



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

**NÚBIA MARIA FIGUEIREDO DANTAS**

**PERCEPÇÃO DE PRIMÍPARAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

**CAJAZEIRAS – PB**

**2019**

**NÚBIA MARIA FIGUEIREDO DANTAS**

**PERCEPÇÃO DE PRIMÍPARAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Me. Jessika Lopes Figueiredo Pereira Batista.

**CAJAZEIRAS – PB**

**2019**

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

D192p Dantas, Núbia Maria Figueiredo.  
Percepção de primíparas acerca da violência obstétrica / Núbia Maria  
Figueiredo Dantas. - Cajazeiras, 2019.  
71f.: il.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Me. Jessika Lopes Figueiredo Pereira Batista.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2019.

1. Violência obstétrica. 2. Parto. 3. Saúde da mulher. 4. Obstetrícia. I.  
Batista, Jessika Lopes Figueiredo Pereira. II. Universidade Federal de  
Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

**NÚBIA MARIA FIGUEIREDO DANTAS**

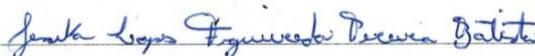
**PERCEPÇÃO DE PRIMÍPARAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

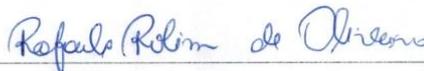
**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Me. Jessika Lopes Figueiredo Pereira Batista.

Aprovado em 04 de dezembro de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**



Prof<sup>ª</sup>. Me. Jessika Lopes Figueiredo Pereira Batista (Orientadora)  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG



Prof<sup>ª</sup>. Esp. Rafaela Rolim de Oliveira (1<sup>º</sup> Membro)  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG



Prof<sup>ª</sup>. Dra. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues (2<sup>º</sup> Membro)  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

A meu Deus, por tantas bênçãos e por me fortalecer sempre. A minha família, por todo o amor e carinho. A meu namorado, por todo o companheirismo. A minha orientadora, por acreditar no meu potencial. E também a todas as participantes do estudo que não deixaram suas vozes serem caladas.

## AGRADECIMENTOS

É tão gratificante olhar para trás e ver tudo que passei e o tanto que evolui. Isso tudo graças a meu Deus, que é poderoso e cheio de compaixão. Em meio a tantos obstáculos, eu sei que foi ele que não me fez desistir; foi ele que me pegou no colo e me acalentou nos dias de desespero; foi ele o responsável por esse caminho lindo que trilhei. Diante de tudo, eu aprendi a esperar o tempo de Deus, percebi que ele trilhava meu caminho a todo momento e que eu não preciso preocupar-me com nada além de apresentar uma fé enorme neste Deus. Foi ele que me presentou com cada pessoa que irei aqui agradecer. E é por tudo isso, que digo: obrigada, meu Deus, por cada benção derramada sobre mim e por todas as coisas incríveis que tem operado em minha vida. Eu sei dos planos que o Senhor tem para minha vida e entrego tudo em tuas mãos. A palavra certa é gratidão por tudo, pela vida, pelas pessoas que me rodeiam, pelas conquistas e por todo amor que tens para comigo.

Aos meus pais, Nilrison Sucupira e Janaina Dantas, por fazerem absolutamente tudo para me verem chegar até aqui. Eu sei o quanto batalharam para garantir minha educação e a de Matheus e eu sou grata por tudo isso. Sei também que foram muitas noites de sono perdidas para garantir o sustento de nossa família e mesmo em meio a tantas dificuldades nunca deixaram de nos dar amor e carinho. Muitas vezes ouvi de vocês dois: “Estude, minha filha” e essa simples frase sempre foi, para mim, sinônimo de motivação. Sou grata a Deus por tê-los como meus pais e saiba que tenho o maior orgulho de nossa família. Amo vocês e tenho orgulho das pessoas guerreiras e batalhadoras que sempre foram.

Ao meu irmão, Matheus Figueiredo, por sempre vibrar comigo cada conquista alcançada, por toda irmandade e por mostrar-se sempre preocupado comigo, mesmo com tantas atividades que desenvolve. E à minha avó, Daura Fernandes, por demonstrar-me sempre todo o amor que tens para comigo e por sempre se mostrar feliz com minhas conquistas. Obrigada, Vovó, por servir de inspiração para mim, por ser mulher forte e que cuida com muito amor e carinho dos seus. Obrigada por tudo, amo vocês!

Agradeço também a meu namorado, Miquéias Barbosa, por desde 2011 me apoiar em absolutamente tudo que faço e por compartilhar comigo todos os melhores e piores momentos. Obrigada por tudo que têm feito por mim, por entender todo o meu apherio nessa fase final e me acalmar nos dias de maiores estresses. Sei que tudo que fazes por mim é com muito amor e carinho. Obrigada por toda cumplicidade e por sonhar junto comigo os melhores sonhos. Sou imensamente feliz por tê-lo em minha vida e por saber que posso contar contigo, sempre. Eu sei que a minha felicidade também é a tua e isso é recíproco. Te amo e obrigada

por tudo e por tanto. Agradeço, ainda, a toda a família de meu namorado, por sempre me acolher imensamente bem e por acreditarem em meu potencial.

Agradeço também, imensamente, à minha querida orientadora Jéssika Lopes Figueiredo Pereira Batista, por ter compartilhado comigo conhecimentos da enfermagem e de vida. Você é exemplo de pessoa que esse mundo tanto precisa e de profissional altamente qualificada. Você foi um dos melhores presentes que Deus me enviou esse ano. Ele sabia que eu precisava de uma pessoa como você para me ajudar nessa reta final: pessoa de fé; que transmite uma energia incrível a todos que te rodeiam; que sabe conquistar as pessoas com teu jeito singular; que tanto se preocupa com o outro. Digo sempre que Deus me deu muito mais que uma orientadora: ele me presenteou com uma verdadeira amiga, para a vida! Tenho o maior orgulho em ter tido ao meu lado uma pessoa tão batalhadora, dedicada e sonhadora como você. Obrigada por cada palavra de apoio que me disse, sei que tudo que você expressa é de todo o coração. Obrigada também por ter sonhado esse trabalho junto comigo e ter me ajudado a concluí-lo. Enfim, peço a Deus para te abençoar infinitamente para que conquiste tudo aquilo que sonha, pois você merece grandes maravilhas em sua vida e tenho certeza que você ainda trilhará belos caminhos. Saiba que será sempre fonte de inspiração para mim! Muito obrigada por tudo, amo você!

Às minhas companheiras de curso, Jéssica Keylly, Raquel de Jesus, Francymárcia Capitulino, Danielly Barbosa, Millena Zaíra e Ilda Kandice, que tornaram-se amigas e que deixaram esses anos de graduação mais leves e divertidos.

Agradeço também a todos os professores que contribuíram com minha formação durante esses anos. Obrigada por todos os ensinamentos repassados, teóricos e práticos, e por me fazer apaixonar-se pela enfermagem. Obrigada também por mostrar-me que a enfermagem vai muito além da assistência, podendo ela alcançar outras vertentes, sem esquecer da necessidade da prática de humanização em todos os caminhos que resolver trilhar por essa ciência espetacular. Agradeço ainda por terem me mostrado o quanto a enfermagem deve ser empoderada frente às dificuldades encontradas na saúde brasileira,

À grande professora que terei a honra de ter em minha banca examinadora, Prof<sup>a</sup> Rafaela Rolim de Oliveira, agradeço por todos os conhecimentos repassados e por sempre enaltecer o potencial de cada pessoa. Você é uma profissional e pessoa incrível que com seu jeito meigo sabe conquistar as pessoas e compartilhar seus conhecimentos entre elas. Sou grata por ter sido sua aluna e por ter conhecido toda a sua grandeza, tenho a certeza de que você brilhará muito dentro da Enfermagem com toda sua humildade e simplicidade. Obrigada por tudo.

Agradeço também a outra professora incrível que também estará compondo a banca examinadora, prof<sup>a</sup> Alba Rejane, a qual tive a grande oportunidade de ser aluna e que contribuiu imensamente com a minha formação. Obrigada também por se fazer presente em um momento tão importante para mim e por todos os conhecimentos compartilhados durante esse tempo. Grata por tê-la tido como professora.

Não poderia deixar de agradecer a todas as mulheres que aceitaram participar desta pesquisa, que me acolheram muito bem em seus lares e que me proporcionaram desenvolver essa pesquisa com muito amor. Obrigada, de coração!

Agradeço ainda à instituição de ensino Universidade Federal de Campina Grande por oferecer acesso à educação de qualidade através de professores renomados, infraestrutura adequada e condições propícias para o auxílio na minha formação.

*“Deus é nosso refúgio e nossa força. Entre muitos perigos, nele sempre encontramos socorro.” Salmo 46: 2*

DANTAS, N. M. F. **Percepção de primíparas acerca da violência obstétrica.** 2019. 71 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2019.

## RESUMO

Mesmo com a intensa propagação da necessidade de humanização no cuidado prestado a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, ainda observa-se a persistência da ideia de poder e dominação por parte do profissional frente à usuária, o que acaba por proporcionar ações e condutas desumanas que desrespeitam os direitos da mulher e resultam em violência obstétrica, tornando a gestação e o parto, experiências traumáticas. Esse estudo teve o objetivo de analisar a percepção de primíparas acerca da violência obstétrica. Trata-se de um estudo de campo, de caráter exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. O mesmo foi realizado nos meses de maio, junho e julho, no domicílio das participantes cadastradas nas Estratégias Saúde da Família da cidade de Sousa, Pb. A amostra obtida e apresentada no estudo foi composta por 11 primíparas. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, através de um roteiro elaborado pelas pesquisadoras, com questões objetivas e subjetivas, as quais foram indagadas pela pesquisadora participante, com a utilização de um gravador portátil. As questões objetivas foram organizadas e apresentadas em tabelas, sendo utilizada a estatística descritiva simples. As respostas subjetivas foram submetidas à análise temática de conteúdo. A pesquisa seguiu respeitando os aspectos éticos e legais presentes na Resolução nº 466/2012. De acordo com as falas das primíparas a violência obstétrica corresponde a um desrespeito a decisão da mulher como também a uma situação de violência verbal. Entre as situações de violência obstétrica foram identificadas dor durante os exames de toque, bem como exames excessivos, realização de manobra de Kristeller, episiotomia, rompimento da bolsa, proibição de acompanhante e pressão psicológica e como consequência dessa violência, demora em ter um próximo filho, devido ainda estarem abaladas com o parto e a preferência pelo parto cesáreo. Esse estudo pode contribuir para que os profissionais que estão à frente dos serviços de saúde que acompanham as mulheres no ciclo gravídico-puerperal se sensibilizem e desenvolvam um atendimento humanizado, pois a prática da violência obstétrica está cada vez mais comum, fazendo parte do atendimento de muitos profissionais. Além disso, pretende-se colocar a violência obstétrica em discussão para que esses profissionais proporcionem as mulheres o conhecimento acerca da temática, pelo direito que elas têm de se empoderarem sobre o assunto e assim, não serem futuras vítimas desse agravo.

**Palavras-chaves:** Saúde da Mulher. Obstetrícia. Violência.

DANTAS, N. M. F. **Primiparous perception about obstetric violence**. 2019. 71 p. *Course Final Assignment* (Bachelor in Nursing) – Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2019.

### **ABSTRACT**

Even with the intense propagation of the need for humanization in the care provided to women during the pregnancy-puerperal cycle, there is still the persistence of the idea of power and domination by the professional in front of the user, which ends up providing inhumane actions and conduct that violate women's rights and result in obstetric violence, making the pregnancy and the birth traumatic experiences. This study aimed to analyze the perception of primiparous women about obstetric violence. This is a field study, with an exploratory feature, descriptive and qualitative approach. It was carried out in May, June and July, at the homes of the participants registered in the Family Health Strategies in the city of Sousa, PB. The sample obtained and presented in the study consisted of 11 primiparous. Data were collected through a semi-structured interview, through a script prepared by the researchers, with objective and subjective questions, which were asked by the participating researcher, using a portable recorder. The objective questions were organized and presented in tables, using simple descriptive statistics. The subjective answers were submitted to the thematic content analysis. The research kept respecting the ethical and legal aspects presented in Resolution N° 466/2012. According to the speech of the primiparous, obstetric violence corresponds to a disrespect to the decision of women as well as a verbal violence situation. Among the situations of obstetric violence were identified pain during touch exams, as well as excessive exams, Kristeller maneuver performance, episiotomy, water break, prohibition of companion and psychological pressure and as a consequence of this violence, delay in having a next child, due to still being damaged with birth and the preference for cesarean section. This study can contribute to the professionals who are in charge of the health services that follow women in the pregnancy-puerperal cycle to become more sensitive and develop humanized care, as the practice of obstetric violence is increasingly common, being part of the care provided by many professionals. In addition, it is intended to put obstetric violence in discussion so that these professionals provide to women the knowledge about the subject, for the right that they have to empower themselves about the subject and not be future victims of this grievance.

