



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

BEATRIZ PEREIRA ALVES

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA
PESQUISA-AÇÃO**

CAJAZEIRAS – PB

2020

BEATRIZ PEREIRA ALVES

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA
PESQUISA-AÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a. Dr. Aissa Romina Silva do Nascimento

CAJAZEIRAS – PB

2020

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

A474a Alves, Beatriz Pereira.
Ações educativas para prevenção da violência obstétrica: uma pesquisa-ação / Beatriz Pereira Alves. - Cajazeiras, 2020.
84f.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Aissa Romina Silva do Nascimento.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2020.

1. Violência obstétrica. 2. Educação em saúde. 3. Saúde da mulher. 4. Violência contra a mulher. 5. Enfermagem obstétrica. I. Nascimento, Aissa Romina Silva do. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 618.4

BEATRIZ PEREIRA ALVES

AÇÕES EDUCATIVAS PARA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA
PESQUISA-AÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 16/11/2020

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dra. Aissa Romina Silva do Nascimento
Universidade Federal de Campina Grande –UAENF/CFP/UFCG
Orientadora



Prof^ª. Dra. Anúbes Pereira de Castro
Universidade Federal de Campina Grande – UAENF/CFP/UFCG
1º Membro



Prof^ª. Dra. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues
Universidade Federal de Campina Grande – UAENF/CFP/UFCG
2º Membro

Dedico esse trabalho a todas as mulheres, de todas as cores, idades, escolaridades e religiões que lutam diariamente para que seus direitos sejam respeitados.

AGRADECIMENTOS

Hoje agradeço ao supremo universo por todas as circunstâncias. Confio na energia mais elevada que cuida de cada passo da minha jornada. Confio no incerto com a certeza de que tudo é para minha evolução. Confio nos ciclos, da exata forma que eles se apresentam. Confio que tudo acontece por um motivo, ainda que minha mente não possa compreender, sei que tudo é como precisa ser. Como parte do universo, agradeço e aceito, acarinhando todas as experiências, em amor.

Agradeço imensamente aos meus pais, Francineide Pereira de Souza e Agnaldo Bazilio Alves por tornarem esse sonho real, me fornecendo todos os meios necessários para que eu pudesse chegar até aqui. Obrigada por toda a educação, incentivo e amor que fizeram eu me tornar a mulher que sou hoje. Sou extremamente grata à vida por tê-los. Amo vocês e espero ser sempre motivo de orgulho.

Agradeço ao meu irmão Bruno Pereira Alves, por ter participado da minha rotina, ouvido as minhas reclamações e pelas caronas nos tempos de estágio. Tenho muito orgulho do homem educado e honesto que você se tornou e torço para que seu caminho seja sempre cheio de luz, sucesso e amor. Te amo.

Ao meu companheiro de vida, meu noivo José Diêgo, que esteve comigo desde o início dessa caminhada. Obrigada por todo apoio, compreensão e incentivo. Obrigada por todas as vezes que me corrigiu quando eu disse que não conseguiria. Sem você essa jornada teria sido muito mais difícil, eu te amo.

Agradeço a todos os professores que durante esses anos me presentearam com suas experiências e sabedoria, e me auxiliaram a enxergar o mundo e as pessoas sob uma nova perspectiva. Em especial à professora Anubes Castro, um dos meus grandes exemplos, por toda a amizade e confiança depositada na minha pessoa desde os nossos primeiros contatos. Sou grata por todas as oportunidades que me ofereceu, inclusive por ter me permitido fazer parte do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde UFCG-CNPq que só me trouxe experiências boas e fez florescer em mim, um amor enorme pela pesquisa. O seu apoio foi fundamental para minha evolução, muito obrigada.

Aos professores Sávio Benvindo, Gerlane Cristinne, Marcelo Costa, Jessika Lopes, Alba Rejane, Francisca Bezerra e Manuella Uilmann meu muito obrigada por toda a confiança, incentivo e orientação nos artigos, monitorias, pesquisa e extensão. Tenham

certeza de que vocês foram fundamentais no meu processo de crescimento como estudante e futura profissional.

Não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas da minha turma, meus colegas e amigos que acabaram se tornando minha segunda família, que compartilharam comigo, desde o início, momentos bons e outros nem tão bons assim, mas que entre tapas e beijos, em tempo integral, me fortaleceram e me apoiaram durante toda essa trajetória. Me sinto muito privilegiada por terem confiado a representação da turma a mim ao longo desses anos. Espero ter conseguido representar a voz de cada um nos assuntos e reuniões acadêmicas e contribuído de alguma maneira para suas formações. Desejo de todo o meu coração que seus caminhos sejam repletos de luz e sucesso.

Aqui, deixo agradecimentos especiais para minha “panelinha”, que me mostrou ao longo desses anos, o verdadeiro significado de parceria, união e amizade. Valéria, Paulo, Pedro, Raquel, Fabricia e Mayara obrigada por se fazerem tão presentes, por todos os trabalhos em grupos, por terem sido minhas primeiras cobaias e por toda a amizade que construímos, amizade esta, que quero levar por toda a vida, amo vocês.

Agradeço também à minha Orientadora, Aissa Romina, por ter compartilhado essa última etapa do curso ao meu lado, aguentando todas as minhas crises nesse período tão conturbado. Por último e não menos importante, agradeço todas as gestantes que participaram desta pesquisa, sem vocês esse trabalho não seria possível.

Enfim, a todos que direta e indiretamente contribuíram para a realização desse sonho, meu muito obrigada!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”- Carl Jung

“Para mudar o mundo, é preciso primeiro mudar a forma de nascer” - Michel Odent

RESUMO

O presente estudo objetivou a realização de ações educativas para prevenção da violência obstétrica e incentivo ao protagonismo da mulher no contexto do trabalho de parto. Trata-se de um estudo de campo, exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, mediatizado pela pesquisa-ação. Inicialmente, foi realizada uma entrevista semiestruturada com gestantes da Unidade Básica de Saúde estudada a fim de identificar as lacunas nos saberes das mesmas, e posteriormente, para análise das falas, foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo. Com este estudo, foi possível observar que as gestantes desconhecem o termo “Violência Obstétrica” em si, porém boa parte delas consegue identificar a quais violências a mulher está susceptível no momento do trabalho de parto, inclusive algumas já foram vítimas de descaso e violências durante trabalhos de partos anteriores. Diante disso, foi desenvolvido o planejamento e implementação de três atividades educativas como possibilidade de resolução para os problemas evidenciados no diagnóstico situacional. Foram utilizadas metodologias ativas que proporcionaram a interação entre as participantes e pesquisadora, a fim de facilitar a construção do conhecimento que deu origem à quarta fase do estudo, referente a avaliação das ações. Por fim, foi possível observar que as ações educativas possibilitaram a promoção da saúde obstétrica com repercussões desse processo no individual-coletivo ao passo que contribuíram para o maior conhecimento acerca da violência obstétrica e dos direitos que as gestantes possuem no momento do trabalho de parto, além de permitir que as gestantes assumam papel ativo dentro do momento em que elas se encontram e se tornem multiplicadoras do saber em seu coletivo.

Palavras-chave: Educação em saúde. Saúde da Mulher. Violência contra a Mulher. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

This study aimed to carry out educational actions to prevent obstetric violence and encourage the role of women in the context of labor. It is an exploratory-descriptive field study with a qualitative approach, mediated by action research. Initially, a semi-structured interview was conducted with pregnant women from the Basic Health Unit studied in order to identify the gaps in their knowledge, and later, for the analysis of the statements, the Collective Subject Discourse has been used. This study made it possible to observe that pregnant women are unaware of the term “Obstetric Violence” itself, but a large part of them can identify which violence the woman is susceptible to during the labor, including some who have been victims of neglect and violence during previous birth labor. Before it, the planning and implementation of three educational activities was developed as a possibility of solving the problems evidenced in the situational diagnosis. Active methodologies were used to provide the interaction between the participants and the researcher, in order to facilitate the construction of the knowledge that has originated the fourth phase of the study which was related to the evaluation of actions. Finally, it was possible to observe that the educational actions have made the promotion of obstetric health possible with reflexions of this process on the individual-collective while contributing to improve knowledge about obstetric violence and the rights that pregnant women have during labor. In addition it allows pregnant women to take an active role within the moment they meet and become multipliers of knowledge in their collective.

