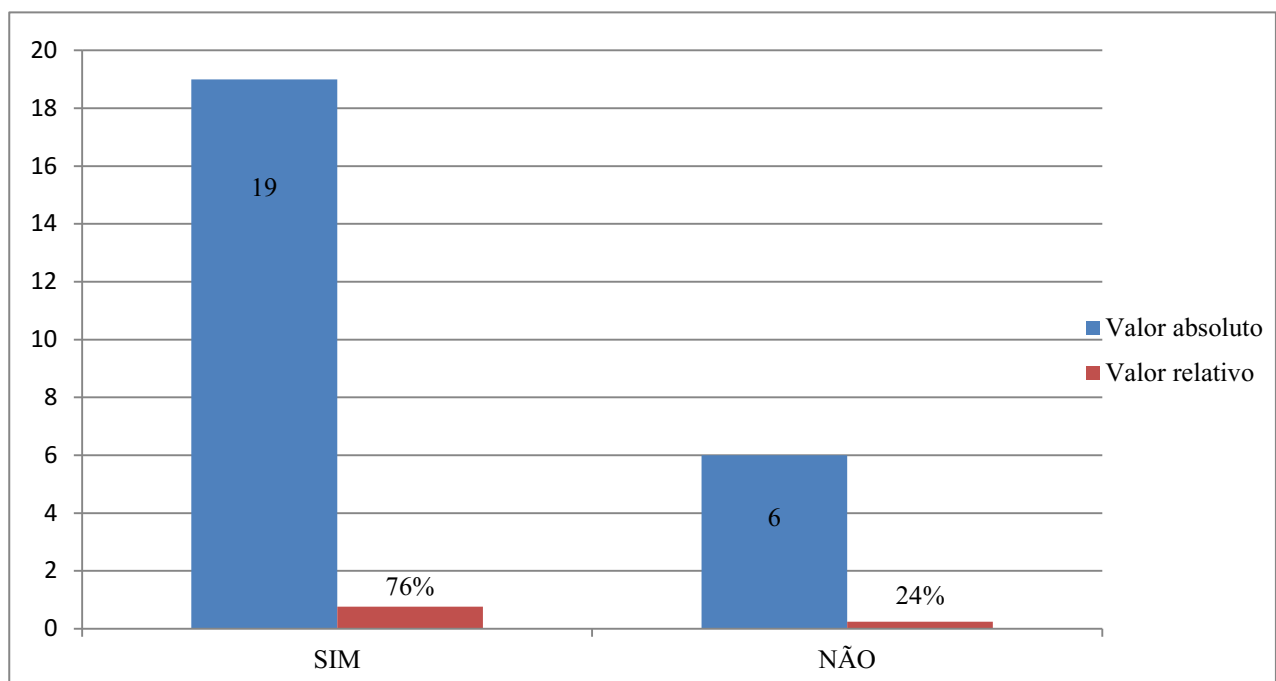
Partindo dessa mesma prerrogativa, Vieira (2016) trás em seu texto que violência obstétrica de caráter psicológico é, toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Esse caráter tem como exemplos ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais.

Diante do exposto, humanizar e qualificar a atenção em saúde significa aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos, visto que a atenção humanizada e de boa qualidade conduz ao estabelecimento de melhores relações entre sujeitos, mesmo que estes possuam características distintas quanto às condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (SOARES, 2013). Sobre isso, para Moura (2014), a humanização da assistência vem contribuir para uma mudança de práticas e favorecer um modelo que assegure o protagonismo da mulher, com o seu parto em um evento social. Assim, o paradigma humanístico permite uma contribuição aos

aspectos fisiológicos do parto e do mesmo modo, a diminuição de práticas consideradas como violentas na atenção ao processo de nascimento.

No momento do parto, ocorre uma junção de sentimentos e anseios que podem ser expressos de diferentes formas, desde gritar ou chorar. No gráfico 3, está representado numericamente esse fator, sendo, que 19 (76%) participantes da pesquisa relataram que expressaram suas emoções durante o período que se encontraram na maternidade, e as outras 6 (24%), afirmaram não expressar seus sentimentos.

Gráfico 3: Dados relevantes à pesquisa quanto a vontade expressar suas emoções no pré-parto ou no parto (amostra= 25 entrevistadas).



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Esse fato mencionado anteriormente influencia diretamente no processo parturitivo, pois quando a pessoa tem abertura para expressar suas emoções, seja com seus familiares e/ou com a equipe profissional que esteja prestando assistência, ela se sente mais confiante, segura e acolhida. Embora, 19 (76%) participantes do estudo relatarem que expressaram suas emoções, as mesmas, afirmaram que não receberam apoio para tal ato. Na oportunidade, as entrevistadas expuseram a reação dos profissionais que lhe assistiam.

Falavam que eu tinha que me aclamar, que chorar não resolvia e que na hora de fazer não tinha choro. (entrevistada 5)

Diziam-me pra não chorar, pois eu não era mais criança, e mandavam colocar força. (entrevistada 10)

Eles foram muito desagradáveis, só me mandavam fazer força, não diziam palavras de apoio, falavam que choro ou grito não serviam de nada. (entrevistada 18).

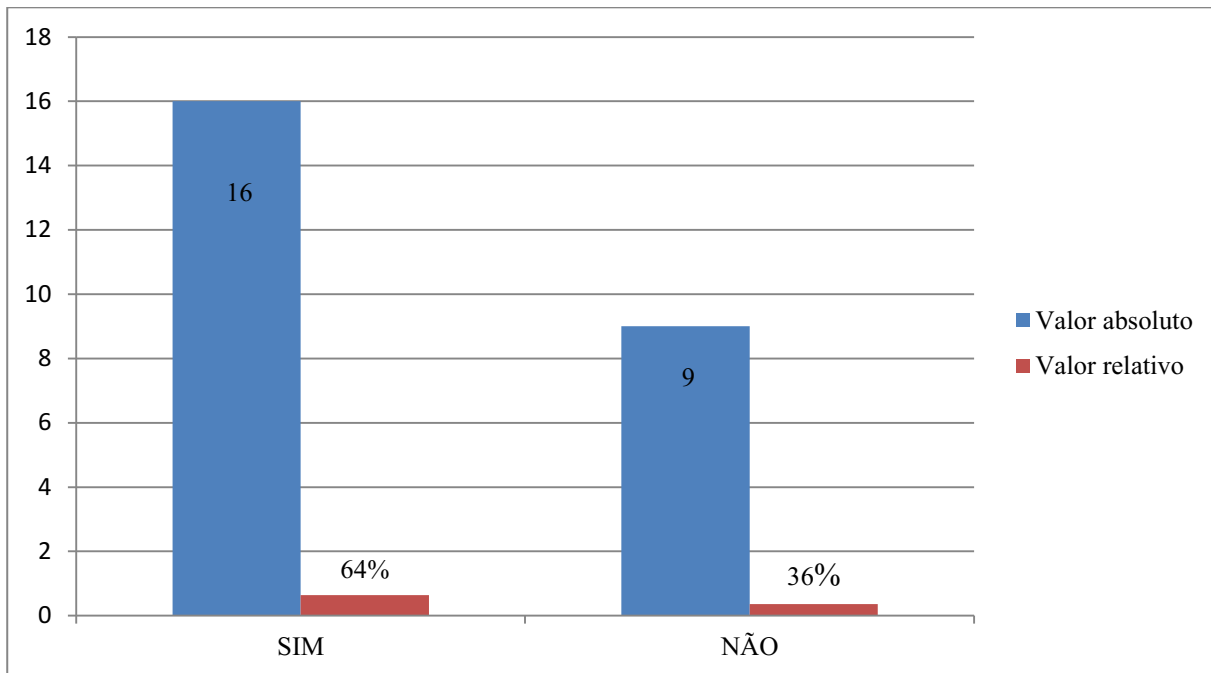
Levando em consideração esses aspectos, a relação profissional/paciente é de extrema importância para que a assistência prestada à parturiente seja positiva e agradável, sendo que os mesmos têm como dever prestar apoio, esclarecer dúvidas, explicar procedimentos e oferecer um cuidado mais afetivo e holístico, fazendo a mulher sentir-se mais segura e protagonista do próprio parto. No tocante a isso, Oliveira *et al.* (2017), demonstra que, a relação profissional de saúde-paciente, usualmente assimétrica, faz com que as mulheres, sentindo-se menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos, tenham dificuldades em participar da decisão diante das questões técnicas levantadas pelos profissionais de saúde, fato esse que poderia ser solucionado ou pelo menos amenizado com a prática da humanização na assistência ao parto e nascimento, que engloba os cuidados de enfermagem durante o processo gravídico- puerperal.