**Keywords:** Women's Health. Obstetrics. Violence.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Descrição dos dados sociodemográficos das participantes da pesquisa. Sousa, Pb.....	32
<b>Tabela 2</b> - Descrição dos dados obstétricos das participantes da pesquisa. Sousa, Pb.....	34

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- DPP** – Depressão Pós-Parto
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ISTs**- Infecções Sexualmente Transmissíveis
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PAISM**- Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- PB** – Paraíba
- PHPN** – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
- PNH** – Política Nacional de Humanização
- RN** – Recém-nascido
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
- UFCG** – Universidade Federal de Campina Grande

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
3.1 ASPECTOS RELACIONADOS AO PARTO .....	19
3.2 CARACTERIZANDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....	20
3.3 A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL ...	22
3.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....	24
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>27</b>
4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO.....	27
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	27
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	27
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	28
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	28
4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	29
4.7 ANÁLISE DOS DADOS .....	29
4.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS .....	30
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>32</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS PARTICIPANTES .....	32
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS OBSTÉTRICOS DAS PARTICIPANTES .....	34
5.3 ANÁLISE DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	35
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>59</b>
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	60
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	62
<b>ANEXOS .....</b>	<b>64</b>
ANEXO A – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL .....	65

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE .....	66
ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS ....	67
ANEXO D – TERMO DE ANUÊNCIA .....	68
ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	70

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, as espécies perpetuam-se por meio da reprodução, e o período gestacional, o parto e o nascimento são situações fisiológicas vivenciadas pelos seres humanos. Logo, são acontecimentos marcantes na vida de uma mulher e de sua família, pois é um período caracterizado por grandes mudanças e reorganizações nos papéis sócio-familiares dos envolvidos, constituindo-se em um evento social que se transforma no decorrer dos séculos de acordo com o momento histórico nos quais as práticas acontecem. Assim, as mudanças que ocorrem na sociedade influenciam neste processo de gestação e parto, e conseqüentemente, os cuidados dispensados às mulheres (SILVA; SILVA, 2009).

O cuidado prestado à mulher durante o trabalho de parto e parto, ao longo do tempo, foi considerado evento privado e essencialmente feminino, sendo realizado pelas parteiras em ambiente domiciliar, onde o foco do cuidado era centrado na mulher em sua integralidade. Entretanto, com o avanço científico e buscando reduzir as elevadas taxas de mortalidade relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, o acompanhamento durante este período passou a ser realizado em instituições de saúde, tornando o evento público, institucionalizado e medicalizado (WOLFF; WALDOW, 2008; BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

Portanto, diante do novo modelo de cuidado durante o parto, este passou a assumir uma condição invasiva, muitas das vezes patológica e que não considera a necessidade de privacidade. Essa mudança incluiu vários profissionais de saúde nesse cenário, como o profissional médico assumindo papel hegemônico no cuidado (SILVA, 2013).

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

A atenção humanizada que deve ser ofertada durante toda a gestação, parto e pós-parto considera a necessidade de observar esse ciclo como algo verdadeiramente humano em que deve ser incluído o acolhimento, orientação e estabelecimento de vínculo. A humanização pressupõe, portanto, atenção centrada na mulher, dando a ela autonomia e liberdade para

participar ativamente do pré-natal, parto e pós-parto, de forma a garantir naturalidade e conforto durante todo esse processo (POSSATI *et al.*, 2017).

No entanto, apesar da grande propagação da necessidade de humanização durante esse ciclo, ainda observa-se a persistência da ideia de poder e dominação por parte do profissional frente à usuária, o que acaba por proporcionar ações e condutas desumanas que desrespeitam os direitos da mulher e resultam em violência obstétrica, tornando a gestação e o parto, experiências traumáticas (AGUIAR; D' OLIVEIRA, 2011).

A violência obstétrica pode ser ocasionada em qualquer, ou em todos os momentos do processo de parturição: pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério. É compreendida como violência institucional, estrutural, simbólica e/ou cultural exercida por profissionais de saúde que envolva o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, por meio de um cuidado desumanizado, medicalizado, com ações intervencionistas abusivas, tornando patológicos os processos naturais (TESSER *et al.*, 2015).

Esse tipo de agravo praticado contra as mulheres em unidades de saúde pode ser subdividido em: violência sexual, negligência, violência verbal e violência física. A violência sexual é compreendida pela prática de estupro ou abuso sexual, sendo a que menos ocorre nos serviços de saúde. A negligência consiste na omissão de cuidado por parte dos profissionais de saúde para com as mulheres. A violência verbal inclui gritos, ameaças, humilhações e falas que agridem a sexualidade feminina. Já a violência física consiste em agressões, condutas violentas e realização de procedimentos sem que haja embasamento clínico (SANTOS; SOUZA, 2015; TESSER *et al.*, 2015).

A falta de uma atenção de qualidade durante o acompanhamento pré-natal, a negação por parte dos profissionais em considerar o plano de parto previamente elaborado pela usuária, a realização de medidas que ferem física e psicologicamente o binômio mãe-filho, procedimentos realizados sem o consentimento da mulher, a proibição da presença do acompanhante e a prática de cuidados inadequados no pós-parto são situações nas quais está presente a violência obstétrica (ALVARENGA; KALIL, 2016).

Segundo a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2017), sendo a gravidez e o parto momentos que transportam um turbilhão de sensações e sentimentos, a experiência vivenciada pelas mulheres nesses momentos pode provocar consequências, positivas ou negativas, permanentes em suas vidas. Dentre as consequências provocadas a partir da violência obstétrica estão a dificuldade em estabelecer vínculo com o bebê, esquivas de assuntos relacionados à gestação e parto, problemas em exercer sua sexualidade, entre outros (SOARES *et al.*, 2015).

Assim, conhecer como mulheres primíparas estão vivenciando a experiência do parto, dando voz a estas, constitui importante maneira para investigar a assistência que está sendo prestada atualmente em centros obstétricos a mulheres que vivenciam o trabalho de parto e parto pela primeira vez (SCARTON *et al.*, 2015).

Portanto, considerando a problemática referente à violência obstétrica e o desconhecimento da mesma por grande parte das mulheres, percebeu-se a necessidade do desenvolvimento da pesquisa, surgindo assim, a seguinte questão norteadora: Qual a percepção de primíparas acerca da violência obstétrica?

Logo, devido a esse agravo representar um grave problema de saúde, a presente pesquisa se justifica pela visibilidade que se deve dar ao tema, para que os profissionais envolvidos na assistência durante o ciclo gravídico-puerperal desenvolvam um cuidado mais humanizado, digno às mulheres, e que as mesmas tornem-se mais conhecedoras do assunto e seguras para falar e agir quando seus direitos forem desrespeitados para que, assim, sejam evitadas as práticas de violência obstétrica bem como suas consequências.

Dessa forma, por meio dos resultados encontrados e posteriormente divulgados, espera-se contribuir para um maior conhecimento e incentivo aos próprios profissionais de saúde e as instituições de saúde a se sensibilizarem sobre o assunto, levando o mesmo a discussão. Assim, falar sobre a violência obstétrica pode contribuir em mudanças no cuidado dispensado às mulheres, a partir da atitude e comportamento dos profissionais que prestam o cuidado, para garantir valorização da mulher como sujeito no processo gravídico-puerperal.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a percepção de primíparas acerca da violência obstétrica.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar os dados sociodemográficos e obstétricos de primíparas;

Verificar o entendimento de primíparas sobre o significado de violência obstétrica;

Investigar a ocorrência da violência obstétrica;

Averiguar a existência de consequências para as primíparas decorrentes da violência obstétrica, caso tenha ocorrido.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 ASPECTOS RELACIONADOS AO PARTO

Historicamente, os processos de gravidez, nascimento e pós-parto contavam com a presença de mulheres denominadas parteiras ou aparadeiras. Estas apresentavam vasto conhecimento empírico-sensorial, sendo as responsáveis por dispensar cuidados domiciliares durante a gravidez, parto e puerpério tanto para a mulher quanto para seu filho. As parteiras também eram procuradas pelas mulheres em casos de infertilidade, aborto e infecções sexualmente transmissíveis (IST's) (BARRETO, 2008; BRENES, 1991).

O saber das parteiras era fundamentado em suas experiências com a gravidez e o parto e elas eram vistas como indivíduos situados em uma escala inferior a do médico, tanto pela renda menor quanto pela dependência que possuíam em relação ao médico para conseguirem autorização para prestar seu ofício de maneira legal. O conhecimento das parteiras era ampliado à medida que realizavam os partos e quando observavam a atuação de outras parteiras (BARRETO, 2005; BARRETO, 2008).

As parteiras poderiam realizar seu trabalho de acordo com a formação, ou de modo ocasional ou de ofício. A primeira, como o próprio nome sugere, tornava-se responsável ou auxiliar do processo de parturição eventualmente. Já as de ofício tinham o cuidado do processo de parto como profissão e são categorizadas em leigas, examinadas e diplomadas. As leigas dotavam apenas o conhecimento do senso comum. As parteiras que passavam por uma avaliação feita por médicos cirurgiões e recebiam desta autorização para partejar eram denominadas parteiras examinadas. E, por fim, aquelas que frequentavam um curso formal de parto com habilitação profissional eram as chamadas diplomadas (BARRETO, 2008; CARNEIRO, 2007).

A experiência do nascimento era observada, nessa época, como processo fisiológico, eminentemente feminino, que ocorria em ambiente domiciliar. Além disso, o bebê e a mulher eram tidos como figuras principais no processo de parturição. A parteira cuidava, portanto, da parte fisiológica do parto e os médicos observavam a parte patológica ou com complicações. A realização do parto não era considerada uma atribuição médica, mas de parteiras (CARNEIRO, 2007).

De acordo com Barreto (2008), em meados do final do século XVIII e início do século XIX, passou-se a disseminar ideias que modificavam a forma como o parto era observado com a prevalência do discurso anatomopatológico influenciado pelo iluminismo. Assim, iniciaram-se questionamentos quanto à presença da parteira durante o parto, os quais

fizeram com que houvesse a necessidade da presença das mesmas em escolas para que possuíssem instrução quanto ao parto. E isso marcou a incorporação da prática obstétrica às atividades desempenhadas pelo médico.

Ao final do século XIX, os médicos obstetras iniciaram campanhas com a finalidade de transformar o parto em um evento controlado por eles. O surgimento de instrumentais, como o fórceps, e a utilização de condutas intervencionistas contribuiu para a consolidação da presença médica no momento do parto. Assim, ao longo dos séculos, o processo do parto, que antes era tido como fisiológico e realizado em domicílio, tornou-se complexo, de atribuição médica e sendo efetivado dentro de instituições, dando origem ao modelo tecnocrático (MAIA, 2010).

Segundo o autor supracitado, com o surgimento deste modelo, que tem se tornado predominante nos dias atuais, a mulher e o bebê deixam de ser o foco central do processo de parto e o médico assume esse papel, sendo ele provido de avançada tecnologia capaz de regular o momento do parto de modo a facilitar o desempenho de seu trabalho. A utilização de ocitocina, permanência da mulher em posição litotômica e realização da manobra de Kristeller constituem formas de intervenções largamente utilizadas nos hospitais durante o parto e que podem resultar em complicações prejudiciais para a mãe e o bebê. Portanto, a padronização de condutas durante o parto que vão de encontro aos desejos da mulher e utilizadas desenfreadamente de maneira equivocada e, muitas vezes, desnecessárias marcaram a introdução da violência no cenário do parto.

### 3.2 CARACTERIZANDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O século XX marcou a transição da experiência do parto que acontecia no ambiente domiciliar, com presença ativa da família e centrada na mulher, para aquele realizado em ambiente hospitalar, colocando a mulher em posição passiva e o médico como figura central. A institucionalização do parto provocou, portanto, uma mudança na forma como o parto era concebido e introduziu neste momento condutas cirúrgicas, a exemplo do forcéps profilático e episiotomia (MAIA, 2010; WOLFF; WALDOW, 2008).