Keywords: Health Education. Woman Health. Violence against Women. Obstetric Nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Pesquisadora.

FIGURA 2- Roda de conversa e apresentações.

FIGURA 3- Primeira metodologia ativa. Ação do dia 03.10.2019.

FIGURA 4- Primeira metodologia ativa. Ação do dia 10.10.2019.

FIGURA 5- Segunda metodologia ativa.

FIGURA 6- Pesquisadora e gestantes. Ação do dia 03.10.2019.

FIGURA 7- Pesquisadora e gestantes. Ação do dia 10.10.2019.

FIGURA 8- Roda de conversa.

FIGURA 9- Primeira metodologia ativa.

FIGURA 10- Pesquisadora e gestantes. Ação do dia 30.10.2019.

FIGURA 11- Pesquisadora e gestantes. Ação do dia 15.11.2019.

FIGURA 12- Prática de métodos não farmacológicos para alívio da dor.

FIGURA 13- Pesquisadora e gestante. Ação do dia 25.11.2019.

FIGURA 14- Pesquisadora e gestantes. Ação do dia 05.12.2019.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização do perfil sociodemográfico das gestantes participantes da pesquisa. Cajazeiras- PB, 2020.

Tabela 2 – Caracterização dos antecedentes obstétricos das gestantes participantes da pesquisa. Cajazeiras- PB, 2020.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01- Categorias e número de gestantes participantes da Temática 01 - Conhecimentos prévios acerca da violência obstétrica. Cajazeiras- PB, 2020.

Quadro 02- Categoria da temática 02 - Preferência do tipo de parto e número de gestantes participantes. Cajazeiras- PB, 2020.

Quadro 03- Categoria da Temática 03 - Conhecimentos posteriores às ações educativas e número de gestantes participantes. Cajazeiras- PB, 2020.

Quadro 04- Categoria da temática 04 - Percepção das gestantes acerca das ações educativas e número de gestantes participantes. Cajazeiras- PB, 2020.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê de Ética

CFP - Centro de Formação de Professores

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

EC - Expressões chaves

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Ideia Central

MS - Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

PB – Paraíba

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFCG - Universidade Federal de Campina Grande

USF - Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 O NASCIMENTO NO BRASIL	21
3.2 TIPOS DE APRESENTAÇÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	23
3.3 O PAPEL DA ENFERMAGEM NO EMPODERAMENTO DA GESTANTE.....	25
4 PERCURSO METODOLÓGICO	27
4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO.....	27
4.2 METODOLOGIA DA PESQUISA-AÇÃO	27
4.3 LOCAL DO ESTUDO	29
4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	29
4.5 ETAPAS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO.....	30
4.5.1 Diagnóstico situacional.....	30
4.5.2 Planejamento das ações.....	30
4.5.3 Implementação das ações planejadas	31
4.5.4 Avaliação das ações pelos participantes da pesquisa	31
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	31
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	32
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	34
5.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA REALIDADE	34
5.1.1 Caracterização da amostra	34
5.1.2 Apresentação dos discursos coletivos do diagnóstico situacional.....	36
5.2 DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES COLETIVAS	45
5.2.1 Primeira ação	45
5.2.2 Segunda ação.....	50
5.2.3 Terceira ação.....	53
5.3 APRESENTAÇÃO DOS DISCURSOS COLETIVOS DA ANÁLISE DAS AÇÕES	55
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICES	71
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS E DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	72

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EDUCATIVAS.....	74
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	75
APÊNDICE D - AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM	78
ANEXOS	79
ANEXO A: TERMO DE ANUÊNCIA DELIBERADO PELA SECRETARIA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS – PB	80
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	81

1INTRODUÇÃO

A vivência do período gravídico puerperal marca alguns dos momentos mais importantes na vida da mulher. A gestação é uma fase que dura em média, cerca de 40 semanas, sendo caracterizada por intensas alterações físicas e emocionais.

O processo de nascer era visto, desde os primeiros registros de nascimento que se tem conhecimento até hoje, como um evento natural, íntimo e privado, compartilhado entre mulheres e seus familiares, e que possuía diversos significados culturais. Porém, com o desenvolvimento teórico-prático resultantes do Renascimento, a obstetrícia deixou sua naturalidade e passou a ser aceita como uma disciplina científica e técnica, dominada pelo homem; houve o incentivo à hospitalização; desencorajamento do parto domiciliar e intensa medicalização do corpo feminino, que resultou na perda de autonomia e de protagonismo da mulher na cena do parto, bem como no aumento do número de cesárias desnecessárias (BRASIL, 2001). Fato este que provocou um crescimento excessivo das taxas de cesáreas no Brasil que teve início na década de 1970.

Segundo dados oficiais disponibilizados pelo Banco de dados do Sistema Único de Saúde (SUS) – DATASUS (2019), a proporção de cesáreas no total de partos feitos no sistema público de saúde passou de 37% em 1994, para 38% em 2000, e não parou mais de crescer. No ano de 2011, o índice de partos realizados na modalidade cirúrgica atingiu o percentual de aproximadamente 53% do total de partos realizados, de acordo com o DATASUS. Sabe-se que a cesariana é uma cirurgia muito importante que salva vidas todos os dias, mas quando realizada em um contexto desnecessário e contra a vontade da mulher, passa a ser considerada violência obstétrica.

A violência obstétrica, é uma forma de violência de gênero praticada por profissionais da saúde que prestam assistência a mulheres no ciclo gravídico puerperal, na medida em que acontece uma apropriação indevida dos processos corporais, sexuais e reprodutivos das parturientes (LIMA *et al*, 2019). Expressa-se em tratamento indevido, medicalizações desnecessárias e problematização dos processos naturais, levando a mulher à perda da autonomia para decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018).

Muitos estudos concordam no que diz respeito a falta de conhecimento sobre o tema, entre as parturientes (BISCEGLI *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al*, 2018; OLIVEIRA; MERCES, 2017). Esse déficit contribui significativamente para a perda de protagonismo e

controle sob seu corpo, tornando-o assim, propriedade dos profissionais de saúde, que tendem a ditar o comportamento adequado a se tomar em todo o momento do parto (BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017). Outro fator contribuinte é a falta de informação, orientação e humanização nos atendimentos de pré-natal e/ou o acesso tardio às informações relativas ao período gravídico-puerperal, tanto pela mulher quanto por seu acompanhante (CARDOSO *et al.*, 2017). Na maternidade pública por exemplo, a maioria é de baixa escolaridade e, por isso, não são capazes de reconhecer os seus direitos e acabam por concluir que certos procedimentos invasivos são realmente necessários (LEAL *et al.*, 2018).

Esses fatos levam a crer que a ausência de educação em saúde promove uma compreensão errada de que todos os procedimentos, na qual estão sendo submetidas no momento do parto, são rotinas da instituição e irão ajudar a salvar seus filhos, o que corrobora com a perda da autonomia feminina no momento do parto (ALVARENGA; KALIL, 2016).

Dessa forma, faz-se necessário a assistência durante o pré-natal em todo o âmbito nacional, através de normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, que tem como objetivo a promoção de uma assistência integral durante todo o período gravídico puerperal, principalmente através de momentos informativos às gestantes, favorecendo a melhora da qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2000). Segundo o Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê (BRASIL, 2011), todas as gestantes têm direito ao parto humanizado de qualidade e durante a internação e trabalho de parto, o direito de ser escutada, ter as suas dúvidas esclarecidas, de expressar os seus sentimentos e as suas reações livremente e de escolher o seu tipo de parto.

Sabe-se que uma boa experiência no momento do parto pode proporcionar à mulher condições essenciais para o nascimento de seu filho, favorecendo o vínculo mãe-bebê. Porém, para humanizar o atendimento à mulher, faz-se necessário primeiramente o reconhecimento da sua individualidade através de uma assistência holística integral, percebendo assim, as reais necessidades de cada mulher e também sua capacidade de lidar com o fenômeno do nascimento, empoderando-as.