Diante disso, a equipe de enfermagem pode desempenhar um papel primordial na assistência a mulher, devido estarem diretamente em contato com a mesma, podendo olhá-la de maneira holística, desempenhando assim, um cuidado individual e de acordo com cada sujeito. Segundo Frello; Carraro; Bernardi (2011), os cuidados de enfermagem, assim como o conforto, dispensados à mulher desde o trabalho de parto, o parto até o nascimento, configuram-se essenciais na busca de um relacionamento mais humanístico e próximo da parturiente e sua família. Possibilitar que a mulher mantenha o controle do seu corpo, entenda o que acontece em cada fase do parto, bem como oportunizar a escolha, seja pela posição, seja pelo uso de métodos para o alívio da dor, consolidam-se atos de cuidado e conforto.

É de amplo conhecimento que alguns exercícios auxiliam no preparo da fisiologia feminina para a hora do parto, sendo de grande valia que isso seja trabalhado junto com as gestantes nas maternidades. Com base nisso, as puérperas participantes da pesquisa, foram indagadas sobre a prática de exercícios no momento do pré-parto, sendo que das 25(100%) entrevistadas, 16 (64%)

relataram ter realizado algum tipo de exercício, sendo que 9 (36%) narraram que não haviam feito nenhuma atividade que pudesse ajudar no trabalho de parto. Pode-se analisar esses dados no gráfico abaixo.

Gráfico 4: Dados relevantes à pesquisa quanto a realização de exercícios para ajudar no parto (amostra= 25 entrevistadas).



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

No decorrer do processo de coletas de dados, em meio às entrevistas, um dos principais descontentamentos entre as entrevistadas era a falta de diálogo dos profissionais para com as mesmas e suas famílias, deixando-as sem informações claras sobre certos procedimentos realizados. Partindo dessa mesma conjuntura, Oliveira *et al.* (2017), retrata que, todas as mulheres têm direito a receber informações sobre o seu estado de saúde e sobre os procedimentos indicados, em linguagem clara, de modo respeitoso e compreensível. Por conseguinte, o profissional de saúde tem o dever de explicar a finalidade de cada intervenção ou tratamento, assim como os riscos ou possíveis complicações e as alternativas disponíveis. Com base nessas informações, a mulher tem o direito de recusar tratamentos ou procedimentos em seu corpo, o que se chama de direito à recusa informada.

Devido à institucionalização do parto, cada vez mais as gestantes são submetidas a procedimentos desnecessários, sempre a mercê da desinformação e estando sempre sujeitas as decisões de terceiros, tendo corriqueiramente seus desejos descartados. Para Pompeu *et al.* (2017), a

partir dessa institucionalização, as intervenções tornaram-se mais comuns. Entre estas, pode-se citar a restrição no leito, o uso de ocitocina sintética, toques repetidos por mais de um profissional, amniotomia de rotina, manobra de kristeller, lavagem intestinal, uso de fórceps, episiotomia, dentre outras.

Nesse sentido, um dos questionamentos feitos as puérperas, foram a respeito de alguns procedimentos, sendo os mesmos elencados na tabela abaixo. Com isso, a partir das entrevistas, obtiveram-se os seguintes resultados: indicação para permanecer deitada 25 (100%), rotura artificial da bolsa 15 (60%), administração de ocitocina artificial 23 (92%), toques vaginais repetidos e feitos por mais de um profissional 25 (100%), compressão do abdômen no momento da expulsão (manobra de Kristeller) 16 (64%) e episiotomia 18 (72%). Ao serem interrogadas sobre essas práticas, a maioria nem sabiam ao certo o motivo pelo qual eles haviam sido realizados. Isso ocorre devido à institucionalização e a medicalização do parto, em que a arte de partejar vem sendo abdicada e só se sobressai os interesses institucionais e profissionais.

Tabela 2. Procedimentos obstétricos realizados nas puérperas participantes do estudo (amostra= 25)

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Indicação para permanecer deitada	25	100%
Rotura artificial da bolsa	15	60%
Administração de ocitocina artificial	23	92%
Toques vaginais repetidos e feitos por mais de um profissional	25	100%
Compressão do abdômen no momento da expulsão (manobra de Kristeller)	16	64%
Episiotomia	18	72%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Sabe-se que no processo parturitivo, geralmente impera a privação das mulheres de protagonizá-lo, além de serem submetidas à medicalização do parto e a uma série de intervenções

desnecessárias, que poderão ter impacto negativo sobre sua saúde, fazendo com que se tornem reféns desse modelo. Pelo viés da reprodução, a medicalização do corpo feminino transformou a gravidez em doença, e o parto, em um evento cirúrgico. A medicalização tornou-se responsável por interferências desnecessárias e pelo deslocamento da mulher do seu papel de protagonista, ante a exaltação do poder médico (MOURA, 2014).

Em se tratando da medicalização do parto, baseado nos achados da análise, foi constatado um número elevado de administração de oxitocina sintética, sendo um procedimento que infelizmente faz parte da rotina assistencial nas maternidades. Esse fato poderia ser evitado ou minimizado, pois o corpo da mulher quando entra em trabalho de parto produz o homônimo naturalmente, promovendo as contrações uterinas, de maneira ritmada, até que o bebê nasça.

Com base nisso, Cunha (2015), defende que esta prática parte do pressuposto que o período gestacional é um termo exato, sem considerar o desenvolvimento particular de cada feto. Além disso, a oxitocina sintética é um medicamento como outro qualquer, devendo ser usado com parcimônia e apenas nos casos indicados, pois, o aumento das contrações pode significar uma dor significativamente mais intensa para a parturiente, podendo culminar, inclusive em uma ruptura do útero. O uso banalizado do hormônio sintético apenas reafirma a prevalência do trabalho médico, ao acelerar o tempo gasto com o parto, frente ao conforto da mulher.