Concomitante à institucionalização do parto, este perde sua essência natural e acaba sendo visto como evento patológico e medicalizado. Além disso, como consequência surge a violência obstétrica, muitas vezes expressa pela utilização de técnicas inadequadas e desnecessárias sem o consentimento da usuária, como também negação de atendimento de qualidade e privação do direito ao acompanhante (WOLFF; WALDOW, 2008; TESSER *et al.*, 2015).

A violência obstétrica caracteriza-se pela ocorrência de violação dos direitos das mulheres, que acontece geralmente por parte dos profissionais de saúde, onde estes se apropriam do corpo e processos reprodutivos e sexuais das mulheres, resultando em perda da autonomia e da capacidade de livre decisão sobre sua própria sexualidade e corpo (ZANARDO *et al.*, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014), mulheres do mundo inteiro durante a gravidez apresentam-se vulneráveis aos abusos, maus-tratos, negligência e desrespeito dentro das instituições de saúde durante assistência obstétrica. De acordo com Leal *et al.* (2018), mulheres com baixa escolaridade e que não apresentam conhecimento em relação às condutas realizadas durante o trabalho de parto e parto são condições que expõem acentuadamente a mulher a violência obstétrica.

A “Ley Orgánica sobre el Derecho de Las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” promulgada na Venezuela elenca diversos tipos de violência cometidos contra as mulheres e, dentre estes, encontra-se a violência obstétrica. De acordo com esta lei, as práticas realizadas pelos profissionais de saúde que caracterizam a violência obstétrica são as seguintes: não realizar atendimento em situações de emergência obstétrica; exigir que a mulher permaneça em posição litotômica no trabalho de parto e parto; realizar parto cesariano sem o consentimento da mulher mesmo havendo possibilidade de realização de parto vaginal; dificultar a interação mãe-bebê sem razões médicas; utilizar de medidas para acelerar o parto sem que haja o consentimento da mulher, alterando o processo natural do parto (VENEZUELA, 2007).

Outro exemplo de violência praticada contra a mulher dentro das instituições consiste na restrição da presença de um acompanhante durante a assistência prestada no trabalho de parto, parto e puerpério imediato. No entanto, mesmo com a lei nº 11.108 de 2005 que garante o direito à presença do acompanhante, a prática de restringir essa presença é frequente dentro das instituições de saúde no Brasil (MARTINS; BARROS, 2016).

Os autores supracitados apontam que a violência obstétrica pode ser categorizada em: violência institucional, violência física, violência sexual, violência verbal e psicológica. De acordo com estes autores, a impossibilidade de acesso das mulheres a serviços considerados essenciais e a peregrinação destas em busca de serviços de saúde são exemplos práticos que caracterizam a violência institucional.

A realização de condutas como a episiotomia desnecessária e sem utilização de anestesia, parto cesariano sem razão científica e sem consentimento materno, toques vaginais excessivos, obrigar a mulher a permanecer em posição desconfortável, utilizar medicações

para acelerar o trabalho de parto e a prática da manobra de Kristeller constituem exemplos de violência física praticada durante trabalho de parto, parto e pós-parto (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; TESSER *et al.*, 2015).

A violência psicológica e verbal consiste no estabelecimento de comunicação desrespeitosa, por parte dos profissionais de saúde, que venha a desmoralizar o momento do parto e gerar humilhação e constrangimento para a mulher. A partir da prática desse tipo de violência, diversos direitos das mulheres são violados, como o direito à informação completa e livre de distócias, direito à permanecer livre de maus tratos, direito ao respeito e dignidade, direito ao acesso à saúde em momento oportuno e de alto nível (TESSER *et al.*, 2015).

Leal *et al.* (2018), afirmam que diversas são as consequências vivenciadas após as parturientes serem expostas a violência obstétrica, podendo estas serem de âmbito físico, psicológico e emocional. As mulheres acabam vivenciando uma experiência frustrante quando deveria ser momento de grande emoção, podendo levar a mulher a descontentar-se com o parto e assim, vir a desistir de possíveis futuras gestações, situação que é de maior impacto quando vivenciada por primíparas.

E entende-se por primíparas as mulheres que vivenciaram uma única vez a experiência do parto ou estão em iminência para parir, sendo, portanto, a parturiente de um primeiro filho (MONTENEGRO; REZENDO FILHO, 2013).

### 3.3 A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Diante da realidade existente na prestação de assistência obstétrica, torna-se imprescindível a utilização de práticas humanizadas que devem ser implementadas desde o diagnóstico de gravidez e acompanhar a mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal visando garantir parto e nascimento seguros e dignos. Desse modo, por ser o parto uma experiência em que a mulher e sua família vivenciam sentimentos de preocupações, dúvidas e medos, os profissionais que lhes prestam assistência deve fazê-la de maneira humanizada e competente (WOLFF; MOURA, 2004).

A saúde da mulher era antes limitada a ações relacionadas a gestação e parto. Os programas de atenção materno-infantis das décadas de 30, 50 e 70, traduzia uma visão reducionista e biológica da mulher, observando-a apenas por seu papel social de genitora e cuidadora do lar. No entanto, as mulheres, com o auxílio de movimentos feministas e observando que a saúde da mulher deve ir além da gestação e do parto, reivindicaram suas condições de direito por ações que perpassem todos os ciclos da vida (BRASIL, 2004).

Como resposta às reivindicações destes movimentos que se contrapunham ao modelo de atenção à saúde da mulher que enfocava apenas o ciclo gravídico-puerperal, em 1984, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa incorporou ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento que percorresse todo o ciclo vital da mulher (BRASIL, 2004).

É nesse contexto que, no ano de 2000, foi instituído pelo MS, o PHPN. Este programa apresenta como objetivo prioritário a garantia de um melhor acesso ao cuidado em saúde durante o pré-natal, parto e puerpério para as gestantes e seus bebês, fundamentando-se na ideia de que um atendimento humanizado é condição essencial para resgate do protagonismo da mulher durante o parto. Este programa parte da ideia de que os eventos de parto e nascimento ao longo dos séculos distanciou-se da vida familiar e tornou-se questão médica e institucional, que por vezes não garante o bem-estar da mulher e seu bebê (BRASIL, 2002; MAIA, 2010).

E no ano de 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH)-HumanizaSUS com o objetivo de auxiliar na efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo ser implementada em todos os serviços. Dentre os dispositivos dispostos na política estão, visita aberta e o direito a acompanhante, apresentando o intuito de aumentar o acesso dos visitantes às unidades de saúde e garantir a presença do acompanhante durante o processo de permanência hospitalar. No contexto do parto e nascimento, os dispositivos da PNH citados são de extrema importância como forma de auxiliar na reinvenção do parto como evento fisiológico e natural, em que a mulher e o seu bebê precisam receber cuidados de saúde humanizados e centrados em suas necessidades (BRASIL, 2007).

Desde 2000, com a instituição do PHPN, o MS vem ampliando os regimentos que dizem respeito à atenção na gestação e parto, em busca da implementação de uma assistência humanizada. A portaria nº 1.067 de 04 de junho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, destaca que para a prestação de atenção digna e qualificada devem ser implementadas, entre outras, as seguintes ações: utilização do partograma (representação gráfica da evolução do trabalho de parto); sanar as dúvidas das mulheres; oferecer à mulher líquido por via oral durante o trabalho de parto; ofertar técnicas não invasivas e não farmacológicas para melhora da dor; restringir a episiotomia a casos de necessidade comprovada na prática; respeitar a decisão da mulher quanto à posição que deseja; observar a contratilidade do útero (BRASIL, 2005a).

Em 2011, o MS instituiu a partir da portaria nº 1.459 a Rede Cegonha, a qual consiste em um conjunto de cuidados contínuos que assegura à mulher o direito à assistência

de qualidade que perpassa o planejamento familiar, diagnóstico da gravidez, pré-natal, parto e puerpério, bem como garantia do direito da criança ao nascimento seguro e desenvolvimento saudável. A rede cegonha apresenta como finalidade a garantia de um novo modelo de atenção à saúde materna e da criança, organização da rede de assistência à saúde materna e infantil, bem como a reduzir a morbimortalidade relacionada à gestação, parto e nascimento (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011).

Portanto, o MS afirma que a atenção humanizada durante o parto envolve ações que buscam a promoção de um parto e nascimento seguros e prevenção de morbimortalidade materna e neonatal. Estas ações devem ser iniciadas durante o pré-natal e não deve consistir na realização de intervenções desnecessárias que tragam malefícios à mãe e seu bebê (BRASIL, 2001).

A humanização em saúde engloba a valorização do usuário como sujeito de direito e foco central do cuidado, bem como o estabelecimento de relações respeitadas e afetivas entre profissional de saúde-usuário e reformulação do processo de formação destes profissionais com vista a garantir sensibilidade e empatia durante a execução do cuidado em saúde. Humanizar o parto significa retomá-lo como experiência humana e fisiológica, colocando a mulher como sujeito ativo e participante deste processo (WOLFF; MOURA, 2004).

#### 3.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O período gestacional compreende um processo complexo e transformador, no qual ocorrem diversas alterações na vida da gestante, sendo uma fase caracterizada pela ocorrência de sentimentos intensos e ambíguos, que é diretamente influenciada pela história e experiências vivenciadas pela mulher ao longo de sua vida. Portanto, a gravidez constitui fase intensa em que ocorre uma mistura de sensações que culminam com a definição de um novo papel (BORSA, 2007).

Todas essas alterações ocorridas no período gestacional geram uma série de dúvidas e incertezas por parte das gestantes, em especial para as primíparas. Segundo Maldonado (1991), a gestação provoca uma reestruturação das funções familiares: a múltipara passa a ser mãe de mais de um filho e a primípara além de mulher e filha, passa a ser também mãe.

Logo, o pré-natal consiste em um momento de preparação psicológica e física da gestante para a vivência do parto, sendo uma fase em que os profissionais de saúde atuam como importantes contribuintes para que a mulher saiba lidar com as diversas situações vivenciadas ao longo da gravidez (RIOS; VIEIRA, 2007).

O enfermeiro possui respaldo legal, a partir da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7498/96), para realizar o pré-natal em mulheres em gestação de baixo risco. O PHPN determina que o serviço de saúde realize a captação das gestantes o mais precocemente possível, em até 120 dias úteis, e recomenda que sejam realizadas no mínimo, seis consultas durante o pré-natal (BRASIL, 2002; BRASIL, 1986)

O acompanhamento pré-natal deve ser um processo que integre a equipe multidisciplinar, sendo o enfermeiro um dos principais profissionais atuantes nesse processo, devendo estabelecer vínculos com a gestante e sua família, visando uma maior adesão da mulher aos serviços de saúde oferecidos. Por isso, a realização de um bom acolhimento dessas gestantes constitui ponto-chave no processo de cuidar, já que reflete em uma maior segurança e confiança por parte das mesmas (VIEIRA *et al.*, 2011).

Durante essa assistência é importante que o profissional enfermeiro apresente um olhar clínico e holístico para identificar as necessidades da gestante e de sua família, devendo considerar o contexto em que ela está inserida para que haja uma maior facilidade na realização das ações de saúde e principalmente na efetivação do autocuidado. Assim, a partir da identificação das necessidades apresentadas pela gestante e sua família, o enfermeiro deve elaborar um plano de ações com vista a sanar todas essas necessidades e dúvidas apresentadas, identificar riscos e beneficiar a saúde de todos os envolvidos nesse processo (RIOS; VIEIRA, 2007).

Os autores supracitados atentam para a importância do enfermeiro realizar atividades de educação em saúde durante o pré-natal para a garantia de que a mulher e sua família estejam preparados para vivenciar a maternidade de maneira positiva.

De acordo com Silva *et al.* (2017), a prática de ações educativas durante o pré-natal constituem importante estratégia na prevenção da violência obstétrica ao longo do ciclo gravídico-puerperal para que as mulheres, companheiros e família apresentem ampliado conhecimento acerca das diversas formas que este tipo de violência pode apresentar-se. Assim, estes indivíduos podem utilizar o conhecimento adquirido como forma de garantir a efetivação dos seus direitos, a prevenção da violência obstétrica e a garantia de um parto agradável.