O empoderamento deriva da filosofia Freiriana (1987), e possui como significado a conquista da liberdade pelos indivíduos que têm estado subordinados, ou numa posição de dependência, dessa forma, o empoderamento pessoal possibilita a emancipação dos indivíduos, com conseqüente aumento da autonomia. O processo de empoderamento durante o período gravídico tem o objetivo de fortalecer a participação e os direitos reprodutivos das gestantes, além de favorecer a aquisição de conhecimentos a respeito das decisões do

processo de parto e nascimento (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2018; SOUZA; BASSLER; TAVEIRA, 2019).

Diante do exposto, o presente estudo possui relevância pois busca fortalecer o empoderamento de gestantes quanto ao seu protagonismo no trabalho de parto através da educação em saúde no pré-natal, do acesso à informação sobre a violência obstétrica, sobre o processo de parturição e dos seus direitos sexuais e reprodutivos, da comunicação eficaz e de um cuidado centrado na mulher.

2OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Realizar ações educativas para prevenção da violência obstétrica e incentivo ao protagonismo da mulher no contexto do trabalho de parto;

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os conhecimentos prévios e lacunas nos saberes das mulheres acerca da violência obstétrica;
- Implementar ações educativas que fomentem o debate sobre violência obstétrica e direitos das gestantes no momento do trabalho de parto e parto;
- Aprender, a partir dos discursos das gestantes, a percepção sobre as ações educativas desenvolvidas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O NASCER NO BRASIL

O Brasil vem passando por uma mudança gradual sobre como são tratados os modelos de atenção obstétrica. Apesar dos avanços tecnológicos e científicos, a qualidade da assistência ainda não pode ser considerada ideal, pois observa-se que a tecnologia não é usada de maneira apropriada e a desumanização ainda se faz muito presente.

Antigamente, o processo de nascimento era visto como natural e totalmente vinculado à figura feminina. Por muitos anos, o ato de partejar foi realizado pelas parteiras tradicionais, que ofereciam assistência e atenção ao parto realizado em casa, onde suas ações eram reconhecidas pela comunidade em que viviam. Se tratavam de mulheres dotadas de muito conhecimento, tendo em vista sua vasta experiência em gravidezes e partos (CECAGNO; ALMEIDA, 2004). Porém, com o desenvolvimento técnico e científico da obstetrícia, passaram a ocorrer algumas mudanças, entre elas, o surgimento da figura do médico no processo do nascer, ajudando a construir e reproduzir diversos preconceitos de gênero; a medicalização excessiva, que tornou o corpo da mulher uma máquina defeituosa que não é capaz de sozinha, gerar uma vida; o desencorajamento do parto domiciliar e exclusão da figura da parteira, bem como a imposição da posição horizontal para o nascimento (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Pode-se perceber essa mudança de paradigma, de maneira clara, quando analisamos as taxas de cesarianas no Brasil, que no ano de 2015 já possuía uma taxa de 55,5% de cesárias na rede do SUS, segundo o Ministério da Saúde (MS, 2014), sendo que a Organização Mundial de Saúde (OPAS,1994) recomenda que esse percentual não ultrapasse os 15%. O projeto intitulado “Nascer no Brasil: Inquérito sobre Parto e Nascimento” coordenado pela Fiocruz (2014) entrevistou 23.894 mulheres. A pesquisa foi realizada em maternidades públicas, privadas e mistas, e trouxe como resultado o elevado índice das taxas de cesariana, principalmente no setor privado, no qual 88% dos nascimentos são realizados na modalidade cirúrgica.

Ao longo do tempo a cesárea se tornou um produto de consumo, tal fato pode ser evidenciado pelas taxas de cesárea que aumentam proporcionalmente na medida em que se aumenta o poder aquisitivo da população, como observado na diferença de prevalência do setor público (55,5%) e privado (88%). Assim, a cesariana tornou-se um sinal de status social

entre as mulheres brasileiras, além de se transformar em fator de conveniência para profissionais da saúde, pois o procedimento cirúrgico mencionado permite a previsibilidade, impessoalidade e padronização do evento, uma vez que pode ser marcado com antecedência, possibilitando aos profissionais um melhor aproveitamento do tempo e possibilidade de uma maior quantidade de cirurgias por dia, conforme suas agendas de compromissos (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Dessa forma, o modelo de assistência ao parto se tornou algo tecnicista, capitalista, patriarcalista e desumanizado, no qual a mulher é tida como um objeto passivo, destituída do poder de escolha e ação e o médico é tido como o detentor do conhecimento, e, portanto, o único capaz de decidir e intervir no processo do nascer (MELO, 2014).

Esse momento importante da vida da mulher começou então, a se tornar algo patológico, desprovido de naturalidade e de independência desta. A prostração, uso recorrente de ocitocina sintética, toques repetidos por diferentes profissionais, manobras de Kristeller, lavagens intestinais, uso de fórceps, episiotomia, dentre várias outras começaram a se tornar rotina, sendo assim, com o passar dos anos consideradas normais pelas mulheres que são submetidas a tais procedimentos, seja por falta de experiência e conhecimentos das gestantes ou até mesmo dos profissionais de saúde (POMPEU *et al.*, 2017).

Essas mudanças foram, ao longo dos anos, sendo questionadas quanto as comprovações científicas de benefícios para o binômio mãe e filho, e mais tarde, passaram a ser consideradas, violência obstétrica. A partir do ano 2000 foi elaborado no Brasil, a Política Nacional de Humanização do Parto, que tem como objetivo transformar a realidade da assistência ao parto e melhorar a qualidade no cuidado às parturientes (BARBOZA; MOTA, 2016).

No dia 25 de novembro de 2006, Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher, a Assembleia Nacional da República Bolivariana da Venezuela aprovou uma Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência que substituiu a Lei sobre a Violência contra a Mulher e a Família do ano de 1998. Esta nova lei traz 19 tipos de violência contra a mulher, incluindo o mais novo termo: violência obstétrica (GUERRA, 2008). A violência obstétrica corresponde a atos categorizados como física e psicologicamente violentos no contexto do trabalho de parto e nascimento, praticados por profissionais de saúde na medida em que se observa uma apropriação dos corpos das parturientes e de imposição de condutas a se tomar no período de trabalho de parto (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018).

3.2 TIPOS DE APRESENTAÇÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A visão prevalente sobre o parto vem transformando maternidades em laboratórios de alta tecnologia e os seres humanos em objetos passivos. Uma série de condutas rotineiras são tomadas assim que as mulheres entram na maternidade para darem à luz. Tais atitudes muitas vezes são baseadas em pesquisas tendenciosas, as quais vêm favorecendo práticas desnecessárias, arriscadas e danosas.

Uma das práticas prejudiciais mais realizadas, refere-se a episiotomia. Trata-se de um corte realizado na região do períneo, com o objetivo de ampliar o canal de parto. Seu uso se justifica em alguns casos, como sofrimento fetal e lesão iminente de terceiro grau do períneo. Contudo não existe consenso na literatura de quais seriam exatamente essas situações, somente a recomendação de restringir a situações clínicas específicas, mediante a avaliação de riscos e benefícios em cada caso (POMPEU *et al.*, 2017).

No Brasil, quase a totalidade dos partos vaginais são precedidos pela episiotomia, e em alguns casos, realizada sem anestesia. A Pesquisa Nacional de Demografia da Saúde da Criança e da Mulher revelou índice de 71,6% de episiotomia no Brasil (LAGO; LIMA, 2009), superando e muito, o que preconiza a OMS que sugere taxa ideal de episiotomia nos diversos serviços em torno de 10% (OMS, 1996).

Quando realizada de forma desnecessária e sem o consentimento da parturiente implica em violação à integridade física da gestante e ainda, se realizado de modo inapropriado, pode ocorrer o comprometimento de vasos e nervos, implicando em danos estéticos à área da incisão, além de processos infecciosos durante o processo de cicatrização natural (AUGUSTO, 2016).