Dentre os procedimentos citados anteriormente, o que chamou mais a atenção foi o grande quantitativo de episiotomias, sendo que as mulheres nem sabiam do que se tratava, pois não conheciam essa prática pelo nome técnico-científico. Esse procedimento foi algo que boa parte das entrevistadas descreveram como incômodo e desagradável, afirmando também que não houve um consentimento ou explicação prévia de tal ação. Segundo Pompeu *et al.* (2017), no Brasil, quase a totalidade dos partos vaginais é precedida pela episiotomia. Sabe-se que esse procedimento pode ser reduzido e até mesmo evitado com o auxílio de exercícios para o fortalecimento do períneo, como a massagem perineal a partir das 34 semanas de gestação. Também, a adoção de uma posição não horizontalizada contribui significativamente para que não haja laceração.

Este autor entende ainda que, cotidianamente, as mulheres são submetidas a práticas obstétricas rotineiras e intervencionistas, muitas vezes desnecessárias, sem serem informadas. A prática rotineira da episiotomia não é respaldada pelo código de ética médica, assim como, sua realização sem o consentimento da parturiente. No entanto, continua sendo implementada nas

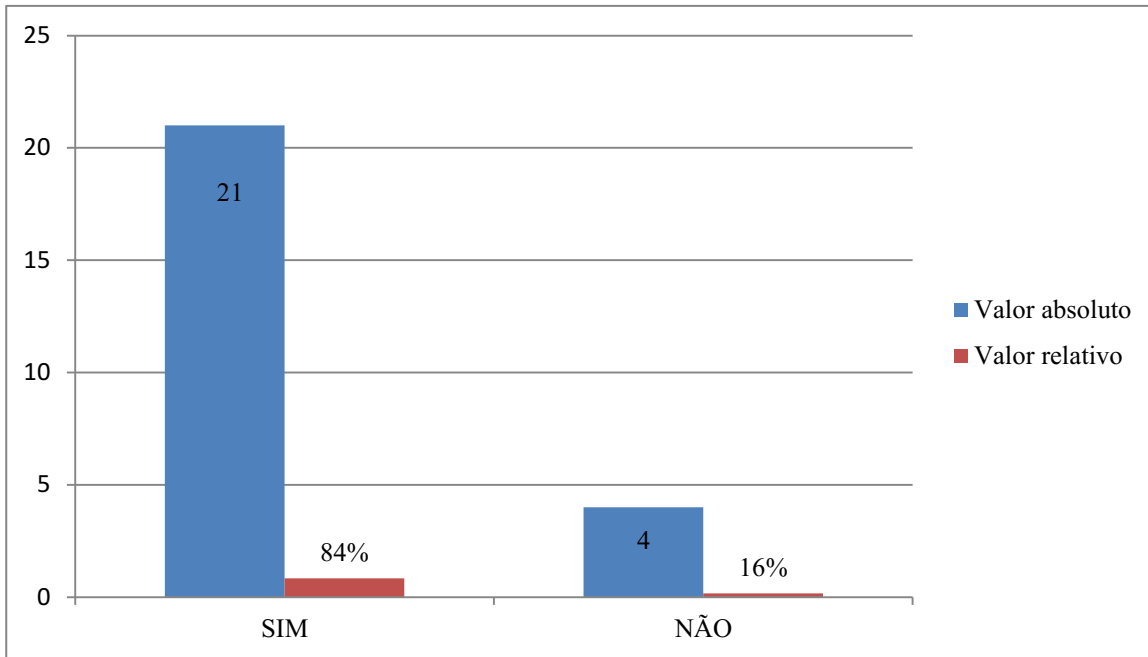
maternidades, mesmo sendo considerada uma forma de mutilação genital, representando o poder da obstetrícia sobre o corpo da mulher, negando seu poder de decisão.

Outro fator relevante descoberto com o estudo foi à predominância da posição litotômica/ginecológica na hora do parto, fato esse, que mencionaram como uma posição desconfortável, embora, saibamos que é a que predomina nas salas de parto. Quando se trata de humanização à parturiente, se faz indispensável que seja adotada uma posição que a mulher se sinta mais confortável, e não aquela imposta pelas rotinas institucionais ou as que se enquadrem nos interesses profissionais. Cunha (2015), trás em seu texto que, de acordo com a OMS, a posição que deve ser adotada pela mulher durante o trabalho de parto no momento expulsivo deve ser sempre aquela no qual se sinta mais confortável. Sabe-se, hoje, que algumas posições favorecem a expulsão do bebê, enquanto outras podem acabar dificultando a sua saída.

Ainda de acordo com o autor supracitado, a posição de litotomia, dentre todas as existentes, é a menos recomendada por diversas razões, dentre elas: a expulsão do bebê contra a gravidade, o peso do neném sobre os ossos do cóccix – o que impede sua total dilatação, e a tensão dos músculos do períneo pela posição das pernas – o que aumenta os riscos de laceração. Entretanto, é ainda a posição mais comum, pois permite uma melhor visualização da vagina pelo médico e também possibilita maior manejo em possíveis intervenções, como episiotomia e uso de fórceps. Mais uma vez, a estante deixa de ser a protagonista do parto e cede seu lugar ao obstetra.

No gráfico 5, está apresentado o quantitativo de mulheres que tiveram contato com os recém-nascidos (RN) ainda na sala de parto, obtendo-se como resultado que, das 25 entrevistadas, 21 (84%) delas tiveram contato com o seu filho, embora, expuseram que foi bem rápido, não sendo possível amamentar na recinto. Segundo as informações colhidas, o restante, representando 4 (16%), afirmaram que só viram o RN de longe, não sendo possível estabelecer nenhuma aproximação física, descrevendo como possível explicação as de quê, o RN nasceu com alguma alteração fisiológica, não sabendo-as explicar ao certo do que se tratava.

Gráfico 5: Dados relevantes à pesquisa quanto o contato físico com o filho ainda na sala de parto (amostra= 25 entrevistadas).



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Essa aproximação instantânea com o RN após o parto é de extrema relevância para o estabelecimento do vínculo mãe e filho, fazendo parte do previsto de humanização, devendo também ser preconizado pela maternidade que a primeira amamentação se dê ainda na sala de parto, prestando assim todo o apoio ao binômio mãe/filho. É de vasto conhecimento que o aleitamento materno significa sobrevivência para o recém-nascido, portanto um direito inato, que deve ser estimulado o mais precocemente possível, cabendo aos profissionais da saúde, sobretudo os da enfermagem, que são os que se encontram em maior proximidade com as puérperas, estimular tal ação.

No viés discursivo, Fialho (2008), trás que é válido ressaltar que o enfermeiro é o profissional que mais estreitamente se relaciona com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, tendo importante papel nos programas de educação em saúde. Durante o pré-natal, ele deve preparar a gestante para o aleitamento, para que, no pós-parto, o processo de adaptação da puérpera ao aleitamento seja facilitado e tranquilo, evitando assim, dúvidas, dificuldades e possíveis complicações. O enfermeiro deverá, então, estar próximo durante e após o parto, auxiliando as mães nas primeiras mamadas do recém-nascido, para que o aleitamento materno tenha início o mais rápido possível, de preferência imediatamente após o parto.