O enfermeiro em sua atuação profissional pode realizar ações que visem prevenir a prática da violência obstétrica em diversos momentos no decorrer da gravidez, parto e pós-parto. Respeito às decisões da gestante e sua família; promoção de conforto e privacidade; fornecimento de informações à gestante acerca dos procedimentos que serão realizados; garantia de contato da mãe com o seu bebê são algumas das diversas práticas que o

enfermeiro pode estar executando para garantir uma assistência digna e livre de violência (MATOSO, 2018).

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, de caráter exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. O estudo de campo caracteriza-se por investigações em que há a coleta de dados junto aos indivíduos somado à pesquisa bibliográfica e/ou documental. A pesquisa de campo é produto das inquietações observadas no universo do cotidiano, as quais estimulam o pesquisador a desenvolvê-la (FONSECA, 2002; DESLANDES; CRUZ NETO; GOMES; MINAYO, 2002).

O estudo exploratório possui como objetivo proporcionar uma visão mais aproximada de determinado fato, resultando em maior familiaridade, a partir da busca de mais informações sobre o assunto. Já o estudo de caráter descritivo apresenta a finalidade de descrever as características de um grupo e os fatos observados, sem que haja interferência do pesquisador (GIL, 2008; PRODANOV; FREITAS, 2013).

A abordagem qualitativa preocupa-se com os contextos da realidade, focando em compreender e explicar a dinâmica das interações sociais, e não requer a utilização de técnicas estatísticas, por não estar preocupada em quantificar valores. Esta pesquisa considera que existe uma forte interação entre a subjetividade do sujeito e o mundo objetivo, colocando o pesquisador, concomitantemente, como sujeito e objeto de sua pesquisa. O pesquisador mantém contato direto com o local e objeto de estudo (PRODANOV; FREITAS, 2013; GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

### 4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Sousa, situado no interior do estado da Paraíba, e distante 438 quilômetros da capital do estado, João Pessoa. A estimativa da população sousense no ano 2018 foi de 69.161 pessoas, sendo considerado o 6º município mais populoso do estado (IBGE, 2018). Esta cidade corresponde a 10ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba.

A execução do estudo, de forma mais precisa, ocorreu nos domicílios das participantes cadastradas nas Estratégias Saúde da Família (ESF) do município em questão, que atualmente possui 28 unidades, sendo 21 na zona urbana e 7 na zona rural.

### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população, também denominada de universo, corresponde ao total de elementos que apresentam características em comum definidas. Enquanto a amostra corresponde a um subconjunto do universo, através da qual são estabelecidas ou estimadas as características da população. A escolha da amostra deve ser feita de forma que esta apresente grande representatividade da população (PRODANOV; FREITAS, 2013; GIL, 2008; MARCONI; LAKATOS, 2003).

A população do estudo foi constituída por 120 primíparas cadastradas nas ESF no município de Sousa, Pb, porém a amostra obtida e apresentada no presente estudo foi composta por 11 primíparas, que aceitaram participar da pesquisa e que se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão, assim como por critério de saturação dos dados, ou seja, quando as explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015).

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Dentre os critérios de inclusão que foram empregados para selecionar a amostra do estudo estavam, primíparas com idade igual ou superior a 18 anos, cadastradas nas ESF localizadas na zona urbana e que teve seu filho por meio de parto vaginal.

Foram excluídas do estudo primíparas que tiveram filho há mais de um ano, que teve gestação anterior interrompida decorrente de um aborto ou uma perda fetal e que não tinham capacidade de comunicação e compreensão preservadas.

#### 4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, através de um roteiro elaborado pelas pesquisadoras (APÊNDICE A). O mesmo foi construído a partir das “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal” e do documento “Violência Obstétrica: Parirás com dor” (BRASIL, 2017; REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Segundo May (2004), a entrevista semiestruturada permite ao pesquisador estabelecer diálogo com o entrevistado e este consegue responder as perguntas de acordo com seus conhecimentos, linguagem e termos que utiliza. Além disso, esse tipo de entrevista permite aos participantes liberdade para ir além de respostas padronizadas.

O instrumento de coleta de dados foi composto por variáveis sociodemográficas, obstétricas e questões norteadoras que buscaram investigar a percepção de primíparas acerca da violência obstétrica, como seu entendimento, a ocorrência e consequências dessa violência.

#### 4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Primeiramente, foi solicitada da Secretaria de Saúde de Sousa, por meio da Coordenadora da Atenção Básica após apresentar o projeto de pesquisa, a emissão do Termo de Anuência, como requisito para executar a pesquisa.

Posteriormente o estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cajazeiras, por intermédio da Plataforma Brasil, e após aprovação do mesmo iniciou-se a realização da coleta de dados.

Em seguida a pesquisadora entrou em contato com os enfermeiros atuantes nas ESF da zona urbana da cidade de Sousa para identificar as primíparas cadastradas no serviço. Após essa identificação inicial realizou-se contato pessoalmente para determinar a amostra, como também o agendamento de datas e horários para a realização da coleta que ocorreram no domicílio das participantes.

Logo depois foi realizado o teste piloto, onde o mesmo consiste na aplicação do instrumento de coleta de dados com uma participante, para avaliar se o roteiro para entrevista de fato estava adequado, compreensível e contemplando os objetivos. Esse teste não foi incluído nos resultados da pesquisa, não fazendo parte da amostra.

Ressalta-se que o instrumento de coleta de dados foi aplicado após a exposição dos objetivos da pesquisa, metodologia, aspectos éticos, assim como a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B). Destacando que tal documento foi assinado em duas vias, onde uma ficou com a participante e outra sob posse da pesquisadora.

Todas as entrevistas foram gravadas por meio de um gravador portátil e posteriormente transcritas na íntegra.

#### 4.7 ANÁLISE DOS DADOS

As questões objetivas referentes aos dados sociodemográficos e obstétricos foram organizados e apresentados em tabelas, sendo utilizada a estatística descritiva simples e discutidos a partir do embasamento teórico sobre a temática.

A análise das informações coletadas por meio das questões subjetivas baseou-se na técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. Esse tipo de análise enquanto método torna-se um agrupamento de técnicas de análise das comunicações que através do emprego de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens objetiva

obter indicadores que possibilitem deduções lógicas de conhecimentos referentes à origem das mensagens. Isso se dá através da codificação dos resultados, as categorizações, as inferências e, por fim, a informatização da análise das comunicações (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo transcorre as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados. A primeira fase consiste na organização do material a ser analisado que permitam a operacionalização das etapas sucessivas. A segunda fase, exploração do material, tem por objetivo a administração sistemática das decisões consideradas na fase de pré-análise. Refere-se à codificação do material, onde há o recorte do texto para escolha das unidades, seguido de escolha das regras de contagem e posterior classificação para escolha das categorias. A terceira fase, de tratamento dos dados, tem por objetivo tornar válidos e objetivos os dados encontrados, permitindo obter amplas generalizações a partir do confronto com informações já existentes (GIL, 2002; DESLANDES; GOMES; CRUZ NETO; MINAYO, 2002).

Segundo Silva e Fossá (2015), a análise de conteúdo consiste em um conjunto de métodos de análise de comunicações, tendo como objetivo avaliar o que foi mencionado durante as entrevistas ou que foi observado pelo pesquisador. Na análise das entrevistas, estas são classificadas em categorias que contribuem para o entendimento do que está implícito nas falas.

Assim, a partir da análise das falas das participantes, emergiram as seguintes categorias: Entendimento sobre violência obstétrica; Vivenciando a violência obstétrica e Consequências da violência obstétrica.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O estudo prosseguiu cumprindo os princípios éticos presentes na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, após parecer favorável de nº 3.329.742 pelo CEP, seguindo as normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, incorporando os quatro referenciais da bioética, que são autonomia, não maleficência, beneficência e justiça do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e no cumprimento do TCLE, que foi lido e assinado pelo participante (BRASIL, 2012a).

Durante a execução do estudo respeitou-se a confidencialidade de todas as informações coletadas, bem como as participantes foram informadas de que a entrevista seria gravada de acordo com o seu consentimento. Para garantir o anonimato, as entrevistadas foram identificadas por nomes de flores, à escolha da pesquisadora.

Por se tratar de um estudo que garantiu o anonimato das participantes o risco foi considerado mínimo. Como risco, elencou-se a possível existência de constrangimento durante a entrevista, desconforto ou medo de relatar algumas informações. As participantes foram orientadas que poderiam ser isentas de responderem qualquer pergunta em que se sentissem desconfortáveis, bem como foi explanado sobre a oportunidade de suspensão da entrevista.

Quanto aos benefícios do estudo, encontra-se o conhecimento ofertado por meio da publicação do estudo acerca da violência obstétrica e dos direitos que as mulheres apresentam durante o ciclo gravídico-puerperal, levando ao empoderamento destas para que reivindiquem uma assistência digna e de qualidade. Além de instigar a discussão sobre a temática nas instituições de saúde e entre os profissionais para que sejam repensadas as práticas durante a atenção obstétrica.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa são apresentados de acordo com a descrição dos dados sociodemográficos e obstétricos das participantes, os mesmos estão expostos em tabelas e as falas das entrevistadas encontram-se organizadas por meio do método de categorias temáticas.

Foram analisadas 11 entrevistas realizadas com primíparas cadastradas nas ESF da cidade Sousa, Pb. Sendo o nome das mesmas preservadas, substituindo-os por nomes de flores.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS PARTICIPANTES

Na tabela 1 foram descritas as variáveis sociodemográficas das primíparas, objetivando conhecer as características das participantes.

**Tabela 1** – Descrição dos dados sociodemográficos das participantes da pesquisa. Sousa, Pb.

VARIÁVEIS	Frequência (F)	Porcentagem (%)
<b>Idade</b>		
<b>18 a 21 anos</b>	<b>7</b>	<b>63,6</b>
22 a 25 anos	2	18,2
Maiores de 25 anos	2	18,2
<b>Cor</b>		
Branca	1	9,1
Preta	4	36,4
<b>Parda</b>	<b>6</b>	<b>54,5</b>
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	1	9,1
Casada	3	27,3
<b>União estável</b>	<b>7</b>	<b>63,6</b>
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeta	-	-
Fundamental incompleto	3	27,3
Fundamental completo	-	-
Ensino médio incompleto	1	9,1
<b>Ensino médio completo</b>	<b>5</b>	<b>45,4</b>
Superior incompleto	1	9,1
Superior completo	1	9,1
<b>Renda mensal</b>		
<b>Até 1 salário mínimo</b>	<b>7</b>	<b>63,6</b>
+ 1 até 2 salários	3	27,3
+ de 2 salários	1	9,1
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

De acordo com os dados da tabela 1 é possível constatar que 63,6% das participantes são mulheres jovens na faixa etária de 18 a 21 anos. Este achado pode estar relacionado ao fato de que quanto mais precoce acontece a primeira relação sexual, maior a probabilidade de jovens engravidarem por estas não terem acesso aos métodos contraceptivos ou não apresentarem informação quanto às práticas preventivas (XIMENES NETO *et al.*, 2007).

Ressalta-se que mesmo com as medidas propostas pelo MS objetivando o controle da fecundidade, exposição às IST's, violência e maus tratos entre mulheres jovens, muitas ainda engravidam sem terem planejado a gestação (BRASIL, 2001).

Quanto à cor, a mais predominantemente autodeclarada pelas mulheres foi à parda (54,5%), corroborando com um estudo realizado com primíparas atendidas em uma maternidade de alto risco, em que 65,8% dessas mulheres também referiram ser da cor parda (MORAES; HOLANDA; PINHEIRO, 2014).

Seguida das pardas, 36,4% das primíparas da pesquisa em questão são da cor preta. Sendo importante evidenciar, pois estudos mostram que a maioria das mulheres pardas e pretas apresenta menos acesso a informações sobre métodos preventivos, bem como maiores chances de receberem atendimento ineficaz durante pré-natal e parto, o que reflete uma expressão da iniquidade existente na atenção em saúde destinada a estas mulheres (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005; OLINTO; OLINTO, 2000). Portanto, há uma maior probabilidade de ocorrência de violência obstétrica entre as mesmas, principalmente as mulheres negras por causa da crença existente de que essas mulheres são mais fortes e resistentes a dor.