Além disso, durante a sutura, muitas vezes é realizado um ponto a mais, denominado “ponto do marido”, com o objetivo de deixar a entrada da vagina mais apertada, levando a mulher a uma condição virginal e preservando o prazer masculino (SÃO BENTO; SANTOS, 2006). Esse tipo de procedimento representa o domínio do machismo na obstetrícia, além de ritual de mutilação genital, pois gera muita dor e desconforto, sendo necessário na maioria das vezes, correção cirúrgica posterior (DINIZ; CHACHAM, 2006).

Algumas outras condutas também são realizadas para acelerar o processo do trabalho de parto. A manobra de Kristeller consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero, com o objetivo de forçar a saída do bebê pelo canal vaginal, o que pode gerar danos tanto para a mãe quanto para o bebê (PALMA; DONELLI, 2017). A amniotomia refere-se a ruptura

artificial do saco amniótico, quando a bolsa estoura o bebê desliza mais para baixo fazendo pressão no colo do útero, o que conseqüentemente acelera o trabalho de parto (ZANARDO *et al.*, 2017). Já a ocitocina que deveria ser utilizada apenas em casos isolados, como quando não há evolução de dilatação após muito tempo de contração, vem sendo utilizada ao menor sinal de demora do trabalho de parto, intensificando bruscamente as dores das contrações (RODRIGUES *et al.*, 2017).

As indicações para a indução ou aceleração do parto são classificadas em eletivas ou terapêuticas. As indicações terapêuticas são decorrentes do maior risco fetal pela permanência no útero, o que pode ocorrer devido a diversas condições específicas. Já as eletivas são aquelas motivadas por conveniência médica e/ou da instituição de saúde. Como essas indicações não são fundamentadas em evidências, aumentam os riscos materno e neonatal, além de trazer a sensação de perda de controle sobre o processo de nascimento, sendo consideradas violências obstétricas (SCAPIN *et al.*, 2018).

As violências verbais, físicas e psicológicas também se fazem muito presente no contexto do nascimento. A violência física é facilmente identificada pelas parturientes, pelo fato de gerar hematomas e machucados visíveis, já as violências verbais e psicológicas, na maioria dos casos, acabam sendo deixadas “para lá” no momento em que elas visualizam o seu bebê vivo e saudável. Verbalmente, se manifesta em gritos, insultos, xingamentos, ofensas, humilhações e piadas e psicologicamente, em forma de ameaças e chantagens. “Na hora de fazer não gritou”, “Se não fizer força, seu bebê vai morrer e a culpa será sua”, “É melhor seu marido não assistir o parto, senão ele ficará com nojo de você”, entre outras frases desrespeitosas, são ouvidas diariamente pelas parturientes nas maternidades (SILVA *et al.*, 2014; ALVARENGA; KALIL, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2018).

A presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato é direto da gestante, segundo a lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005). Sabe-se que o papel do acompanhante é de suma importância no evento do trabalho de parto e nascimento, pois garante suporte emocional contínuo à parturiente, sensação de segurança e proporciona uma experiência de parto mais satisfatória, porém, essa importante questão se constitui ainda como desafio às maternidades brasileiras principalmente pela falta de infraestrutura dos serviços de saúde, que muitas vezes possui uma sala de parto que é dividida entre duas ou mais gestantes, e que inviabiliza o cumprimento da lei devido a questões de privacidade (PALMA; DONELLI, 2017; BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017).

Outro grande problema encontrado na obstetrícia diz respeito a imposição de cesáreas, o que justifica o aumento no número de partos cirúrgicos para além do recomendado. Sabe-se que a eletividade do parto é conveniente para alguns profissionais que trocam a imprevisibilidade do parto normal pelo agendamento das cirurgias, dessa forma, a cada dia surgem falsas indicações de cesárea com o objetivo de intimidar as gestantes e deixá-las com receio do parto normal, como exemplo, “circular de cordão”, “obesidade”, “bacia muito estreita”, “candidíase”. “bebê grande ou pequeno demais” entre outras, transformando assim, um evento fisiológico em evento invasivo e com riscos (COPELLI *et al.*, 2015;ALVARENGA; KALIL, 2016; ZANARDO *et al.*, 2017).

A cesariana nem sempre é sinônimo de violência obstétrica, sabe-se que ela salva vidas todos os dias em situações que realmente inviabilizam o nascimento de forma natural, porém quando realizada sem recomendações baseadas em evidências científicas aumenta e muito os riscos para o binômio mãe-filho (MARTINS *et al.*, 2019). Além disso durante o procedimento é comum as mulheres terem suas mãos amarradas, mesmo após o nascimento do bebê, o que lhes impede de tocar ou segurar o mesmo. Essa conduta, conhecida como “método *hands-off*”, é realizada sob a justificativa de evitar que a mulher contamine o campo cirúrgico, porém, tal medida não se justifica, muito menos ao final da cesárea, pois além do desconforto físico, elas não podem receber e acolher o filho que acaba de nascer, interferindo assim no vínculo mãe-bebê (PALMA; DONELLI, 2017).

Toques vaginais excessivos e feitos por diferentes profissionais, procedimentos sem esclarecimento ou autorização, realização de enema e tricotomia, impedir que a parturiente se movimente e faça exercícios pélvicos durante o trabalho de parto, impedir que a mesma se hidrate e se alimente durante o processo, imposição da posição horizontal para o parto, não permitir o contato mãe-bebê e amamentação após o nascimento são algumas outras das várias formas de apresentações da violência obstétrica que contribuem diretamente para traumas psicológicos e reforçam sentimentos de humilhação, insegurança, medo, incapacidade e impotência da mulher e de seu corpo (SILVA; SILVA; ARAÚJO, 2017; JARDIM; MODENA, 2018).

3.3 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO EMPODERAMENTO DA GESTANTE

No pré-natal a gestante deve ser acolhida por uma equipe multiprofissional de saúde, que realize ações objetivando prepará-la para vivenciar a gestação e o parto de maneira saudável e

tranquila. O acolhimento da gestante deve ser realizado de forma individualizada, desde a descoberta da gestação, que é seguida por modificações físicas e emocionais.

O enfermeiro é essencial durante a assistência pré-natal, e para atender as necessidades da mulher durante essa etapa de sua vida é necessário possuir qualificação e conhecimentos adequados e atualizados, de forma a oferecer uma assistência satisfatória e eficaz. O enfermeiro deve estar preparado para ouvir as queixas, angustias, medos e preocupações das gestantes, sempre se articulando com outros serviços de saúde, conforme necessário, para fornecer dessa maneira, a integralidade da assistência (ROCHA; ANDRADE, 2017; DIAS *et al*, 2018).

Um dos direitos das mulheres ao longo do pré-natal é ter suas dúvidas sanadas e receber orientações sobre a gestação, parto e puerpério. A enfermagem deve atuar ajudando-as a adquirir o discernimento de saber quais são os seus direitos de escolha, de humanização, de respeito, e assim, possui o poder de empoderamento através do cuidado e da educação no momento do pré-natal e até mesmo na maternidade, fazendo com que a mulher se sinta confiante e capaz de ser protagonista do seu trabalho de parto (POMPEU *et al.*, 2017).

Porém, o que se observa atualmente é que o pré-natal tem se tornado uma prática tecnicista, que foca apenas na realização de exames preconizados no programa em questão, obtenção de dados para preenchimento da Caderneta da Gestante e prescrição de medicamentos, gerando uma fragmentação da assistência, principalmente das atividades de educação em saúde que são fundamentais no período gravídico e que quando não realizadas contribuem para a perda de autonomia e protagonismo das gestantes frente a sua gestação, com predomínio da passividade e submissão (HENRIQUES *et al*, 2015).

A falta de educação em saúde por parte do enfermeiro na Atenção Básica também pode ser justificada pelo excesso de atribuições do mesmo nesse campo da assistência. A sobrecarga de trabalho pelo acúmulo de diversas funções, principalmente administrativas e burocráticas, acaba por afastar o profissional enfermeiro da assistência direta, da realidade e das necessidades em saúde da população. Dessa forma, faz-se necessário a organização dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) para estruturar e fortalecer uma proposta de carreira profissional, com atribuições definidas e compatíveis com a carga horária profissional, contribuindo assim, para a consolidação de mudanças no modelo de assistência à saúde do SUS (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Optou-se por desenvolver um estudo de campo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, mediatizado pela pesquisa-ação.