Após o nascimento da criança, todas relataram que se sentiram aliviadas e felizes por ter dado tudo certo, mas também um pouco fragilizadas devido ao trabalho de parto e pela enorme

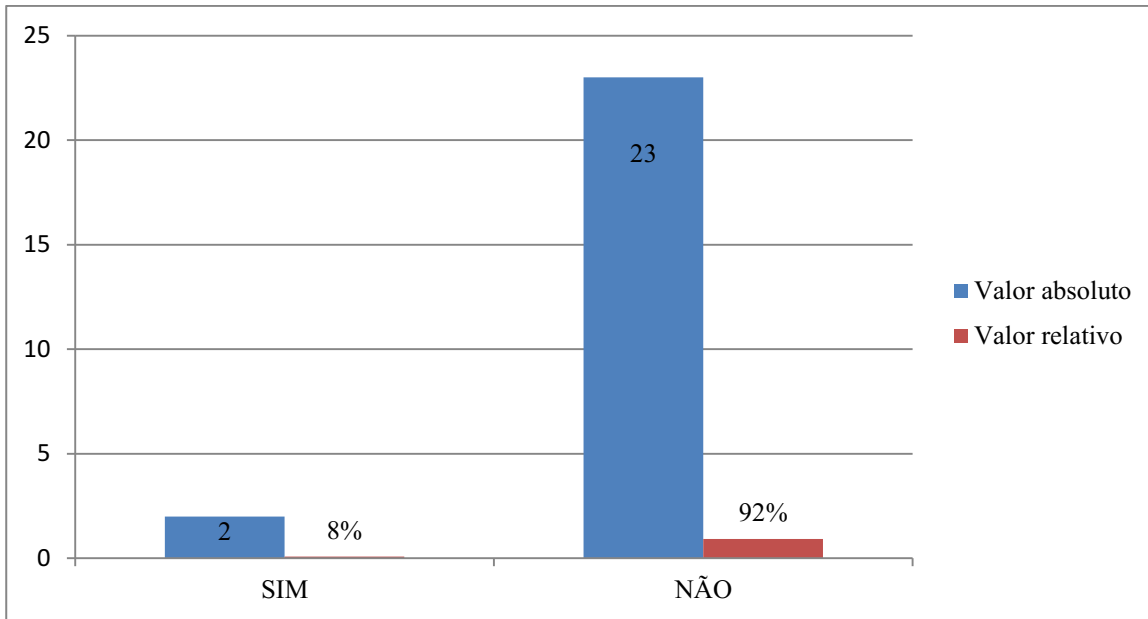
diferença entre o parto desejado/planejado e a experiência vivida por elas, constituindo-se como um paradoxo perinatal. Desta forma, faz-se necessário que os envolvidos no cuidado, sejam mais humanos e que respeitem suas individualidades, procurando entender seus sentimentos, emoções e aspirações, pois isso também faz parte da tão falada e tão pouco praticada, humanização da assistência.

Fialho (2008), ressalta que a humanização da assistência ao parto exige, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha de forma desnecessária, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e pós-parto, e ofereça o suporte emocional à mulher e à sua família. O que facilitará a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê.

Ao considerar o cuidado e o conforto durante o trabalho de parto, não se deve simplificar e considerar apenas o alívio da dor. Cuidar é olhar, enxergando; ouvir, escutando; observar, percebendo; sentir, enfatizando com o outro, estando disponível para fazer com ou para o outro. A condição essencial para que ocorra o conforto é proporcionar um ambiente favorável, ou seja, um ambiente em que a pessoa seja cuidada e sinta que está sendo cuidada, e segura, pois lhe foi oferecido/ofertado afeto, calor, atenção e amor e estes favorecerão o alívio, a segurança e o bem-estar (CARRARO et al., 2006).

Após a experiência do parto vaginal/normal, as puérperas foram indagadas sobre o desejo de engravidar novamente, obtendo-se como resposta, que das 25 participantes do estudo, 23 (92%) delas alegaram não ter vontade de engravidar novamente, devido ao processo doloroso que acabara de passar. O restante das compartes, representadas por 2 (8%) do número total, relataram que tinham o interesse de ter outra gestação, outrossim, asseguraram que desejariam optar pelo parto cesáreo se fosse provável. É possível avaliar esses elementos no gráfico a seguir.

Gráfico 6: Dados relevantes à pesquisa quanto ao desejo de engravidar novamente após a experiência do parto vaginal (amostra= 25 entrevistadas).



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Esse sentimento exibido pelas mulheres tem ligação direta com a experiência do parto vaginal, sendo que muitas se referiram como um fato frustrante e doloroso, o que interfere diretamente em seu bem-estar e em suas escolhas. Outro fator determinante nessa decisão foram os cuidados que as mesmas receberam nos períodos de pré-parto, parto e pós-parto, configurando-os como medianos. No entanto, os fatores supracitados podem ser melhorados, resultando assim, em um acolhimento puerperal de qualidade, absoluto e humano.

Nas instituições, estas mulheres experimentam sentimentos distintos e, por vezes, até contraditórios, a citar: a felicidade pela chegada do bebê e o medo de morrer; o desejo de cuidar do filho, mas também o de ser cuidada pela equipe; a confiança no hospital como o lugar mais seguro para se ter um filho, e a desconfiança de que se é maltratadas impunemente nas maternidades públicas. Para as parturientes, a assistência nas maternidades é definida como boa ou ruim em relação às ações de suporte (essas consideradas como aquelas voltadas para a alimentação, higiene e outros cuidados pessoais da paciente e do bebê), mas frequentemente, à comunicação e à presença ou não de um profissional a maior parte do tempo. Sendo que o relacionamento interpessoal solidário é apontado como um dos fatores mais significativos para as pacientes e seus familiares (VIEIRA, 2016).

Desta forma, o sentimento de frustração apresentado pelas puérperas devido ao parto que foram submetidas, caracteriza-se como um tipo de violência obstétrica, se enquadrando no caráter

psicológico, influenciando diretamente o interesse delas em se sujeitarem a um parto vaginal novamente.

É essencial que os profissionais de saúde cuidem de forma igualitária, atentando para a mulher e suas necessidades físicas e psíquicas, recebendo-a como ser humano único, que, independente de sua situação social, se encontra em um momento significativo, enfrenta uma mescla de sentimentos e sensações e busca por cuidado e conforto (FRELLO; CARRARO; BERNARDI, 2011). Um cuidado baseado em um olhar holístico faz com que as mesmas se sintam seguras e acolhidas em todas as suas esferas, obtendo assim, um trabalho de parto pacífico, uma recuperação saudável e uma experiência positiva para o resto da vida.

Para que a parturiente seja bem assistida neste momento peculiar de sua vida, cabem aos profissionais da saúde a criação e utilização de conhecimentos científicos sistematizados e direcionados para a necessidade individual. Como exemplo, podemos citar os instrumentos legais e básicos que preparam o enfermeiro para o desenvolvimento de um cuidado holístico e respeitoso, tornando a assistência ao ciclo gravídico-puerperal menos medicalizada como prega sua formação (SILVA *et al.*, 2014).

Com base nos dados revelados com a pesquisa, é nítido perceber que a violência obstétrica está atrelada no cuidado prestado, algo que se tornou banal e na maioria das vezes imperceptível para as que sofrem, fazendo-se imprescindível que as mulheres conheçam cada vez mais sobre essa temática e se apropriem de seus direitos. Ainda sobre essa problemática, Rezende (2014), aborda que diante da trivialidade da violência no atendimento à mulher no trabalho de parto ou parto, é fundamental que o assunto seja abordado e que a discussão chegue às mulheres que têm seus direitos violados a fim de que elas próprias tenham condições de identificar a ocorrência da violência obstétrica e impedi-la ou denunciá-la, evitando, assim, que essa ocorra futuramente com outras usuárias do sistema.