Outra variável analisada foi o estado civil, observando-se que a maioria das entrevistadas (90,1%) possui companheiro, sendo 27,3% casadas e 63,6% em união estável. Este achado repercute de maneira positiva na vida dessas mulheres, já que a falta de um companheiro pode refletir pouco ou em nenhum apoio social, condicionando-a a situações de desequilíbrios emocionais no ciclo gravídico-puerperal (FONSECA; KALE; SILVA, 2015). Porém, mesmo a maioria dessas mulheres apresentando companheiros, poucas tiveram direito à presença destes no momento do parto.

O fato de estar grávida, principalmente em idade mais jovem, resulta em evasão materna da escola, dificultando assim, a inclusão destas no mercado de trabalho (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005). Esta pesquisa identificou que 45,4% das mulheres entrevistadas possuem ensino médio completo, achado favorável pelo fato destas não terem sido obrigadas a abandonar seus estudos em decorrência da gravidez. Além disso, o nível de formação destas mulheres contribui de forma direta para a compreensão de informações e posterior realização das instruções repassadas durante o pré-natal.

Identificou-se ainda que a renda mensal de 63,6% das mulheres consiste em até um salário mínimo. Segundo Santos, Jacinto e Tejada (2012), a renda influencia a saúde, já que maiores níveis de renda proporcionam às pessoas uma maior probabilidade na aquisição de bens e serviços de saúde. Além disso, há uma relação entre renda e condições de moradia. Menores níveis de poder aquisitivo aumenta a vulnerabilidade das pessoas a residirem em locais precários, tornando-as mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças, o que influencia na saúde do binômio mãe-filho, ao passo que maior nível de renda tende a proporcionar melhores condições de moradia e menor vulnerabilidade em relação ao surgimento de doenças.

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS OBSTÉTRICOS DAS PARTICIPANTES

De acordo com a tabela 2, foram evidenciadas as variáveis obstétricas para avaliar aspectos relacionados à gravidez e parto.

Tabela 2 - Descrição dos dados obstétricos das participantes da pesquisa. Sousa, Pb.

VARIÁVEIS	Frequência (F)	Porcentagem (%)
<b>Início do pré-natal</b>		
4 a 6 semanas	4	36,4
<b>7 a 12 semanas</b>	<b>5</b>	<b>45,4</b>
13 a 14 semanas	2	18,2
<b>Acompanhamento pré-natal</b>		
Apenas com enfermeiro	5	45,4
Apenas com médico	-	-
<b>Com ambos</b>	<b>6</b>	<b>54,5</b>
<b>Gravidez planejada</b>		
<b>Sim</b>	<b>6</b>	<b>54,5</b>
Não	5	45,4
<b>Idade gestacional do parto</b>		
Abaixo de 37 semanas	3	27,3
<b>De 37 a 42 semanas</b>	<b>8</b>	<b>72,7</b>
Acima de 42 semanas	0	-
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A partir da tabela 2 identificou-se que 45,4% das entrevistadas iniciaram o pré-natal por volta de 7 a 12 semanas e 54,5% realizaram o acompanhamento pré-natal com os profissionais enfermeiro e médico.

De acordo com o MS (2012b), a realização da primeira consulta de pré-natal deve acontecer precocemente, preferencialmente no primeiro trimestre, e com regularidade. Além disso, o MS afirma que as consultas de pré-natal devem ter acompanhamento do profissional

médico e profissional enfermeiro de maneira intercalada entre as consultas, o que de fato foi observado na pesquisa.

Quando indagadas acerca do planejamento da gravidez, 54,5% referiram ter planejado a gestação, apesar da maioria das mulheres prevalentes no estudo serem mais jovens, logo, este é um dado que favorece a participação das mulheres nas consultas de pré-natal bem como as tornam mais receptivas as orientações ofertadas pelos profissionais, no entanto, este resultado vai de contrapartida ao estudo realizado com puérperas em uma maternidade de Fortaleza, em que a maioria dessas mulheres (64,7%), não planejou sua gravidez (DODT *et al.*, 2010).

Em relação à idade gestacional do parto, 72,7% tiveram o parto de 37 a 42 semanas, o que mostra que os filhos destas mulheres nasceram a termo. Segundo Primo, Amorim e Castro (2007), o número de consultas no pré-natal está relacionado à idade gestacional de nascimento, ou seja, mulheres que realizaram de sete a mais consultas no pré-natal, conforme sua pesquisa, apresentaram idade gestacional ao parto de 37 a 42 semanas, corroborando assim, com o estudo em questão.

### 5.3 ANÁLISE DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

As falas das primíparas participantes do estudo foram analisadas criteriosamente, sendo possível extrair destas falas as seguintes categorias: Entendimento sobre violência obstétrica, na qual foi possível observar o conhecimento prévio das mulheres acerca da problemática; Vivenciando a violência obstétrica, categoria construída a partir do relato das primíparas sobre a experiência parturitiva; e Consequências da violência obstétrica, na qual foi observado as repercussões ocasionadas pela prática de tal violência.

Considerando a resposta das participantes sobre o que significa ser violência obstétrica, percebeu-se uma dificuldade das mesmas em relatar sobre o assunto, demonstrando pouco esclarecimento sobre o mesmo, mas apesar disso, foi possível identificar dois tipos de definições para a violência obstétrica. Desse modo, emergiu a categoria “Entendimento sobre violência obstétrica”, divididas em duas subcategorias: Desrespeito à autonomia da mulher e Violência verbal.

#### **Desrespeito à autonomia da mulher**

A partir do relato de quatro participantes evidenciou-se que a violência obstétrica corresponde a falta de respeito quanto a decisão da mulher sobre o seu parto, ou seja, quando não respeitam suas vontades.

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

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

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

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

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

As falas das participantes Dália e Lírio enfatizam bem a realidade do Brasil, que na maior parte dos casos as mulheres não têm o direito de decidir como se dará seu parto, mesmo apresentando condições de ter seu filho por meio do parto vaginal, pois os médicos dão preferência ao parto cesáreo, por ele ser provido de avançada tecnologia capaz de regular o momento do parto de modo a facilitar o desempenho de seu trabalho (MAIA, 2010).

Desse modo, muitas das indicações de cesáreas que são realizadas na obstetria brasileira não possuem respaldo na literatura científica, logo, esse cenário associa-se a maiores riscos para a saúde materna e infantil. Para a parturiente, aumentam o risco de hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, complicações anestésicas. E para o recém-nascido (RN) há maiores chances de ocorrer prematuridade, problemas respiratórios, icterícia fisiológica, entre outros (VICENTE; LIMA; LIMA, 2017).

Além disso, é importante ressaltar que muitos procedimentos são realizados sem serem informados ou esclarecidos de suas necessidades a mulher, como relatado por Íris. Infelizmente, os profissionais em muitos casos realizam procedimentos sem aviso e sem dar a oportunidade da mulher emitir seu consentimento.

Situações de desrespeito à decisão da mulher podem ocorrer em qualquer momento do ciclo gravídico-puerperal, porém, a gestante apresenta mais propensão no trabalho de parto e parto, momentos em que ocorre uma maior vulnerabilidade da mulher frente à equipe assistencial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Os profissionais de saúde e as próprias mulheres ainda não reconhecem o direito que estas possuem para escolha e recusa informada, o que resulta em maior submissão destas as situações que caracterizam violência obstétrica. Somado a isso, a relação de poder estabelecida entre a gestante e a equipe de profissionais interfere na preservação da decisão e escolha da mulher (LANSKY *et al.*, 2019).

Portanto, é importante evidenciar que as gestantes necessitam de um cuidado humanizado, cuidado este, que garanta o direito que elas possuem em optarem pelo o que consideram melhor para elas e seu bebê, bem como em receber assistência livre de violência obstétrica.

### **Violência Verbal**

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

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

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

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

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

A violência verbal está diretamente ligada a comentários realizados por profissionais com a intenção de rebaixar a mulher, como também privá-la de reconhecer a sua situação

durante o período gravídico-puerperal, relacionando este tipo de violência com a violência moral e psicológica (MARTINS; BARROS, 2016).

Em alguns estudos foram identificadas situações de violência verbal, onde as mulheres tiveram seus sentimentos desconsiderados, bem como foram tratadas de forma grosseira pelos profissionais de saúde. Logo, a prática de um atendimento desumano durante o parto baseado em tratamentos que reprimam a mulher constitui situação degradante para as gestantes, tornando, assim, a experiência do ‘parir’ traumática e negativa (SILVA *et al.*, 2017; WOLFF; WALDOW, 2008).

É desalentador quando se veem profissionais desenvolvendo práticas como essas, quando deveriam ser amparo e aconchego para as mulheres. Assim, é perceptível o paradoxo existente na atuação dos profissionais de saúde, os quais deveriam ser responsáveis por repassarem confiança e segurança entre as mulheres durante o parto, acabam por desconsiderarem o protagonismo da mulher neste momento. A evidência desse paradoxo reflete a deficiente formação dos profissionais de saúde, bem como a falta de habilidade e controle emocional para garantir assistência digna e de qualidade para as mulheres durante trabalho de parto e parto (KOPERECK *et al.*, 2018).

De acordo com Dias (2006), o cenário da violência obstétrica é tão naturalizado, que a maioria das mulheres retrata como sorte quando recebem um atendimento adequado no plantão obstétrico, e isso demonstra a percepção de que o bom atendimento é considerado raro e não faz parte da rotina da assistência ao parto.

As participantes do estudo foram questionadas se as mesmas identificavam ter passado por situações que caracterizassem violência obstétrica. No entanto, mesmo tendo vivenciado esta violência algumas responderam que não, e só se teve conhecimento de fato de tudo que foi vivenciado por elas quando a pesquisadora pediu para que detalhassem sobre o trabalho de parto e parto. Muitas das mulheres vivenciaram mais de um tipo de situação que caracteriza esse tipo de violência, destacando assim, o quanto é um problema grave e recorrente no serviço de saúde. Desse modo, surgiu a Categoria ‘‘Vivenciando a violência obstétrica’’, dividida em cinco subcategorias: Exames de toque dolorosos e desnecessários; Manobra de Kristeller; Episiotomia; Rompimento artificial da bolsa amniótica; Proibição do acompanhante e Pressão psicológica.

### **Exames de toque dolorosos e desnecessários**

O exame de toque vaginal repetido, doloroso e em curto intervalo de tempo, praticado pelos profissionais obstétricos, foi vivenciado por cinco das mulheres entrevistadas, sendo posto como ação desagradável e constrangedora, caracterizando a violência obstétrica.

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

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

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

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

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

O exame vaginal tem o propósito de avaliar a dilatação da cérvix, observar o percentual de cérvix apagado e as condições das membranas fetais, devendo esse exame ser realizado de maneira delicada a fim de garantir o conforto da mulher. A prática de exames de toque indiscriminados, em curtos intervalos e feita por mais de um profissional dificulta a evolução do trabalho de parto, podendo gerar edema vulvar e desconforto (RICCI, 2008; WOLFF, WALDOW, 2008).

Uma manobra muito comum durante o exame de toque é a redução manual do colo do útero, que corresponde a um procedimento que causa muita dor, realizado com o objetivo de acelerar o trabalho de parto. É uma prática que pode ser prejudicial para a dinâmica do trabalho de parto, e que na maior parte dos casos é realizada sem esclarecimento ou consentimento da paciente. Intervenções para acelerar o trabalho de parto e parto podem provocar várias complicações para o binômio mãe-filho, inclusive aumentam o risco de morbimortalidade para ambos (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

A partir disso, pode-se fazer uma relação com as situações sofridas pelas mulheres, enfatizadas pelas falas das mesmas, ao relatarem o quanto sentiram dor diante esse exame,

que segundo a fala de Peônia, foi uma monstruosidade. E ainda de acordo com as participantes Amarílis e Lírio, foi realizada nas mesmas, de maneira indiscriminada. Além do fato dos profissionais frente a este procedimento agirem de forma desagradável, e sem esclarecer acerca do procedimento.

Percebe-se, portanto, a falta de preparo técnico dos profissionais quanto a realização do exame de toque, o qual é justificado como sendo de finalidade didática e não sendo precedido por meio de fundamentos teóricos. Durante o exame de toque indiscriminado, ocorre exposição desnecessária da mulher e desrespeito à fisiologia do parto (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018).

### **Manobra de Kristeller**

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

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

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

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

A manobra de Kristeller é realizada com a finalidade de agilizar o processo de expulsão do bebê do canal vaginal e consiste na realização de pressão na parte superior do útero com a mulher em posição litotômica. Algumas consequências podem ocorrer em decorrência da manobra, como fratura materna de costelas, descolamento de placenta, trauma abdominal e trauma cerebral no bebê (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018). Por esta razão, a manobra é atualmente condenada pela comunidade científica, porém, ainda assim, é realizada na prática obstétrica, fato comprovado a partir das falas.