O estudo de campo é utilizado quando se objetiva a obtenção de conhecimentos ou de informações a respeito de determinado problema ou hipótese, para os quais se procuram respostas ou comprovação, respectivamente (MARCONI; LAKATOS, 2010). Já a pesquisa exploratória, objetiva oferecer mais informações da temática permitindo a afinidade com o assunto abordado. Através do conhecimento sobre o tema, pode-se então, elaborar hipóteses, delimitar o tema e definir objetivos. Visa à adaptação do instrumento de pesquisa a realidade proposta, além de descrever os tipos de variáveis que se busca, envolvendo também o levantamento bibliográfico e estudo de caso (GIL, 2008).

O caráter descritivo refere-se àquele que descreve uma determinada realidade, sendo de grande valia para profissionais assistencialistas e gestores da saúde, pois permite conhecer dados relativos à demografia de uma população (ARAGÃO, 2011). No que concerne à abordagem qualitativa, esta faz interface com a subjetividade, cujos objetos de pesquisa não podem ser explanados por meio de números, visto que ela utiliza a linguagem em suas diversas formas de expressão como material (BOSI, 2012).

4.2 METODOLOGIA DA PESQUISA-AÇÃO

Considerando que a investigação qualitativa parte do pressuposto que a teoria e a prática são indissociáveis, Lessa (1997) reforça que a construção da teoria científica deve levar em conta que “todo trabalho contém uma ação sobre o conhecido e um salto para o desconhecido”. Dessa forma, de acordo com esse entendimento, o desenvolvimento da pesquisa ação reúne os pensamentos, ideias e ações de uma ou mais pessoas, afim de elaborar conhecimentos sobre aspectos da realidade.

Neste sentido, a abordagem da pesquisa-ação, conforme Thiollent (2011), consiste na realização de ações planejadas de caráter social, educativo, técnico ou outros, nas quais os pesquisadores buscam desempenhar papel ativo na resolução dos problemas observados em determinada realidade.

A pesquisa-ação, segundo Thiollent (1986), é constituída de doze fases, que devem ser vistas como ponto de partida e chegada, sendo possível em cada caso, adaptá-la de acordo com as circunstâncias da situação investigada. Assim sendo, tanto o pesquisador quanto o grupo pesquisado interagem de forma participativa e colaborativa, desenvolvendo as ideias propostas no plano de pesquisa com a possibilidade de ocorrer ajustes progressivos no decorrer da investigação, se assim for necessário, fortalecendo a questão da pesquisa por meio da ação. As dozes fases da pesquisa-ação são:

1- Fase exploratória: Consiste em explorar o campo de pesquisa e os objetos de estudo, estabelecendo um primeiro levantamento da situação e dos problemas prioritários.

2- Tema da pesquisa: Nessa etapa ocorre a designação do problema prático e da área do conhecimento a ser abordado. Deve interessar tanto ao pesquisador, quanto aos sujeitos investigados, para que todos desempenhem papel eficiente no desenvolvimento da pesquisa.

3- Colocação dos problemas: Trata-se de definir a problemática na qual o tema escolhido adquira sentido, levando em conta a relevância científica.

4- O lugar da teoria: De modo geral, podemos considerar que o projeto de pesquisa-ação precisa ser articulado dentro de uma problemática baseada em referência teórica. O papel da teoria consiste em gerar ideias e hipóteses para orientar a pesquisa e as interpretações, dando rigor científico à pesquisa.

5- Hipóteses: são suposições formuladas pelo pesquisador a respeito de possíveis soluções para o problema colocado na pesquisa, ao nível observacional.

6- Seminário: tem a finalidade de promover discussão e tomada de decisões acerca da investigação, constituir grupos de estudos, definir ações, acompanhar e avaliar resultados. É importante nessa fase, a confecção de atas das reuniões.

7- Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa: pode ser constituído de amostragem concentrada ou dispersa.

8- Coleta de dados: as principais técnicas utilizadas para a coleta de dados são as entrevistas coletivas ou individuais e questionários convencionais. Todas as informações coletadas devem ser repassadas no seminário para discussão, análise e interpretação dos dados.

9- Aprendizagem: as ações investigadas envolvem produção e circulação de informações, supondo a capacidade de aprendizagem dos participantes.

10- Saber formal e saber informal: Busca melhorar a comunicação entre pesquisador e pesquisados. Há associação entre o saber prático e o teórico, que se fundem na construção de novos conhecimentos, por ambos.

11- Plano de ação: A pesquisa deve se concretizar em forma de ação planejada, visando interferir ou solucionar a problemática identificada em determinada realidade, utilizando-se de estratégias para assegurar a participação dos sujeitos.

12- Divulgação externa: nessa fase ocorre o retorno dos resultados da pesquisa aos participantes e divulgação externa em diferentes setores interessados, como congressos, conferências e revistas científicas.

4.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Unidade Saúde da Família (USF) Francisco Alves Mutirão I, localizada na cidade de Cajazeiras, que atualmente compartilha o mesmo espaço físico com a Unidade Saúde da Família Mutirão II.

A escolha da USF em questão se deu pelo fato de ser a unidade com o maior número de atendimentos de pré-natais na cidade, de acordo com a Secretária de Saúde de Cajazeiras e também pelo fato de ser o local do estágio supervisionado I da pesquisadora do presente estudo, local onde realizou o acompanhamento do pré-natal de cada uma das gestantes da unidade no período compreendido entre agosto e dezembro de 2019, favorecendo assim, um maior vínculo com as participantes da pesquisa.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram desse estudo gestantes que fizeram acompanhamento do pré-natal na USF supracitada, constituindo, no momento da pesquisa, 40 gestantes. Dessas, dezoito participaram da etapa das entrevistas na fase exploratória. Durante as ações educativas realizadas, oito gestantes participaram, dentre as quais, apenas sete participaram da avaliação final.

Para a efetuação desta investigação foram adotados como critérios de inclusão: gestantes maiores de 18 anos com gestação de risco habitual. Como critérios de exclusão: gestantes menores de 18 anos e gestantes que possuíam algum transtorno psicológico que dificultaria o entendimento das informações repassadas durante as ações que foram desenvolvidas.

4.5 ETAPAS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO

A seguir, serão descritas as etapas percorridas para a realização desta pesquisa-ação, a fim de atender os requisitos de cientificidade e garantir a efetivação dos objetivos propostos. Os passos foram: diagnóstico situacional da realidade; planejamento das ações; implementação das atividades educativas planejadas e avaliação das ações pelos participantes envolvidos.

4.5.1 Diagnóstico situacional

A pesquisa-ação tem início a partir do conhecimento da realidade do público alvo, e para que isto aconteça é indispensável a exploração do território, dos seus habitantes e dos problemas existentes, sejam eles sociais, de saúde ou culturais.

O diagnóstico situacional foi realizado durante os meses de agosto e setembro de 2019, através da observação da rotina de pré-natal e acompanhamento das consultas com a enfermeira da unidade de saúde, onde pôde se observar a quantidade e perfil das gestantes do local e seus principais déficits de conhecimento em relação a gestação e trabalho de parto.

Posteriormente ao primeiro contato com as gestantes foi realizada uma pequena entrevista (APÊNDICE A) com o objetivo de coletar informações socioeconômicas e avaliar o nível de conhecimentos das gestantes sobre a problemática encontrada. A aplicação do questionário foi realizada de forma individual em lugar reservado para que as mesmas se sentissem mais a vontade de expor seus relatos e suas dúvidas. O instrumento apresentou questões norteadoras em sua maioria discursivas, que permitiram a livre expressão das participantes e foi gravada mediante prévia autorização. As gravações foram ouvidas e transcritas para posteriormente serem analisadas com base na literatura publicada sobre o tema.