O controle da violência obstétrica na assistência ao parto vaginal consiste em um desafio, tendo em vista a sua invisibilidade e não reconhecimento como violação dos direitos humanos. Ampliar os conhecimentos sobre a assistência prestada às mulheres em TP e parto, torna-se uma ferramenta valiosa para a avaliação do processo de atenção no atendimento obstétrico (ANDRADE *et al.*, 2016). Contudo, é de grande valor aumentar as discussões sobre a VO, propondo alternativas para mudar esse cenário atual, pois a própria ainda é desconhecido por grande parte da população, o

que ocasiona mais ainda a propagação dessa modalidade de violência que está cada vez mais presente no cotidiano das maternidades.

Verifica-se que a violência obstétrica pode-se mostrar de diversas formas no trabalho de parto e parto, desde a não explicação e solicitação de autorização para a realização de procedimentos, até a injúria verbal, exprimida por palavras ofensivas, visando impedir a mulher de demonstrar o que estava sentindo no momento antecedente e durante a parturição, de modo que, ao longo dos anos de discussão sobre a Política Nacional de Humanização ao pré-natal, parto e puerpério, o processo de institucionalização do parto no Brasil continua interferindo na medicalização do parto e no incremento dos índices de cesariana, reforçando a medicalização do corpo feminino e o seu impedimento de ser sujeito pleno de sua história, perpetuando a violência obstétrica (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Embora a VO seja algo que predomina nas ações de saúde, a humanização embora ainda seja algo idealizado, se faz essencial para mudar esse panorama, devendo estar presente nas ações e nas instituições de saúde. No tocante a isso, Filho (2008), expõe que a humanização da parturição é um ideal que está, pouco a pouco, se tornando uma realidade. Humanizar é promover assistência de qualidade a parturiente através do alívio a dor, do conforto físico e emocional, da liberdade para escolher como deseja ter o bebê, dando-lhe suporte (material, pessoal e emocional) necessário para que mãe, bebê e acompanhante escolhido vivenciem todo processo de forma mais tranquila e feliz. Além disso, é estar/ser consciente de nossas atitudes como profissionais de saúde que estão ajudando a trazer uma nova vida ao mundo.

Salienta-se que o ponto básico e central na humanização da assistência é o relacionamento entre as pessoas e a comunicação, baseados no respeito das próprias individualidades, expressando-se através de gestos de amor, do ouvir o dito e o não dito, do observar, tomando como veículos técnicas específicas que só serão humanizadoras se houver envolvimento do profissional com o cliente. E nesse sentido, é preciso existir um clima de respeito, confiança e afeto entre os membros da equipe (VIEIRA, 2016).

Nessa prerrogativa, a equipe de enfermagem é peça fundamental nesse elo de humanização, pois a mesma faz-se presente em todos os estagio da gestação, estando sempre próxima da mulher e de sua família, criando um vínculo de confiança e respeito. Para Frello; Carraro; Bernardi (2011), Os cuidados de enfermagem, assim como o conforto, dispensados à

mulher desde o trabalho de parto, o parto até o nascimento, configuram-se essenciais na busca de um relacionamento mais cuidativo e próximo da parturiente e sua família. Possibilitar que a mulher mantenha o controle do seu corpo, entenda o que acontece em cada fase do parto, bem como oportunizar a escolha, seja pela posição, seja pelo uso de métodos para o alívio da dor, consolidam-se atos de cuidado e conforto.

Contudo, ressalta-se ainda que a violência obstétrica ainda seja pouco perfilhada como um ato violento, estando presente de diversas formas, e muitas das vezes imperceptível perante a coletividade. Desta forma, é cada vez mais indispensável aumentar as discussões sobre isso, empoderando as mulheres sobre seus direitos, instrumentalizando-as para tomadas de decisões no que se refere ao seu corpo e a sua parturição, fazendo com que ela possa argumentar e denunciar situações de desrespeito.

6. CONCLUSÃO

O estudo revelou a manifestação da violência obstétrica na vida das puérperas, constituindo-se como um fator alarmante na saúde da mulher em um cenário brasileiro. Essa violência que está atrelada aos serviços de saúde, permeando uma relação de poder dos profissionais, falta de empatia e sensibilidade perante as mulheres, gera nas mesmas sentimentos controversos e uma vivência negativa sobre o processo parturitivo, diminuindo ainda mais o interesse pelo parto vaginal, conhecido por normal. A VO é ainda silenciada na sociedade em que vivemos pela falta de conhecimento das mulheres e de seus acompanhantes acerca do tema, sendo também não valorizada como um tipo de violência pelos profissionais que prestam assistência.

Embora os avanços ocorridos no campo da assistência à saúde, ainda é possível constatar que a falta de humanização ainda permeia os serviços, afetando diretamente a vida dos sujeitos. Desta forma, o movimento em prol da humanização do parto e do enfrentamento da violência obstétrica implicará diretamente na qualidade da assistência prestada as mulheres em todas as fases da gestação. Neste esteio, a humanização do parto é a chave para mudar esse paradigma tão presente nas maternidades, sendo necessário que os profissionais da saúde, sobretudo os da enfermagem, que mantêm um contato mais estreito com as pacientes, desempenhem esse papel humano e singular no cuidado a mulher no processo parturitivo, estabelecendo um vínculo com ela e sua família, sendo assim possível respeitar seus valores, para que as verdadeiras necessidades sejam atendidas, superando quaisquer ideias de julgamento.

Contudo, nota-se a escassez de estudos sobre a temática, sendo que é algo tão crescente, e que a violência é um fenômeno social exacerbante. Isso aumenta ainda mais a invisibilidade da violência no setor saúde e a falta de legislação que aborde esse tipo de violência que acomete inúmeras mulheres cotidianamente. Desta forma, faz-se necessário um olhar mais crítico e analítico para este assunto, fazendo com que o mesmo torne-se de amplo conhecimento e que as pessoas saibam identificar a VO com mais facilidade, buscando e reivindicando seus direitos de ter uma assistência livre de qualquer ato discriminatório, vexatório e/ou desumano.

É válido que a parturiente torne-se protagonista do seu parto, sendo portanto possível viver essa tão marcante experiência por inteira, tendo seus direitos e desejos preservados e sendo respeitada prioritariamente. A mulher deve ter a concepção de que certos atos não são inerentes do processo de ser mãe, mas sim, que se trata de formas de violência mascaradas e constantes, por isso, esse é um assunto que necessita de maiores debates e de maior repercussão.

Por fim, há uma grande necessidade de repensarmos sobre uma assistência mais humanizada, igualitária, holística e livre de qualquer dano, tendo sempre em foco a mulher e o seu filho, buscando que essa seja tratada com dignidade e acima de tudo, que ela tenha voz e autonomia para protagonizar ativamente o nascimento dos seus filhos, sem agravos, sem sentimentos negativos, sem frustrações, desfrutando assim, de alegria, felicidade e realização pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, J. M. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. São Paulo: 2010. 215 f. **Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)** – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2013, vol.29, n.11, pp.2287-2296. ISSN 1678-4464. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

ANDRADE, B.P., AGGIO, C.M. Violência obstétrica: a dor que cala. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**, ISSN 2177-8248. Londrina, 2014. Disponível em: www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20PadilhaAndrade.pdf. Acesso em: 10 de novembro de 2017.