A correlação entre a realização da manobra e a ocorrência de prejuízos materno-fetais é dificultada pelo fato de ser uma prática efetivada de forma indiscriminada, não existindo controle sobre a pressão que é aplicada, somado a inexistência de registros de aplicação da técnica (CARVALHO, 2014).

De acordo com o autor supracitado, na sua pesquisa foi identificado que a manobra de Kristeller não apresenta quaisquer benefícios, ao passo em que potencializa a ocorrência de episiotomias e lacerações perineais severas.

Essa manobra é frequentemente realizada em conjunto com outras intervenções inadequadas realizadas em cadeia, como condução para mesa de parto antes da dilatação completa, imposição de posição ginecológica, comandos de puxo, mudança de ambiente, entre outros. É importante evidenciar que os próprios profissionais da saúde reconhecem que a manobra de kristeller deve ser banida, porém, continuam a realizá-la, apesar de nunca a registrarem em prontuário (LEAL *et al.*, 2012).

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

### **Episiotomia**

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

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

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

A episiotomia consiste na realização de incisão feita no períneo para aumento do orifício vaginal, muitas vezes efetuado sem procedimento anestésico, com o auxílio de tesoura ou bisturi, necessitando de sutura. Tal prática compromete vasos sanguíneos, estruturas

musculares e tendões do períneo, os quais são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, e pela continência urinária e fecal (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Salge *et al.* (2012), consideraram em seu estudo a primiparidade como fator que predispõe a mulher à prática da episiotomia. São Bento e Santos (2006), a partir de uma pesquisa bibliográfica, identificaram que praticamente todas as primíparas eram submetidas à episiotomia. Eles mostram ainda que autores de diversas partes do mundo consideram que a episiotomia é praticada de maneira equivocada quando rotineira, já que sua realização de forma generalizada é desnecessária.

Os riscos associados à episiotomia são dor no pós-parto, hemorragia, edema, quadro de infecções, extensão da lesão, deiscência, dor durante as relações sexuais, surgimento de abscesso. Mesmo com a existência de evidências que comprovem tais riscos, a episiotomia é um dos procedimentos geralmente realizados sem que as mulheres sejam informadas e, portanto, sem o consentimento destas. Diante disso, observa-se a necessidade de obtenção do consentimento prévio das mulheres para proceder com a prática, já que a mesma traz consequências para toda a vida, bem como provoca o surgimento de cicatrizes (ZANETTI *et al.*, 2009; MATTAR; AQUINO; MESQUITA, 2007).

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

É importante considerar que a musculatura que recobre o assoalho pélvico apresenta grande capacidade de distensão e, portanto, o preparo durante a gestação com a prática de massagem perineal e exercícios específicos auxiliam no encurtamento do trabalho de parto, evitando assim, a prática da episiotomia. E, por ser essa elasticidade variável para cada mulher, a avaliação minuciosa sobre a real necessidade de episiotomia deve ser realizada, buscando tornar essa prática seletiva e não mais rotineira (ZANETTI *et al.*, 2009).

### **Rompimento artificial da bolsa amniótica**

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

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

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

A amniotomia consiste na prática artificial do rompimento da membrana amniótica pelos profissionais de saúde com o intuito de acelerar o processo de parto, já que aumenta a produção de prostaglandinas, e desse modo, aumentam a intensidade das contrações (BRASIL, 2001).

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

Não existem evidências científicas de que a amniotomia diminua o tempo de duração do primeiro estágio do trabalho de parto. Além disso, não há dados consistentes na literatura que possam determinar o melhor momento de realizar o rompimento artificial da bolsa amniótica para acelerar a dilatação uterina. Portanto, este procedimento não é recomendado como parte dos cuidados de qualidade para as mulheres em trabalho de parto (SMYTH; MARKHAM; DOWSWELL, 2013).

Os efeitos adversos associados à amniotomia são risco aumentado de infecção se o trabalho de parto não ocorrer imediatamente. A ruptura de membranas também pode aumentar a transmissão vertical de infecções maternas específicas, como a infecção pelo o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), além de acidente de cordão (BRASIL, 2001).

### **Proibição de acompanhante**

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

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

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

*“Ai meu marido tava tentando entrar, mas não conseguiu”.* (Lobélia)

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

As instituições de saúde do SUS possuem obrigação em autorizarem a participação de um acompanhante durante os momentos de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo este acompanhante indicado pela própria mulher. Porém, mesmo havendo essa obrigação, é observado que a maioria das parturientes não têm o direito a acompanhante, como relatado nas falas das entrevistadas.

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

Uma pesquisa realizada em uma maternidade pública da cidade de Curitiba com mulheres primíparas e múltiparas e seus acompanhantes observou a importância da presença do acompanhante no parto. As mulheres relataram que os acompanhantes proporcionavam calma, apoio, bem como encorajavam as mesmas a prosseguirem com o parto. Assim, o apoio emocional proporcionado pelos acompanhantes constitui ação facilitadora do parto (SOUZA; GUALDA, 2016).

Portanto, diante de tantos benefícios comprovados da intervenção simples que é a presença de um acompanhante para a mulher em trabalho de parto e parto, não existem justificativas sólidas para impedir a entrada e a permanência do acompanhante. No entanto, para as entrevistadas da pesquisa, esse direito não foi respeitado, e houve desse modo, o descumprimento da Lei nº 11.108/ 2005.

Esta lei garante o direito à parturiente em possuir um acompanhante durante todo o processo que envolve o parto, ou seja, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005b).

É importante ressaltar que entre as entrevistadas que relatou a ausência de acompanhante, apenas Peônia evidenciou que a presença do mesmo corresponde a um direito, no entanto, mesmo assim, as mulheres sentem-se constrangidas ou até mesmo com medo de ir contra a imposição da equipe de saúde, o que acaba ressaltando a relação de poder e autoridade destes sobre o parto e o corpo da mulher (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

Desse modo, a ausência de acompanhante constitui uma situação de violência obstétrica de caráter institucional e, devido seus desdobramentos causais, conseqüentemente a ocorrência dessa violência é de caráter psicológico (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

### **Pressão psicológica**

Quando questionadas sobre como aconteceu, em detalhes, o trabalho de parto e parto, três primíparas deixaram explícitas em suas falas à pressão psicológica que sofreram durante esses momentos.

*“Aí chegando lá, eu quase não conseguia ter, sem ter força pra poder ter ele, e ele dizia bote força, você tá fazendo a força errada”.* (Amarílis)

*“[...] aí teve uma hora que eu disse que eu não aguentava mais, ele disse que não podia fazer nada, o médico disse que não podia fazer nada [...]”.* (Bromélia)

*“[...] o médico que tava meio estressado comigo...Só teve uma coisa que eu não gostei, foi que o doutor ele falou que... ele falou ‘você vai querer que sua filha morra?’, aí ele falava: ‘coloca força, vai’, aí falava ‘aí meu Deus, eu não gostei’, falava direto, sabe, ‘seu bebê vai morrer, bota força, vai’.”.* (Lobélia)

As ações desumanas de caráter psicológico são caracterizadas como ações verbais e comportamentais que venha a gerar na mulher sentimentos de inferioridade, medo, insegurança e instabilidade emocional. Ofensas verbais praticadas pelos profissionais de saúde para com as mulheres ocorrem com frequência, em especial durante o trabalho de parto e parto (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Nas falas de Amarílis e Bromélia, o profissional frente ao atendimento não apoia essas mulheres nem as encoraja, sendo ainda pior a situação de Lobélia, em que ela relata que

o médico pergunta se ela quer que seu filho morra, obrigando a mesma a colocar mais força e sempre enfatizando a questão da morte do bebê, caso ela não fizesse o que ele estava mandando.

Logo, os profissionais de saúde aproveitam-se da vulnerabilidade da mulher durante esses momentos e praticam a pressão psicológica por meio da desconsideração dos pedidos de ajuda e desvalorização da dor sentida pela mulher (MARTINS *et al.*, 2019).

A palavra que caracteriza essa pressão psicológica corresponde a desumanização, que acontece por meio da falta de amor, respeito, sensibilidade, e principalmente ausência de humanidade, já que esta é o mínimo que se deve ofertar para o bem comum e não só das parturientes. Portanto, gritos e atos de ignorância por parte dos profissionais são praticados em um momento pelo qual a mulher deveria ser tranquilizada para melhor efetivação do parto, além de se tratar de um momento que por si só causa desconforto e dor (FREIRE JÚNIOR; BATISTA, 2019).

Desse modo, é preciso que os profissionais de saúde respeitem os aspectos fisiológicos do processo do parto e nascimento, intervenham de forma criteriosa e reconheçam os aspectos sociais e culturais da mulher, ofertando-lhe uma assistência fundamentada no respeito à sua dignidade e autonomia (SOUZA *et al.*, 2013).

Ainda foi investigado com as participantes qual o tipo de parto de sua preferência, com o objetivo de conhecer se as situações vivenciadas influenciaram uma próxima gestação. Portanto, nas falas de três participantes foi perceptível os efeitos do trabalho de parto e parto. Desse modo, emergiu a categoria Consequências da violência obstétrica.

### **Consequências da violência obstétrica**

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

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

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

O parto, por ser um momento único e de grande emoção, é um evento lembrado por toda a vida, no entanto, a partir da forma como ele é vivenciado pode gerar consequências tanto positivas quanto negativas para mulher. Quando esse momento é marcado pela presença de violência obstétrica, as mulheres podem observá-lo como algo traumático e apresentar repercussões negativas. Assim, a maneira como a mulher vivencia o parto influencia diretamente na forma como ela passa a observar esse momento.

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

As situações de violência obstétrica podem ser responsáveis pelo surgimento de traumas, por gerarem desconfortos físicos e psíquicos, afetando assim, a saúde materna e conseqüentemente a saúde do bebê. Após a vivência de um parto traumático, as mulheres podem desenvolver no pós-parto esquivamento de situações, lugares, indivíduos que relembrem o momento vivenciado (ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEY, 2009).

É importante ressaltar que existem estudos no Brasil que chegaram a conclusão que a rotina de intervenções dolorosas e desnecessárias no parto correspondem a fatores que acarretam o elevado índice nacional de depressão pós-parto (DPP). Este agravo apresenta um imenso impacto social no mundo, pois corresponde a uma doença grave, podendo desencadear consequências incapacitantes. A DPP instala-se geralmente em primíparas que internalizam o sentimento de incapacidade de cuidar do filho, principalmente aquelas que estão inseridas em um núcleo familiar instável ou que tiveram uma gravidez ou parto complicado (LANSKY *et al.*, 2019; FÉLIX *et al.*, 2013).

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

Assim, percebe-se a necessidade de discussão e reformulação do cuidado obstétrico destinado às mulheres no trabalho de parto e parto, como forma de produzir implicações positivas no pós-parto.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento do estudo foi possível observar que a assistência recebida pelas primíparas foi marcada por práticas que caracterizam a violência obstétrica. O desconhecimento do cenário que envolve este tipo de violência, a falta de fornecimento de informações básicas durante o período de assistência por parte dos profissionais e as consequências destas condutas influenciaram na compreensão que a violência obstétrica tem correspondido a um grave problema que ocorre rotineiramente nos serviços de saúde.

A partir das falas das participantes identificaram-se situações claras de desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos destas mulheres. Percebeu-se também a preocupante naturalização da violência obstétrica comprovada a partir das falas de mulheres que observaram tais situações como uma ajuda praticada pelos profissionais para evolução do trabalho de parto e parto.

Além disso, observou-se que, mesmo sendo o parto algo natural e inerente à condição humana, ainda há um intenso despreparo dos profissionais de saúde para lidar com tal evento, o que reflete déficit na formação destes profissionais. Assim, percebe-se a necessidade de as instituições formadoras reverem a forma de ensino compartilhada durante a formação de profissionais.

A partir do estudo, permitiu-se também observar que as mulheres possuíam pouco ou nenhum conhecimento acerca da violência obstétrica, o que permite a reflexão acerca da atual assistência que está sendo prestada durante o pré-natal, o qual acaba por resumir-se apenas à identificação da idade gestacional, peso e verificação da altura uterina. É importante enfatizar que o enfermeiro tem atuação imprescindível na realização da atenção pré-natal, sendo esta de forma integral e responsável por informar e esclarecer as mulheres sobre os seus direitos.