4.5.2 Planejamento das ações

O planejamento é fundamental para se alcançar bons resultados em qualquer atividade ou projeto, e não é diferente na pesquisa-ação. Essa etapa foi realizada de forma colaborativa com as participantes do estudo e com a pesquisadora, na qual foram identificadas as principais lacunas de déficit de conhecimento acerca da problemática do estudo e suas principais dúvidas a respeito da gestação e trabalho de parto, uma vez que ter as dúvidas sanadas é um direito da gestante e contribui diretamente para o empoderamento frente ao seu protagonismo

no trabalho de parto e parto. Nesta etapa também houve a definição dos temas das ações e a definição de datas para implementação das ações de acordo com a disponibilidade das participantes e pesquisadora.

4.5.3 Implementação das ações planejadas

Após a identificação dos problemas levantados na primeira etapa e das necessidades do grupo, as ações anteriormente planejadas foram colocadas em prática nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2019, através da educação em saúde, metodologia ativa, círculos de cultura e rodas de conversa. A finalidade das ações em questão foi transformar a realidade dessas mulheres, tornando-as detentoras do saber e protagonistas da sua gestação, trabalho de parto e parto.

Cada ação foi realizada em datas anteriormente acordadas com as gestantes, e ao final das ações foi discutido as observações consideradas relevantes bem como os pontos positivos e negativos para aprimoramento das ações seguintes.

4.5.4 Avaliação das ações pelos participantes da pesquisa

Após a realização das ações educativas, houve o momento de avaliação das ações para que a pesquisadora pudesse analisar se os objetivos pré-definidos foram ou não alcançados. A avaliação foi realizada através de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) com questões discursivas. O instrumento foi aplicado novamente em local reservado, gravado mediante prévia autorização, e posteriormente analisado com base na literatura publicada sobre o tema.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coletados dados sociodemográficos e antecedentes obstétricos obtidos na primeira etapa do diagnóstico situacional, foi construída uma planilha eletrônica a partir do software Microsoft Excel 2010®, a fim de organizar os dados. Posteriormente, os resultados foram apresentados sob forma de tabelas, visando a obtenção do seu significado para a pesquisa com consequente discussão conforme literatura científica.

Para a organização das respostas subjetivas obtidas na segunda etapa do diagnóstico situacional optou-se pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que possibilita a organização e tabulação das informações oriundas de pesquisas qualitativas, a fim de se reconhecer crenças e valores de um determinado grupo social (MARINHO, 2015).

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2005; 2010; 2014), o DSC fundamenta-se em duas abordagens teóricas: a Teoria das Representações Sociais e a Teoria da Reprodução Social. O conceito de representações sociais foi denominado inicialmente pelo sociólogo Émile Durkheim como representações coletivas que designam a especificidade do pensamento social em relação ao pensamento individual (OLIVEIRA, 2012).

As representações sociais permitem que os sujeitos se identifiquem com suas subjetividades, preservando dentro do DSC sua individualidade. Dessa forma, dentro do discurso existem categorias que proporcionam o agrupamento de ideias e opiniões (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014). Tem-se a existência da ideia central (IC) e das expressões chaves (ECH), estas podem ser definidas como passagens do discurso que devem ser destacadas pelos pesquisadores uma vez que possuem relevância para a pesquisa em andamento, já a IC é uma palavra que norteia e possibilita a identificação do assunto do discurso que devem ser construídos na primeira pessoa do singular, dando origem ao discurso coletivo (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

Dessa forma, para a análise do conteúdo das entrevistas foram realizadas leituras em cima das falas das participantes a fim de identificar as expressões chaves e ideias centrais em cada resposta, e estas foram agrupadas em sete categorias, conforme semelhança ou complementaridade: quatro categorias na pré-educação em saúde e três categorias na pós-educação em saúde.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Ressalta-se que foram obedecidos todos os itens dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Foram respeitados a dignidade e autonomia das participantes e assegurado o seu desejo de contribuir e permanecer, ou não, no estudo, mediante sua manifestação expressa, livre e esclarecida (BRASIL, 2012).

Após obtenção da anuência da Rede Escola da Secretaria de Saúde de Cajazeiras, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, localizado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, bairro Casas Populares; CEP: 58900-000, Cajazeiras-PB, Telefone: (83) 3532-2075, E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br, e aprovado sob o número do parecer 3.547.173.

As participantes da pesquisa foram orientadas quanto aos objetivos e finalidades do estudo e a respeito da garantia do direito de se retirarem da investigação a qualquer momento,

sem que isso lhes acarretasse qualquer tipo de prejuízo. O anonimato das informações declaradas por elas também foi ressaltado ao se atribuir um pseudônimo ao usar suas falas na apresentação dos resultados. A participação foi condicionada à autorização prévia, formalizada pela assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE C), em que uma das vias ficou com a pesquisadora responsável e a outra foi entregue a participante, bem como à assinatura do termo de Autorização de uso de imagem (APÊNDICE D). Além disso, para manter o anonimato das participantes, foram atribuídos códigos GEST seguidos da numeração conforme a ordem de entrevistas.

Por envolver coleta de dados através de formulário e entrevista gravada, este estudo apresentou riscos mínimos para as participantes, uma vez que não houve procedimentos invasivos ou que danificassem sua integridade. Porém, caso sentimentos de constrangimento ou timidez viessem a surgir ao responder alguma das indagações, a pesquisadora estava disposta a suspender a entrevista em qualquer momento e orientar a participante para que ela se sentisse à vontade para decidir sobre sua participação no estudo, atentando sempre para a minimização da ansiedade e sentimento de tristeza, dado que o tema abordado pode afetar o emocional das participantes devido alguma experiência vivenciada anteriormente.

No entanto, benefícios inúmeros procederam diante da cooperação, tais como a obtenção de conhecimento por parte das gestantes sobre as formas de violência obstétrica e seus direitos durante toda a gestação, trabalho de parto e parto, garantindo-lhes autonomia para decidir sobre o seu trabalho de parto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões foram apresentados seguindo a ordem cronológica das etapas percorridas na pesquisa-ação, sendo primeiro explanado o diagnóstico situacional, seguido das ações desenvolvidas e avaliação final.

5.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA REALIDADE

5.1.1 Caracterização da amostra

A amostra desse estudo foi constituída por (dezoito) gestantes que realizaram o acompanhamento pré-natal na Unidade Saúde da Família (USF) Francisco Alves Mutirão I, localizada na cidade de Cajazeiras-PB. A tabela 1 apresenta a caracterização da amostra, segundo algumas variáveis, tais como faixa etária, estado civil, escolaridade, cor/raça, ocupação e renda familiar.

Tabela 1 - Caracterização do perfil sociodemográfico das gestantes participantes da pesquisa.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	%
Faixa etária		
Entre 18 e 25 anos	08	44,4
De 26 a 35 anos	08	44,4
De 36 a 45 anos	02	11,1
Estado civil		
Casada ou união estável	13	72,2
Solteira	05	27,7
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	01	5,5
Ensino Fundamental Completo	03	16,6
Ensino Médio Incompleto	06	33,3
Ensino Médio Completo	06	33,3
Ensino Superior Completo	02	11,1
Cor/raça autodeclarada		
Branca	05	27,7
Parda	10	55,5
Negra	02	11,1
Amarela	01	5,5
Ocupação		
Dona de casa	13	72,2
Outras ocupações	05	27,7
Renda familiar		
1 salário mínimo	11	61,1
Até 2 salários mínimos	06	33,3
Até 3 salários mínimos	01	5,5

Percebe-se que a amostra é constituída por mulheres na sua maioria entre os 18 e 35 anos, casadas ou em união estável, com baixa escolaridade, sendo que apenas seis concluíram o ensino médio, e apenas duas possuem ensino superior, pardas, donas de casa e com renda familiar até um salário mínimo.

A sociedade brasileira atual ainda é marcada pelo machismo e patriarcalismo, na qual muitas mulheres ainda são silenciadas e subordinadas à vontade de outros. Estudos mostram que a violência institucional obstétrica ocorre com mais frequência em grupo de mulheres com características específicas em comum, tais como, raça não branca, baixa escolaridade e baixa renda (ZANARDO *et al*, 2017; LIMA; PIMENTEL; LYRA, 2019).