ANDRADE, P.O. N.; SILVA, J. Q. P.; DINIZ, C. M. M.; CAMINHA, M.F.C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, 16 (1): 29-37 jan. / mar., 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência Orientações para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: MS; 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

CARRARO, T.E.; KNOBEL R.; RADÜNZ, V.; MEINCKE, S.M.K.; FIEWSKI, M.F.C.; FRELLO, A.T., et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 97-104. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea11>. Acesso em: 20 de janeiro de 2018.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CUNHA, C.C.A. Violência obstétrica: Uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais.

Monografia. Brasília, Junho 2015. Disponível em:

http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf. Acesso em: 12 de janeiro de 2018.

CHAUI, M. Ética e Violência no Brasil. **Revista Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo - 2011; 5 (4): 378-383. Disponível em: <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/89/A3.pdf>.

Acesso em: 28 de novembro de 2017.

CECHIN, P. L. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 4, p. 444-448, 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n4/v55n4a15.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2017.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1163-1178, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0>. Acesso em: 25 de agosto de 2017.

ENNING, C. **O parto na água: Um guia para pais e parteiros.** Co-autoria e tradução: Heinz Roland Jakobi. São Paulo: Manole, 2000.

FANEITE, J.; FEO, A.; MERLO, J.T. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.** 2012. Disponível em:

<https://pt.scribd.com/document/273152112/Art02-Grau-de-Conhecimento-Violobstetrica>. Acesso em: 27 de outubro de 2017.

FIALHO, T.C. O papel do enfermeiro no parto humanizado. **Monografia.** Viçosa – MG, 2008.

Disponível em:

<http://www.evata.com.br/downloads/MONOGRAFIA%20MODELO%20TATIANA%20CUPERTINO%20FIALHO.pdf>. Acesso em: 12 de janeiro de 2018.

FIGUEIRÊDO, N.M.A.; TYRRELL, M.A.R.; CARVALHO, V.; LEITE, J.L. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto - uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. **Rev Latino-am Enfermagem.** 2004

novembro-dezembro; 12 (6):905-12. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11692004000600009&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 03 de novembro de 2017.

FRELLO, A.T.; CARRARO, T.E.; BERNARDI, M.C. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 173-184, maio/ago. 2011. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5093/4474>. Acesso em: 03 de janeiro de 2018.

GALHEIGO, S.M. Apontamentos para se pensar ações de prevenção à violência pelo setor saúde. **Saude soc.** [online]. 2008, vol.17, n.3, pp.181-189. ISSN 0104-1290. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300018>. Acesso em: 25 de agosto de 2017.

GERHARDT; T.E. **A pesquisa científica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. cap. 03. 56 p. ISBN 978-85-386-0071-8. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 25 de agosto de 2017.

GUERRIERO, I.C.Z. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Grupo de Trabalho em Ciências Humanas e Sociais da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – **GT CHS/CONEP** - Composição até Março de 2016.

LESSA, A. Violência e impunidade em pauta: problemas e perspectivas sob a ótica da antropologia forense no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.5, pp.1855-1863. ISSN 1678-4561. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500027>. Acesso em: 04 de outubro de 2017.

LUZ, N.F.; ASSIS, T.R.; REZENDE, F. R. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. **BCS Health Sci.** 2015; 40 (2):80-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i2.735>. Acesso em: 04 de outubro de 2017.

KONDO, C.Y.; SILVEIRA, K.M.J.; NIY, D.Y.; SILVA, D.R.A.D.; BUZATTO, G.B.M.P.; SALGADO, H.O. **Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher: Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica**. – 1. ed. – São Paulo. Fórum das mulheres do Espírito Santo, 2014. Disponível em: <http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>. Acesso em: 05 de outubro de 2017.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf. Acesso em: 04 de outubro de 2017.

MOURA, G.N. A percepção das mulheres puérperas acerca da violência da assistência obstétrica. **Monografia**. Niterói, RJ, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.uff.br/jspui/bitstream/1/2890/1/TCC%20Graziella%20do%20Nascimento%20Moura.pdf>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2018.

MORERA, J.A.C.; ESPÍNDOLA, D.; CARVALHO, J.B.; MOREIRA, A.R.; PADILHA, M.I. Violência De Gênero: Um Olhar Histórico. **HIST. ENF. REV. ELETR (HERE)**. 2014 jan/jul; 5 (1):54-66. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol5num1artigo5.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2017.

NILSEN, E.; SABATINO, H.; LOPES, M.H.B.M. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 557-565, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000300002&lng=en&nr m=iso.

OLIVEIRA, M.F. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração** / Maxwell Ferreira de Oliveira. -- Catalão: UFG, 2011. 72 p.: il. Disponível em: https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf. Acesso em: 10 de outubro de 2017.

OLIVEIRA, T.R.; COSTA, R.E.O.L.; MONTE, N.L.; et al. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 11 (1):40-6, jan., 2017. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/359851829/Oliveira-percepcao-das-mulheres-sobre-vo-pdf>. Acesso em: 20 de novembro de 2017.

PIANA, M.C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9. Available from SciELO Books. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 10 de outubro de 2017.

POMPEU, K.C.; SCARTON, J.; CREMONESE, L.; et al. Prática da episiotomia no parto: Desafios para a enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2017. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1142/1303>. Acesso em: 10 de janeiro de 2018.

ROSA, R.; BOING, A.F.; SCHRAIBER, L.B.; COELHO, E.B.S. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. **Interface** (Botucatu) [online]. 2010, vol.14, n.32, pp.81-90. ISSN 1807-5762. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100007>. Acesso em: 13 de outubro de 2017.

REZENDE, C.N.D.V. Violência obstétrica: uma ofensa a direitos humanos ainda não reconhecida legalmente no Brasil. **Monografia**. Brasília, 2014. Disponível em : <http://www.repositorio.uniceub.br/bitstream/235/5969/1/20812390.pdf>. Acesso em: 18 de janeiro de 2018.

SANTOS, R.B.; RAMOS, K.S. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2012 jan-fev; 65(1): 13-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/02.pdf>. Acesso em: 13 de novembro de agosto de 2017.

SENA, L. G. W. O parto e o respeito à autonomia feminina. **Revista IHU**, Instituto Humanitas – Unisinos, São Leopoldo, n. 396. 02 de julho de 2012.

SILVA, M.C.M.; BRITO, A.M.; ARAUJO, A.L.; ABATH, M.B. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2013, vol.22, n.3, pp.403-412. ISSN 1679-4974. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000300005>. Acesso em: 13 de outubro de 2017.

SILVA, M.G., MARCELINO, M.C.; RODRIGUES, L.S.P.; TORO, R.C.; SHIMO, A. K.K. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Rev Rene**. 2014 jul-ago; 15(4):720-8. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000400020. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11479/1/2014_art_mgsilva.pdf. Acesso em: 13 de outubro de 2017.

SILVEIRA, D.T.; CÓRDOVA, F.P. **A pesquisa científica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. cap. 02. 31 p. ISBN 978-85-386-0071-8. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em 20 de outubro de 2017.

SOARES, A. C. M. A atenção pré-natal na perspectiva da Rede Cegonha: implicações para a prática do enfermeiro no município do Rio de Janeiro. **Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem)**. Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro. 2013.

TEIXEIRA, N.Z.F.; Pereira, W.R. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuibá- MT. **Rev Bras Enferm** 2006 nov-dez; 59(6): 740-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf>. Acesso em: 20 de agosto de 2017.

VELOSO, M.M.X.; et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.5, pp.1263-1272. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500011>. Acesso em 20 de outubro de 2017.