Somado a isso, a partir dos relatos foi possível identificar que há pouca ou nenhuma informação compartilhada entre as mulheres acerca dos procedimentos que são realizados em seu corpo, e, quando repassada, esta informação muitas vezes distorce daquilo que realmente acontece. Assim, verifica-se com efervescência o desrespeito praticado contra a mulher.

Houve limitações encontradas na realização do estudo, pois pouco são os artigos que detalham sobre as situações que caracterizam a violência obstétrica. Dessa forma, percebe-se a necessidade do desenvolvimento de mais estudos sobre essa temática, considerando sua relevância, além de que por meio dos mesmos é possível contribuir na redução dos impactos gerados por práticas violentas.

Informar as mulheres sobre os direitos que estas possuem contribui acentuadamente para que estas identifiquem situações que caracterizem violência obstétrica, impeçam tais práticas e compartilhem o acontecido. A presença de tais dados acerca da ocorrência de violência obstétrica auxilia, portanto, o conhecimento sobre a assistência que vem sendo prestada nos serviços de saúde e, conseqüentemente, na reformulação das práticas em saúde.

Esse estudo pode contribuir para que os profissionais que estão à frente dos serviços de saúde que acompanham as mulheres no ciclo gravídico-puerperal se sensibilizem e desenvolvam um atendimento humanizado, pois a prática da violência obstétrica está cada vez mais comum, fazendo parte do atendimento de muitos profissionais. Portanto, enfatiza-se a real necessidade de divulgação entre os próprios profissionais da saúde acerca das boas práticas em saúde durante pré-natal, parto e pós-parto, bem como a observação acerca da implementação efetiva das políticas públicas de saúde direcionadas à assistência entre as mulheres para que, assim, seja possível a efetivação da humanização durante o ciclo gravídico-puerperal, especialmente durante o parto.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 jan. 2019.
- ALVARENGA, S. P.; KALIL, J. H. Violência obstétrica: como o mito parirás com dor afeta a mulher brasileira. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 14, n. 2, p. 641-649, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v14i2.2755>. Disponível em: [http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2755/pdf\\_562](http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2755/pdf_562). Acesso em: 29 jan.2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRETO, M. R. N. **A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808–1851)**. 2005. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, 2005. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6142>. Acesso em: 18 fev. 2019.
- BARRETO, M. R. N. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.901-925, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000400002>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010459702008000400002&script=sci\\_abstract&tlng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010459702008000400002&script=sci_abstract&tlng=p)t. Acesso em: 18 fev. 2019.
- BORSA, J. C. Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. **Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n.02, p. 310-321, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000400002>. Disponível em: <http://www.revistacontemporanea.org.br/revistacontemporaneaanterior/site/wp-content/artigos/artigo89.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2019.
- BRENES, A. C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p. 135-149, 1991. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002). Acesso em: 19 fev. 2019.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Contagem Populacional. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/sousa/panorama>. Acesso em: 09 mar. 2019.
- \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em: 02 abr. 2019.
- \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Orientações para elaboração de projetos arquitetônicos Rede Cegonha : ambientes de atenção ao parto e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_projetos\\_arquiteticos\\_rede\\_cegonha.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_projetos_arquiteticos_rede_cegonha.pdf). Acesso em: 07 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012a. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 08 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em: 06 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 07 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2 ed., 2007. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita\\_acompanhante\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf). Acesso em: 27 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Gabinete do Ministro, Brasília, 2005a. Disponível em:

[http://www.lex.com.br/doc\\_395287\\_PORTARIA\\_N\\_1067\\_DE\\_4\\_DE\\_JULHO\\_DE\\_2005.aspx](http://www.lex.com.br/doc_395287_PORTARIA_N_1067_DE_4_DE_JULHO_DE_2005.aspx). Acesso em: 04 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.108, de 07 de Abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2005b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm). Acesso em: 05 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em: 04 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em: 27 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Legislação para o Exercício da

Enfermagem, 1986. 6p. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm). Acesso em: 27 fev. 2019.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 21, p. 1316-27, out. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500003>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000500003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500003). Acesso em: 06 fev. 2019.

CARNEIRO, M. Ordenamento sanitário, profissões de saúde e cursos de parteiras no século XIX. **Revista da Faculdade de Letras**. Porto, III Série, vol. 8, p. 317-54, 2007. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3360.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2019.

CARVALHO, L. C. V. **Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto**. Relatório de estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2014. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio%20Final%20La%C3%ABitia%20Carvalho.pdf>. Acesso em: 24 out. 2019.

CARVALHO, T. P. M.; ARAÚJO, C. L. F. Percepção das puérperas de parto normal sobre violência obstétrica. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 17, n. 6, 2018. Disponível em: <http://www.portatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2066/html>. Acesso em: 04 nov. 2019.

DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R; MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

DIAS, M. A. B. **Humanização da Assistência ao Parto: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública**. 2006. Tese (doutorado em Saúde da Mulher e da Criança)- Instituto Fernandes Filgueira, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3424/2/000057.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2019.

DODT, R. C. M. et al. Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 18, p. 345-351, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a02.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2019.

FÉLIX, T. A. et al. Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto nas consultas de puericultura. **Revista Electrónica Trimestral de Enfermería**, Espanha, n. 29, p. 420-435, 2013. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt\\_enfermeria1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_enfermeria1.pdf). Acesso em: 03 nov. 2019.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila. Disponível em: <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>. Acesso em 08 nov. 2019.

FREIRE JÚNIOR, A. B.; BATISTA, L. A. Violência obstétrica: inobservância dos direitos da parturiente como traço da desumanização do parto. **Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, v.9, n.1, p. 43-57, 2019. Disponível em:

<http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista1/index.php/remas/article/view/199/317>. Acesso em: 03 nov. 2019.

FONSECA, S. C.; KALE, P. L.; SILVA, K.S. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa?. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 2, p. 209-217, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000200007>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292015000200209](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200209). Acesso em: 05 out. 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. Editora Atlas, São Paulo, 6. Ed., 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9nicas-de-pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2019.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (organizadoras). **Métodos de pesquisa**. Editora da UFRGS, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2019.

GUIMARÃES, L.B.E; JONAS, E.; AMARAL, L.R.O.G. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 26, n.1, p. 1-11, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2018000100205](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2018000100205). Acesso em: 14 out. 2019.

KOPERECK, C. S. et al. A violência obstétrica no contexto multinacional. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 12, n. 7, p. 2050-2060, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a231399p2050-2060-2018>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231399/29506>. Acesso em: 03 nov. 2019.

LANSCKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.8, p. 2811-2823, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n8/1413-8123-csc-24-08-2811.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. ; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013). Acesso em: 05 out. 2019.

LEAL, M. C. et al. **Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento**. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

LEAL, S. Y. P. et al. Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 23, 2018. DOI: 10.5380/ce.v23i1.52473. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483655548006>. Acesso em: 19 fev. 2019.

LONGO, C. S. M.; ANDRAUS, L. M. S.; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.12, n.2, p. 386-391, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.5266>. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n2/v12n2a25.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a25.htm). Acesso em: 24 out. 2019.

MAIA, M. B. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional** [online]. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro p. 19-49, 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289-03.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2019.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. Editora Vozes, Petrópolis, 12 ed., 1991. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/20946771/psicologia-da-gravidez---maria-tereza-p-maldonado>. Acesso em: 29 fev. 2019.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. Editora Atlas, São Paulo, 5. Ed., 2003. Disponível em: [https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy\\_of\\_historia-i/historia-ii/china-e-india](https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india). Acesso em: 23 mar. 2019.

MARTINS, A. C.; BARROS, G. M. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. **Revista Dor**, São Paulo, v. 3, n. 17, p. 215-218, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160074>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132016000300215](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000300215). Acesso em: 27 fev. 2019.

MARTINS, F. L. et al. Violência obstétrica: uma expressão nova para um problema histórico. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, p.413-423, 2019. Disponível em: [http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/034\\_VIOL%C3%AANCIA-OBST%C3%A9TRICA-Uma-express%C3%A3o-nova-para-um-problema-hist%C3%B3rico.pdf](http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/034_VIOL%C3%AANCIA-OBST%C3%A9TRICA-Uma-express%C3%A3o-nova-para-um-problema-hist%C3%B3rico.pdf). Acesso em: 05 nov. 2019.

MATOSO, L. M. L. O papel do enfermeiro frente à violência obstétrica. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, Vitória da Conquista, v. 11, n.1, p. 49-65, 2018. Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/727>. Acesso em: 03 abr. 2019.

MATTAR, R.; AQUINO, M. M. A.; MESQUISTA, M. R. S. A prática da episiotomia no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 29, n.1, p. 1-2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n1/a01v29n1.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2019.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. Editora Artmed, São Paulo, 3 ed., 2004. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/6600586/tim-may-pesquisa-social>. Acesso em: 03 abr. 2019.

MESSIAS, A. L. S et al. Violência Obstétrica: experiências de puérperas primíparas em uma maternidade pública. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 17, n.1, p. 1-7, 2018. DOI: 10.4025/ciencucuidaude.v17i1.40258. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/324707957\\_Violencia\\_Obstetrica\\_experiencias\\_de\\_puerperas\\_primiparas\\_em\\_uma\\_maternidade\\_publica\\_Obstetric\\_Violence\\_experiences\\_of\\_puerperal\\_primiparae\\_in\\_a\\_public\\_maternity](https://www.researchgate.net/publication/324707957_Violencia_Obstetrica_experiencias_de_puerperas_primiparas_em_uma_maternidade_publica_Obstetric_Violence_experiences_of_puerperal_primiparae_in_a_public_maternity). Acesso em: 28 out. 2019.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, criatividade e método**. 34<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2015.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental**. 13<sup>a</sup> ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2014.

MORAES, P. G. S.; HOLANDA, V. R.; PINHEIRO, H. D. M. Perfil epidemiológico de primíparas atendidas em uma maternidade de alto risco. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 1, n.2, p. 45-50, 2014. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/9/11>. Acesso em: 03 nov. 2019.

OLINTO, M. T. A.; OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.4, p. 1137-1142, 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400033>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2000000400033&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2000000400033&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 05 out. 2019.

OLIVEIRA, L. G. S. M.; ALBUQUERQUE, A. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. **Revista CEJ**, Brasília, ano 22, n. 75, p.36-50, 2018. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_biblioteca/bibli\\_servicos\\_produtos/bibli\\_boletim/bibli\\_bol\\_2006/Rev-CEJ\\_n.75.03.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-CEJ_n.75.03.pdf). Acesso em: 24 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3). Acesso em: 26 fev. 2019.

POSSATI, A. B. et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.4, n.21. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452017000400203&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400203&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 06 fev. 2019.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C; CASTRO, D. S. Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 161-167, 2007. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Candida\\_Primo2/publication/242241833\\_PERFIL\\_SOCIAL\\_E\\_OBSTETRICO\\_DAS\\_PUERPERAS\\_DE\\_UMA\\_MATERNIDADE/links/56eef1e108ae4b8b5e754c12/PERFIL-SOCIAL-E-OBSTETRICO-DAS-PUERPERAS-DE-UMA-MATERNIDADE.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Candida_Primo2/publication/242241833_PERFIL_SOCIAL_E_OBSTETRICO_DAS_PUERPERAS_DE_UMA_MATERNIDADE/links/56eef1e108ae4b8b5e754c12/PERFIL-SOCIAL-E-OBSTETRICO-DAS-PUERPERAS-DE-UMA-MATERNIDADE.pdf). Acesso em: 04 nov. 2019.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Universidade Feevale, Novo Hamburgo, 2. Ed., 2013. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2019.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Senado Federal. 2012.

Disponível em:

<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>  
Acesso em: 26 fev. 2019.

RICCI, S. S. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Tradução Maria de Fátima Azevedo. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2008.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.12, p. 477-486, 2007. Disponível em:

[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000200024&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000200024&script=sci_abstract).  
Acesso em: 28 fev. 2019.

SALGE, A. K. M. et al. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 779-785, 2012. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ree/v14n4/05.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2019.

SÃO BENTO, P. A. S.; SANTOS, R. S. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 552-559, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eann/v10n3/v10n3a27.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2019.

SANTOS, A. M. A.; JACINTO, P. A.; TEJADA, C. A. O. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 229-261, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-41612012000200001>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-41612012000200001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612012000200001). Acesso em: 06 out. 2019.