De acordo com a literatura, as mulheres negras são mais propensas a sofrer violências durante a assistência ao parto pelo fato de terem acesso a um pré-natal mais fragilizado e serem vítimas de racismo, que prega que essas mulheres são mais fortes e devem resistir mais a dor, inclusive privando-as em muitos casos do uso da analgesia (ASSIS, 2018). Já a baixa escolaridade e a baixa renda contribuem para a incidência dessa forma específica de violência às mulheres ao passo em que elas são consideradas sem capacidade e autonomia para decidir sobre seu corpo durante o trabalho de parto (ZANARDO *et al*, 2017).

Na tabela 2 são agrupados os dados referentes aos antecedentes obstétricos das entrevistadas, com a finalidade de se obter informações sobre o número de gestações anteriores, da idade da primeira gestação e do número de partos vaginais e cesáreas.

Tabela 2 –Caracterização dos antecedentes obstétricos das gestantes participantes da pesquisa.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	%
Número de gestações anteriores		
Nenhuma (primigestas)	05	27,7
Uma gestação anterior	03	16,6
Duas gestações anteriores	06	33,3
Três gestações anteriores	02	11,1
Quatro gestações anteriores	02	11,1
Idade da primeira gestação		
Menos de 18 anos	04	22,2
De 18 e 25 anos	13	72,2
De 26 a 35 anos	01	5,5
Número de partos e abortos		
Partos	25	86,2
Abortos espontâneos	04	13,7
Número de tipos de partos		
Partos vaginais	19	76
Partos cesáreas	06	24

Sabe-se que a falta de conhecimento sobre o processo de gestação, parturição e temas como violência obstétrica e direitos das parturientes é o principal fator de risco para a ocorrência da violência institucional obstétrica, dessa forma, as primigestas, bem como mulheres jovens que engravidam durante a adolescência estão mais susceptíveis a diversas formas de maus tratos durante a assistência recebida no trabalho de parto, pela falta de experiência, sensação de insegurança e déficit de conhecimento sobre os temas supracitados.

Somando-se as gestações anteriores das dezoito gestantes, obteve-se o total de 4 abortos e 25 partos, sendo que destes, 19 foram do tipo vaginal e 6 do tipo cirúrgico. Quando se compara os números apresentados na tabela, existe a tendência a se pensar que 6 partos cesáreas não é muito, porém, quando se observa as recomendações da OMS (1994), percebe-se que esse número é quase o dobro do recomendado, posto que o preconizado é que o percentual de partos cesáreas não ultrapasse os 15%. Isso significa dizer que a cada 25 partos deveriam haver no máximo de três a quatro partos cesáreas.

5.1.2 Apresentação dos discursos coletivos do diagnóstico situacional

Temática 01: Conhecimentos prévios acerca da violência obstétrica

Quadro 01- Categorias e número de gestantes participantes da Temática 01 - Conhecimentos prévios acerca da violência obstétrica. Cajazeiras- PB, 2020.

CATEGORIA	NÚMERO DE GESTANTES
Categoria 01 - Definição e tipos da violência obstétrica	07
Categoria 02 - Sentimentos negativos experienciados pelas gestantes em parto (s) anterior (es)	05
Categoria 03 - Sentimentos positivos experienciados pelas gestantes em parto (s) anterior (es)	05

A primeira categoria apresenta as definições e tipos de violência obstétrica que são de conhecimento das gestantes. Para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) dessa categoria, participaram sete gestantes: GEST. 04; GEST. 09; GEST. 12; GEST. 13; GEST. 16; GEST. 17; GEST. 18;

Categoria 01 - Definição e tipos da violência obstétrica

DSC01: *Eu acho que é quando a mulher não precisa ter filho de parto cesariana e eles fazem a força, bem dizer. Pra mim, uma violência grande foi o que fizeram com minha tia que a criança era pra nascer de cesárea e tiraram ela normal e na hora a criança nasceu morta... forçaram o parto normal. Tipo, as vezes força né, o parto normal, com o fórceps, aquele aparelho, mesmo quando a gestante não tem capacidade de ter normal. Forçar o parto em cima da gente, aí é violência obstétrica. Já ouvi relatos de algumas que disseram que as enfermeiras sobem em cima, não têm? E coloca muita força pra baixo, na barriga, pro bebê nascer. Não sei se isso é uma violência obstétrica, mas deve ser... é doloroso. A gente sabe no momento que tá lá cuidando da pessoa, que nem, eu já passei já, não tive aquela atenção toda. Já aconteceu com minha mãe já, quando ela foi ter a minha irmã, colocaram ela numa sala e deixaram ela lá... ela teve a criança sozinha. A criança ia caindo da cama só que ela segurou no pezinho. Então, assim, eu achei que foi uma falta de responsabilidade, eu acho que jamais isso pode acontecer, porque poderia ter tido complicações que ela não conseguiria resolver sozinha.*

Quando questionadas se já haviam ouvido falar sobre violência obstétrica, apenas três das dezoito gestantes que participaram do diagnóstico situacional alegaram já ter conhecimento sobre o tema, porém quando questionadas sobre tipos de violências que podem ocorrer durante o trabalho de parto, sete gestantes souberam identificar formas de maus tratos. Dessa forma pode-se supor que as gestantes ainda não possuem intimidade com o termo “Violência Obstétrica” em si, por ser tratar de um assunto relativamente novo que ainda está ganhando destaque no mundo científico, porém, boa parte delas conseguem identificar a quais violências a mulher está susceptível no momento do trabalho de parto.

O termo “Violência Obstétrica” surgiu a partir de movimentos sociais em defesa da humanização do nascimento, por volta dos anos 2000, e é utilizado para descrever desde atitudes que afetam o corpo físico da parturiente, até aquelas que afetam o seu psicológico, deixando de lado toda a humanização da assistência (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

Uma forma bastante comum de violência obstétrica se refere a imposição do tipo de parto, ou seja, impor que a mulher tenha parto cesárea mesmo sabendo que ela possui condições de ter de forma natural como é observado no fragmento do DSC01: “*Eu acho que é quando a mulher não precisa ter filho de parto cesariana e eles fazem a força, bem dizer.*”; ou até mesmo forçar o parto natural em parturientes que possuem indicação absoluta de cesárea, colocando a vida das mesmas ou de seus bebês em risco, como também foi relatado

pelas participantes no fragmento do DSC01: “*Pra mim, uma violência grande foi o que fizeram com minha tia que a criança era pra nascer de cesárea e tiraram ela normal e na hora a criança nasceu morta... forçaram o parto normal.*”

Em muitas pesquisas realizadas no Brasil, é possível observar que os índices de cesáreas atuais vêm sendo descritos como algo alarmante e preocupante, constituindo um problema de saúde pública, uma vez que não estão em conformidade com o preconizado pela OMS (2015) que recomenda que apenas 10% a 15% dos nascimentos sejam feitos de forma cirúrgica, pois além de acarretar maior risco de morbidade e mortalidade materna e neonatal, quando realizados de maneira desnecessária, prejudica o vínculo do binômio mãe-filho e gera muitos gastos, afetando a economia do país (OLIVEIRA *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2016; VICENTE; LIMA; LIMA, 2017).

Na defesa do uso racional do recurso do parto cirúrgico, recomenda-se que as práticas médicas sejam baseadas em evidências científicas, sempre pesando o risco benefício de cada caso a fim de evitar iatrogenias. Porém, o que se observa atualmente é a frequente imposição de dificuldades para as mulheres exercerem a autonomia sobre seus corpos e serem protagonistas do processo do parto (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

Alguns profissionais de saúde, na posição de detentores do saber, acabam por deixar as futuras mães muito inseguras com toda a problematização dos seus processos corporais, o que acaba as convencendo de que o parto cesáreo é mais seguro. Muitas vezes chegam ao ponto de criar falsas indicações de cesárea como “bebê grande ou pequeno demais”, “bebê engolindo líquido”, “bacia estreita”, “gêmeos”, “circular de cordão”, “idade materna elevada” entre outras situações que não justificam a realização da cesárea, a não ser por conveniência médica visto que esse tipo de parto requer disponibilização de tempo muito menor que o parto normal, que às vezes pode durar 24 horas (COPELLI *et al.*, 2015; OLIVEIRA; MERCES, 2017).