VIEIRA, L.J.E.S.; et al. Impacto da violência na saúde de famílias em Fortaleza, Ceará. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.5, pp.1773-1779. ISSN 1678-4561. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500018>. Acesso em 20 de outubro de 2017.

VIEIRA, R.S. **Violência obstétrica - práticas no processo do parto e nascimento**: uma revisão integrativa. NITERÓI 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.uff.br/jspui/bitstream/1/2569/1/Raquel%20Santana%20Vieira.pdf>. Acesso em: 18 de outubro de 2017.

APÊNDICES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF**

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

1-DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____

Idade: _____

Estado civil: () Solteira () Casada () Separada ou Divorciada () Viúva () Outros

Número de gestação: _____

Você se considera: () Indígena () Negra () Parda () Amarela () Branca

Profissão: _____

Tipo de moradia: () Própria () Alugada () Outros

Renda: _____

Escolaridade: () Fundamental completo () Fundamental incompleto ()

Ensino Médio completo () Ensino Médio incompleto ()

Superior completo () Superior incompleto

2-DADOS RELEVANTES A PESQUISA

1-Qual tipo de parto gostaria de ter tido?

() Vaginal (normal)

() Cesáreo

3- Quais os sentimentos passaram por você durante o trabalho de parto?

4- Em algum momento você permaneceu em uma posição na qual não se sentia confortável por um longo período?

5- Enquanto estava em trabalho de parto e internada na maternidade, os profissionais de saúde que a atenderam fizeram algum comentário irônico e/ou constrangedor sobre o seu comportamento?

6- No momento do parto sentiu se bem acolhida, respeitada e segura?

7- No momento do pré-parto e do parto sentiu-se com vontade de chorar ou gritar de dor? Se sim nos relate qual foi a reação obtida pelos profissionais que lhe assistia.

() SIM

() NÃO

8- Foram realizados um ou mais dos seguintes procedimentos sem que tenham pedido seu consentimento ou explicado porque eram necessários?

() Indicação para permanecer deitada

() Rotura artificial da bolsa

() Administração de oxitocina artificial para acelerar o parto

() Toques vaginais feitos por várias pessoas

() Compressão do abdômen no momento da expulsão

Episiotomia

9- Foi realizado algum exercício para facilitar o parto propriamente dito? Se sim, cite quais foram.

10- Durante o trabalho de parto e/ou parto, em qual posição a senhora ficou para que o bebê nascesse?

Fiquei na posição que achei mais confortável

Posição litotômica ou ginecológica

Cócoras

11- Após o nascimento do bebê, ainda na sala de parto, a senhora teve contato físico imediato com seu filho?

Sim

Não

12- Depois do parto, ainda no hospital, como a senhora se sentiu em relação ao trabalho de parto?

13- Como a senhora configura a sua experiência e os cuidados recebidos (ou não) durante os períodos de pré-parto, parto e pós-parto?

14- A senhora pretende ou tem o desejo de engravidar novamente? E qual tipo de parto a senhora desejaria ter? Justifique.

15- A senhora acha que os sentimentos que vem apresentando tem alguma relação com as coisas que aconteceram no seu parto? Por quê?

“A violência, seja qual for a maneira como ela se manifesta, é sempre uma derrota.”

Jean-Paul Sartre



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A Sra. está sendo convidada, como voluntária, à participar da pesquisa intitulada **“VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um olhar holístico para uma realidade silenciada”**, de responsabilidade das pesquisadoras do CFP/UFCG Ronielle Duarte Silva discente do curso de graduação em enfermagem, sob orientação da docente mestranda Nívea Mabel de Medeiros.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: A pesquisa justifica-se pela relevância em se trabalhar a temática, devido ao fato de que a violência obstétrica trás consequências físicas e psicológicas a vida da mulher, fazendo-se necessário o conhecimento dessa modalidade de violência, garantindo assim, o seu enfrentamento e visando garantir os direitos reprodutivos, sexuais e humanos das mulheres. Por conseguinte, através desse estudo será possível identificar quais os tipos de violência obstétrica que as puérperas sofrem, buscando assim, aumentar as discussões sobre essa forma de violência que infelizmente ainda é desconhecida por parte da sociedade. A partir desse contexto, o presente estudo tem como objetivo geral analisar as práticas no processo parturitivo consideradas como violência obstétrica com um olhar mais holístico para essa prática ainda velada e silenciada na sociedade em que vivemos. Especificando: traçar o perfil sociodemográfico de mulheres que sofreram algum tipo de violência obstétrica, caracterizar os fatores biológicos, psicológicos e sociais que a violência obstétrica causa à vida da mulher/puérpera e identificar o papel do enfermeiro na assistência às mulheres vítimas de violência obstétrica. Caso decida aceitar o convite, a senhora será submetida a uma entrevista feita a partir de um questionário semiestruturado, com perguntas objetivas e subjetivas, que norteiam dados sócio-demográficos e

dados relevantes para o estudo, sendo que, esse instrumento utilizado permitirá alcançar um maior número de entrevistadas, além de facilitar a compilação e comparação das respostas escolhidas e assegurar o anonimato à interrogada.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: A pesquisa respeitará os princípios e critérios éticos, dispostos na Resolução Nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, levando em consideração a responsabilidade, respeito, e o compromisso em obedecer aos preceitos desta Lei, sendo assim todas as informações serão sigilosas e seu nome não será identificado. Por se tratar de um estudo que usa na sua metodologia a entrevista, a pesquisa não envolve a realização de procedimentos invasivos, sendo assim apresenta riscos mínimos, tendo em vista que há a possibilidade da entrevistada sentir-se constrangida, caso isso ocorra e a participante não quiser mais responder, o pesquisador irá sugerir a suspensão da entrevista. Para evitar ansiedade e constrangimento buscaremos preparar a entrevista de acordo com os objetivos da pesquisa, visando não denegrir a integridade física e psicológica do indivíduo, respeitando assim os princípios da pesquisa com seres humanos. Quanto aos benefícios, podemos relatar que a pesquisa trará para a Sra., a comunidade e a sociedade em geral, o conhecimento dessa modalidade de violência, que é uma prática corriqueira nas maternidades e hospitais, mas que ainda é desconhecida como forma de violência perante aquelas que vivenciam ou já vivenciaram.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Sua participação nessa pesquisa não necessariamente implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, levando em consideração que o método de coleta de dados nessa pesquisa, se faz a partir de um questionário semiestruturado, não acarretando danos a sua saúde.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: A Sra. será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. A Sra. é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citada nominalmente ou por qualquer outro meio que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada

pela Sra. na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade da pesquisadora responsável e outra será fornecida a Sra.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. Os pesquisadores certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação particular, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ela compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/16. Estou ciente que em caso de dúvidas poderei contatar os pesquisadores responsáveis, através dos endereços eletrônicos **ronielleduarte65@gmail.com e niveamabel@hotmail.com ou pelos telefones (88) 9 92386647 ou (83) 9 96037108**. Fui informada também que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, localizado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n - Casas Populares, CEP: 58.900-000 ou pelo telefone **(83) 3532-2000**.

Cajazeiras-PB, ____/____ de 2017

**Assinatura do participante ou
dactiloscópica**

**Assinatura do
Pesquisador responsável**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

(Pesquisador Responsável)

Eu, **Nívea Mabel de Medeiros**, docente da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação do discente do curso de Graduação em Enfermagem, **Ronielle Duarte Silva**, cujo projeto de pesquisa intitula-se “**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um olhar holístico para uma realidade silenciada**”.