SANTOS, R. C. S.; SOUZA, N. F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP)**, Macapá, v.5, n.1, p. 57-68, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/viewFile/1592/rafaelv5n1.pdf>. Acesso em 06 fev. 2019.

SCARTON, J. et al. “No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres-primíparas no parto normal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. esp., p. 134-151, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56786>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v36nspe/0102-6933-rngen-36-spe-0143.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

SILVA, E. A. T. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 2, n.37, p. 208-215. 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/gestacao\\_preparo\\_parto\\_programas\\_intervencao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/gestacao_preparo_parto_programas_intervencao.pdf). Acesso em: 29 jan. 2019.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas revista eletrônica**, Campina Grande, v. 16, n. 1, p. 1-14, 2015. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>. Acesso em: 09 mar. 2019.

SILVA, L. J.; SILVA, L. R. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n.2, p. 393-401, jun. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200022>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a22.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2019.

SILVA, F. M.; SILVA, M. L.; ARAÚJO, F. N. F. Sentimentos Causados pela Violência Obstétrica em Mulheres de Município do Nordeste Brasileiro. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, Piauí, v. 3, n.4 , p. 25-34, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6924/pdf>. Acesso em: 26 out. 2019.

SILVA, T. S. et al. A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica. **Revista Ciência em Extensão**, v. 13, n. 1, p. 176-189, 2017. Disponível em: [http://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/view/1589](http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1589). Acesso em: 01 mar. 2019.

SMYTH, R.M.D.; MARKHAM, C.; DOWSWELL, T. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, , Issue 6, 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub4. Disponível em: [https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/pdf/CDSR/CD006167/CD006167\\_abstract.pdf](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/pdf/CDSR/CD006167/CD006167_abstract.pdf). Acesso em: 03 nov. 2019.

SOARES, P. B. et al. Violência obstétrica e suas implicações. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v. 4, p. 93-94, 2015. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/47/47>. Acesso em: 28 out. 2019.

SOUZA, C. M. et al. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.5, n.4, p. 743-754, 2013. DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n4p743. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2380/pdf\\_960](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2380/pdf_960). Acesso em: 03 nov. 2019.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n.1, p. 1-9, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000100309&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000100309&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 24 out. 2019.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/1013/716>. Acesso em: 06 fev. 2019.

VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Publicada en Gaceta Oficial n° 38668 de 23 abr. 2007. Disponível em: <http://observatoriointernacional.com/?p=732>. Acesso em: 26 fev. 2019.

VICENTE, A. C.; LIMA, A. K. B. S.; LIMA, C. B. Parto cesário e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 17, n.4, p. 24-35, 2017. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/01/17402.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2019.

VIEIRA, S. M et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. esp, n. 20, p.255-262, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500032>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000500032](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500032). Acesso em: 28 fev. 2019.

WOLFF, L. R.; MOURA, M. A. V. A institucionalização do parto e a Humanização da assistência: revisão de literatura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 279-285, 2004. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127717713016.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2019.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.3, p. 138-151, set. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300014). Acesso em: 29 jan. 2019.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.3, p. 279-285, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300006>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300006) . Acesso em: 05 out. 2019 .

ZANARDO, G. L. P. et al. Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, e155043, p. 1-11, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822017000100218&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822017000100218&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 26 fev. 2019.

ZANETTI, M. R. D. et al. Episiotomia: revendo conceitos. **Femina**, São Paulo, v. 37, n.7, p. 367-371, 2009. Disponível em: <https://vdocuments.site/episiotomia-revendo-conceitos.html>. Acesso em: 07 nov. 2019.

ZAMBALDI, C. F.; CANTILINO, A.; SOUGEY, E. B. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 252-257, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852009000400006>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852009000400006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852009000400006&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 24 out. 2019.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista n°: \_\_\_\_\_

Pseudônimo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Duração da entrevista: \_\_\_\_\_

**I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Idade: \_\_\_\_\_

Etnia/raça declarada: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) União estável ( ) Divorciada ( ) Viúva

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Renda familiar: \_\_\_\_\_

**II - DADOS OBSTÉTRICOS**

Idade gestacional em que iniciou o pré-natal na unidade básica de saúde: \_\_\_\_\_

Com quem realizou o acompanhamento pré-natal: ( ) Enfermeiro ( ) Médico

( ) ambos

Gravidez planejada: ( ) Sim ( ) Não

Idade gestacional(parto): \_\_\_\_\_

**III - PERGUNTAS NORTEADORAS:**

1. Fale sobre seu acompanhamento pré-natal e as orientações que foram dadas neste momento.
2. Como aconteceu o trabalho de parto, parto e pós-parto? (Detalhar sobre como foi a chegada ao serviço de saúde, o atendimento recebido na recepção, profissional de saúde que o recebeu, procedimentos realizados, se houve explanação sobre os procedimentos realizados, se foram dadas orientações sobre os cuidados em saúde, presença de acompanhante, atendimento puerperal).
3. Você já ouviu falar sobre a violência obstétrica? O que é violência obstétrica para você?

4. Você consegue identificar se passou por algum episódio de violência obstétrica durante sua gravidez, parto ou pós-parto?
5. Onde, por quem e em que momento essa violência ocorreu?
6. Qual o tipo de parto de sua preferência? Por quê?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



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

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Cara mulher,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa de conclusão de curso intitulada **“PERCEPÇÃO DE PRIMÍPARAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”**, tendo como pesquisadora responsável a Profa Jessika Lopes Figueiredo Pereira Batista vinculada ao CFP/UFCG e a pesquisadora participante Núbia Maria Figueiredo Dantas, acadêmica do curso de Enfermagem.

O presente projeto tem como objetivo analisar a percepção de primíparas sobre violência obstétrica a partir de sua vivência, no município de Sousa-PB. Ressaltamos que este estudo apresenta riscos mínimos, já que não envolve a realização de procedimentos invasivos, mas poderá ocorrer insatisfação da entrevistada em decorrência de abordar os conhecimentos específicos sobre um determinado tema. A participante poderá, a qualquer momento, solicitar informações e esclarecimentos, como também possui o direito de recusar-se a responder qualquer pergunta e ausentar-se da pesquisa, sem que haja penalização ou prejuízo para a mulher.

A coleta dos dados ocorrerá através de entrevista semiestruturada com roteiro que apresenta perguntas relacionadas aos seus dados sociodemográficos, como também informações do pré-natal, parto e pós-parto. A entrevista será realizada e gravada pela pesquisadora participante, em local e horário convenientes para ambas.

Todas as informações obtidas nesta pesquisa serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação e dados pessoais.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, você pode entrar em contato com as pesquisadoras por meio dos seus telefones: **Núbia Maria Figueiredo Dantas - acadêmica de**

**enfermagem (83-981258637); Jéssika Lopes Figueiredo Pereira Batista - orientadora da pesquisa (83-99320-7137).**

O Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Campina Grande, do Centro de Formações de Professores encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (083) 3532-2000, com endereço na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n, Campus Cajazeiras, CEP: 58900-000 – Cajazeiras – Paraíba. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Sousa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Assinatura da participante**

---

**Assinatura da pesquisadora**

**ANEXOS**

ANEXO A – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO  
PESQUISADOR RESPONSÁVEL



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

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR  
RESPONSÁVEL**

Eu, Jessika Lopes Figueiredo Pereira Batista, docente vinculada a Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cajazeiras, responsabilizo-me pela orientação do projeto de pesquisa intitulado “PERCEPÇÃO DE PRIMÍPARAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA” da discente do curso de Graduação em Enfermagem, Núbia Maria Figueiredo Dantas. 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 cumprimento fiel das orientações sugerida pela minha orientanda nas atividades de pesquisa e, junto com ela, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

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

Cajazeiras - PB, 13 de abril de 2019.



Assinatura da Pesquisadora Responsável

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO  
PESQUISADOR PARTICIPANTE



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

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR  
PARTICIPANTE**

Eu, **Núbia Maria Figueiredo Dantas**, discente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cajazeiras, responsabilizo-me, junto com minha orientadora, a docente **Jessika Lopes Figueiredo Pereira Batista**, desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “**PERCEPÇÃO DE PRIMÍPARAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**”.

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 abril de 2019

*Núbia Maria Figueiredo Dantas*

Assinatura do Pesquisador Participante

## ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS



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

## TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autora e orientanda da pesquisa intitulada “**PERCEPÇÃO DE PRIMÍPARAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**” assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cajazeiras - PB, 13 de abril de 2019

*Serrika Lopes Figueiredo Pereira Batista*

Orientadora

*Múbia Maria Liguiredo Santos*

Orientanda

## ANEXO D – TERMO DE ANUÊNCIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

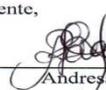
## TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “**PERCEPÇÃO DE PRIMÍPARAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**”, a ser desenvolvida pela aluna Núbia Maria Figueiredo Dantas, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cajazeiras, sob orientação da professora Jessika Lopes Figueiredo Pereira Batista, está autorizada para ser realizada junto a este serviço.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Este serviço municipal de saúde está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Sousa – PB, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma.

Atenciosamente,

  
Andressa Priscila F. Dantas de Andrade  
Coordenadora de Atenção Básica

Andressa Priscila F. Dantas de Andrade  
Coordenadora da Atenção Básica

Sousa – PB, 13 de abril de 2019.

## ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFCG - CENTRO DE  
FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES - CAMPUS DE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DE PRIMÍPARAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

**Pesquisador:** JESSIKA LOPES FIGUEIREDO PEREIRA BATISTA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 12027519.7.0000.5575

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.329.742

**Apresentação do Projeto:**

O projeto de pesquisa intitulado PERCEPÇÃO DE PRIMÍPARAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, 12027519.7.0000.5575 e sob responsabilidade de JESSIKA LOPES FIGUEIREDO PEREIRA BATISTA trata de um estudo de campo, de caráter descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, que será realizado no município de Sousa, situado no interior do estado da Paraíba.

**Objetivo da Pesquisa:**

O projeto PERCEPÇÃO DE PRIMÍPARAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA tem por objetivo principal Avaliar a percepção de primíparas sobre violência obstétrica, a partir de sua vivência, no município de Sousa-PB.

**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 PERCEPÇÃO DE PRIMÍPARAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA é importante por contribuir para a produção do conhecimento que será ofertado por meio da publicação do estudo acerca da violência obstétrica e dos direitos que as mulheres apresentam durante o ciclo gravídico-puerperal, levando ao empoderamento destas para que reivindiquem uma assistência digna e de qualidade. Buscando também incentivar os pesquisadores a desenvolverem mais estudos sobre a temática. 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

**UFCG - CENTRO DE  
FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES - CAMPUS DE**



Continuação do Parecer: 3.329.742

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa JESSIKA LOPES FIGUEIREDO PEREIRA BATISTA 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.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto PERCEPÇÃO DE PRIMÍPARAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, número 12027519.7.0000.5575 e sob responsabilidade de JESSIKA LOPES FIGUEIREDO PEREIRA BATISTA.

**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_1336047.pdf	06/05/2019 12:18:53		Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodepesquisador1.docx	16/04/2019 17:44:07	JESSIKA LOPES FIGUEIREDO PEREIRA BATISTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodepesquisador.docx	16/04/2019 17:43:05	JESSIKA LOPES FIGUEIREDO PEREIRA BATISTA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	16/04/2019 17:42:29	JESSIKA LOPES FIGUEIREDO PEREIRA BATISTA	Aceito
Outros	ANUENCIA.docx	14/04/2019 11:55:53	JESSIKA LOPES FIGUEIREDO PEREIRA BATISTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	14/04/2019 11:55:09	JESSIKA LOPES FIGUEIREDO PEREIRA BATISTA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	14/04/2019 11:54:46	JESSIKA LOPES FIGUEIREDO PEREIRA BATISTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	termo.docx	14/04/2019 08:10:48	JESSIKA LOPES FIGUEIREDO PEREIRA BATISTA	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

UFCG - CENTRO DE  
FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 3.329.742

Ausência	termo.docx	14/04/2019 08:10:48	JESSIKA LOPES FIGUEIREDO PEREIRA BATISTA	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	14/04/2019 07:39:30	JESSIKA LOPES FIGUEIREDO PEREIRA BATISTA	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAJAZEIRAS, 16 de Maio de 2019

---

**Assinado por:**  
**Paulo Roberto de Medeiros**  
(Coordenador(a))