Comprometo-me em assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares. Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientando nas atividades de pesquisa e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Reafirmo a minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo arquivados todos os dados pertinentes à pesquisa, zelando pelo sigilo e confidencialidade das informações referidas pelos sujeitos participantes. Caso seja necessário, apresentarei, sempre que solicitado pelo CEP ou pelos órgãos envolvidos neste estudo, o relatório de qualquer eventual modificação neste projeto, bem como sobre seu andamento e sua conclusão. Estou ciente das penalidades que posso sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, firmo o presente compromisso.

Cajazeiras – PB, 08 de novembro de 2017.

A handwritten signature in blue ink that reads 'Nívea Mabel de Medeiros'. The signature is written in a cursive, flowing style.

Profª Msd. Nívea Mabel de Medeiros
Siape 2277303



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE
(Pesquisador Participante)

Eu, **Ronielle Duarte Silva** discente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizo-me, junto com minha orientadora, a docente **Nívea Mabel de Medeiros**, desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um olhar holístico para uma realidade silenciada**”.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética (CEP) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem, como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 13 de agosto de 2017

Ronielle Duarte Silva

Assinatura do Pesquisador Participante
Ronielle Duarte Silva

ANEXOS



FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um olhar holístico para uma realidade silenciada			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 30			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: NIVEA MABEL DE MEDEIROS			
6. CPF: 008.803.074-12		7. Endereço (Rua, n.º): MAJOR INACIO MACHADO CENTRO CASA SANTA LUZIA PARAIBA 58600000	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (83) 3461-2761	10. Outro Telefone:
		11. Email: niveamabel@hotmail.com	
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>03</u> / <u>11</u> / <u>17</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal de Campina Grande		13. CNPJ: 05.055.128/0003-38	14. Unidade/Órgão: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
15. Telefone: (83) 3532-2000		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: _____		CPF: _____	
Cargo/Função: _____			
Data: _____ / _____ / _____		_____	
		Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

OFÍCIO No. 50/2017-CCGE/UAENF/CFP/UFCG

Cajazeiras, 10 de novembro de 2017.

DA: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem/CFP/UFCG
Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes

À: Diretora da Maternidade Dr. Deodato Cartaxo
Sra. Socorro Guedes

Sra. Diretora

Ao tempo em que cumprimento V. senhoria, solicito permissão para a aluna Ronielle Duarte Silva, do nono período do Curso de Graduação em Enfermagem, realizar pesquisa visando à elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM OLHAR HOLÍSTICO PARA UMA REALIDADE SILENCIADA, sob a orientação da professora Esp. Nívea Mabel de Medeiros.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes

Coordenador do Curso de Enfermagem UAENF/CFP/UFCG
SIAPE nº 2055571

Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes
Coord. do Curso de Enfermagem / CFP / UFCG
Mat. SIAPE: 2055571

*Recebido em
10.11.17
Jansen P.*



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

ANUÊNCIA

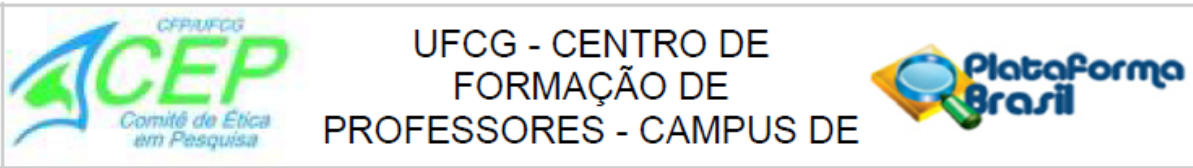
Autorizo que os pesquisadores NIVEA MABEL DE MEDEIROS E RONIELLE DUARTE SILVA responsáveis pelo projeto de pesquisa intitulado "VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM OLHAR HOLÍSTICO PARA UMA REALIDADE SILENCIADA" a ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFCG) utilizem o espaço desta instituição, com objetivo exclusivo de coletar os dados necessários para a referida pesquisa. Esta autorização e a respectiva coleta de dados serão válidos somente após a aprovação e apresentação do protocolo de pesquisa do CEP.

Cajazeiras, 29 de novembro 2017

Sueli Abrantes Uchoa
SEC. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE
MAT: 204.188-0
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

Sueli Abrantes Uchoa
Ocilma Barros de Quental

Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde / HRC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um olhar holístico para uma realidade silenciada

Pesquisador: NIVEA MABEL DE MEDEIROS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80555817.8.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.488.450

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um olhar holístico para uma realidade silenciada, 80555817.8.0000.5575 e sob responsabilidade de NIVEA MABEL DE MEDEIROS trata de pesquisa de campo com característica exploratória com abordagem quali quantitativa acerca de puérperas que estejam sendo atendidas na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo e/ou na Maternidade Dr. Peregrino Filho.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um olhar holístico para uma realidade silenciada tem por objetivo principal analisar os atos no processo parturitivo consideradas como violência obstétrica em puérperas que pariu na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo e/ou na Maternidade Dr. Peregrino Filho, estabelecendo assim, um olhar mais holístico para essa prática silenciada na sociedade em que vivemos.

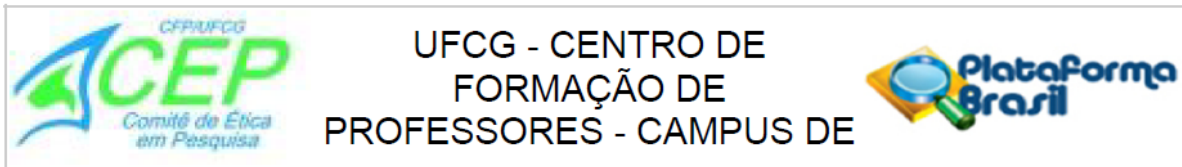
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um olhar holístico para uma realidade silenciada é importante e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 2.488.450

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa NIVEA MABEL DE MEDEIROS redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um olhar holístico para uma realidade silenciada, número 80555817.8.0000.5575 e sob responsabilidade de NIVEA MABEL DE MEDEIROS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1026052.pdf	31/01/2018 17:43:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	31/01/2018 17:42:05	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/01/2018 17:41:25	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.jpg	29/11/2017 18:33:31	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	29/11/2017 18:33:15	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia.jpeg	22/11/2017 21:52:46	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	oficio2.pdf	22/11/2017 21:52:23	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoparticipanteassinado.pdf	16/11/2017 16:20:18	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Oficio.pdf	10/11/2017 12:00:05	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termopesquisador.pdf	08/11/2017 22:27:41	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

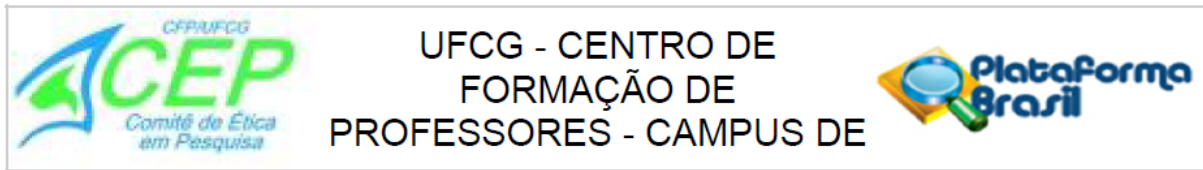
CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 2.488.450

Folha de Rosto	folha.pdf	06/11/2017 23:42:59	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	03/11/2017 17:55:31	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 06 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br