Da mesma forma, a imposição de parto vaginal para mulheres que não possuem condições para isso no momento, é considerado violência obstétrica, na medida em que se coloca em risco a vida da mãe e do bebê. A cesariana, apesar das suas desvantagens, salva vidas todos os dias, existindo situações em que ela é extremamente necessária, como em alguns casos de sofrimento fetal, descolamento prematuro de placenta, apresentação transversa do bebê, placenta prévia, prolapso de cordão, entre outras, sendo denominadas como “indicações absolutas de cesárea (ARAÚJO *et al.*, 2016; NOVO *et al.*, 2017).

Na passagem do DSC01 *“Tipo, as vezes força né, o parto normal, com o fórceps, aquele aparelho, mesmo quando a gestante não tem capacidade de ter normal.”*, o fórceps é visto como instrumento utilizado para praticar violência, porém, na realidade o fórceps obstétrico, apesar da sua aparência intimidadora, trata-se de um instrumento muito importante utilizado em determinadas condições que podem resultar em perigo para a mãe e o bebê, como por exemplo, no caso de sofrimento fetal durante o período de expulsão, exaustão materna e em casos em que a parturiente sofra de alguma condição que possa ser agravada com o esforço da expulsão. Porém, é importante ressaltar que o uso do fórceps em condições desnecessárias que tenha como único objetivo acelerar o processo do trabalho de parto, é considerado violência obstétrica, dado que sua utilização pode causar traumatismos tanto na mãe, quanto no bebê (CUNHA, 2011; LEAL *et al*, 2014).

Outra violência relatada no DSC01 foi a Manobra de Kristeller, como observa-se na passagem *“Já ouvi relatos de algumas que disseram que as enfermeiras sobem em cima, não têm? E coloca muita força pra baixo, na barriga, pro bebê nascer. Não sei se isso é uma violência obstétrica, mas deve ser... é doloroso.”*. Essa manobra tem como objetivo forçar a saída do bebê mediante aplicação de força na parte superior do abdômen da gestante, sendo uma das intervenções desnecessárias utilizadas para acelerar o trabalho de parto, causando dor na parturiente e podendo causar lesões no feto (PALMA; DONELLI, 2017).

Por fim, um tipo de violência muito comum também relatada no DSC01, é a falta de atenção por parte dos profissionais durante o processo de parturição. Por se tratar de uma forma de violência que não causa hematomas físicos, muitas vezes é esquecida pelas próprias mulheres. Porém, é de extrema importância que durante todo o processo do trabalho de parto e parto, essas mulheres sejam acompanhadas por profissionais que prestem assistência de qualidade, apoio e incentivo as mesmas, além de estarem sempre presente sanando suas dúvidas a fim de que elas se sintam mais seguras nesse momento (BRASIL, 2011).

A segunda categoria a ser discutida engloba os sentimentos negativos experienciados pelas gestantes em parto (s) anteriores (s). Para a construção do DSC02 participaram cinco gestantes: GEST. 07; GEST. 14; GEST. 15; GEST. 16; GEST. 17.

Categoria 02 - Sentimentos negativos experienciados pelas gestantes em parto (s) anterior (es)

DSC02:*O meu foi forçado. Ele subiu em cima da minha barriga e forçou pra ela sair. Depois que eu tive a menina ficou muito dolorido, na hora eu senti muita dor mas quando ela nasceu*

aí é que eu me senti mais dolorida porque ele forçou muito em cima de mim, não podia nem tossir direito que doía. Eles deixam a pessoa sofrer demais. Assim, quando eu fui ganhar a minha menina, a mais velha, os médicos nem me deram muita atenção, eu quase tive a menina dentro do banheiro lá na maternidade... tudo assistindo o jogo do Brasil e eu morrendo lá, me acabando sozinha. Só não gostei quando eu tive que me deitar na ‘coisa’ pra ganhar. O negócio que eu acho ruim é eles ficarem metendo o dedo na gente direto... eu acho que eles meteram o dedo bem umas cinco vezes em mim.

Essa categoria foi criada com o objetivo de saber se as participantes do estudo já foram vítimas de violência obstétrica. Como percebeu-se que elas não possuíam intimidade com o termo “Violência Obstétrica”, a pergunta do questionário semiestruturado foi modificada a fim de saber se as participantes multíparas já tiveram experiências constrangedoras e sentimentos negativos em seus partos anteriores.

A partir dos relatos foi constatado que pelo menos cinco das dezoito gestantes que participaram do diagnóstico situacional, sofreram violência obstétrica. Entre as violências citadas, encontram-se a manobra de Kristeller citada no fragmento “*O meu foi forçado. Ele subiu em cima da minha barriga e forçou pra ela sair. Depois que eu tive a menina ficou muito dolorido, na hora eu senti muita dor, mas quando ela nasceu aí é que eu me senti mais dolorida porque ele forçou muito em cima de mim, não podia nem tossir direito que doía.*” E a falta de atenção por parte dos profissionais para com as parturientes, como mostra o trecho do DSC02 “*Eles deixam a pessoa sofrer demais. Assim, quando eu fui ganhar a minha menina, a mais velha, os médicos nem me deram muita atenção, eu quase tive a menina dentro do banheiro lá na maternidade... tudo assistindo o jogo do Brasil e eu morrendo lá, me acabando sozinha.*”. O que confirma a preocupante frequência de atitudes como essa dentro das maternidades brasileiras.

Na passagem do DSC02 “*Só não gostei quando eu tive que me deitar na ‘coisa’ pra ganhar.*”, acredita-se que a gestante tenha se referido ao fato de não ter gostado de parir na posição horizontal sobre a mesa de parto. A posição horizontal é considerada violência obstétrica quando imposta contra a vontade da mulher, que tem direito e liberdade para escolher a melhor posição para parir, seja em pé, de cócoras, quatro apoios, entre outras.

Estudos mostram que a posição ginecológica é a que apresenta mais desvantagens em comparação com as demais, posto que não favorece a movimentação da mulher que é essencial para a evolução do trabalho de parto, aumenta o tempo do período expulsivo pois

não trabalha em colaboração com a gravidade, ao mesmo tempo que aumenta o sofrimento e o cansaço na medida em que é necessário colocar mais força para a expulsão se dar de maneira efetiva, além de aumentar o número de intervenções obstétrica (PAIVA *et al.*, 2018).

O último trecho do DSC02 “*O negócio que eu acho ruim é eles ficarem metendo o dedo na gente direto... eu acho que eles meteram o dedo bem umas cinco vezes em mim*” se refere ao desconforto gerado pelo toque vaginal frequente. Sabe-se que os exames vaginais, mais conhecidos como toques vaginais, fazem parte da avaliação da evolução do trabalho de parto e são realizados com a finalidade de obter informações quanto a espessura e dilatação do colo do útero bem como da posição da cabeça do bebê em relação a pelve materna, porém quando realizados de forma excessiva, por diferentes profissionais ao mesmo tempo e ainda sob a alegação de finalidade didática, é considerado uma forma de violência obstétrica (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018).

Mesmo que realizado conforme necessidade, a falta de orientação em relação a finalidade e importância do toque vaginal faz com que as mulheres se sintam violentadas e constrangidas. Por isso é fundamental que antes de realizar qualquer procedimento durante a assistência pré-parto, os profissionais expliquem o mesmo e peçam autorização para sua execução. Atitudes como essas refletem a falta de preocupação com a individualidade das parturientes. Existe desconforto e incômodo durante a realização dos procedimentos, desrespeito a anatomia, fisiologia e autonomia das mulheres, além de exposição desnecessária da sua intimidade.

A terceira categoria tem por objetivo analisar quais atitudes e ações dos profissionais da saúde geram sentimentos positivos no momento do parto, contribuindo para a humanização da assistência. Para a formação do DSC dessa categoria, houve a participação de cinco gestantes: GEST. 05; GEST. 06; GEST. 09; GEST. 14; GEST. 18;

Categoria 03 - Sentimentos positivos experienciados pelas gestantes em parto (s) anterior (es)

DSC03: *Fui muito bem tratada quando fui ter minha filha, o pessoal de lá me atendeu super bem e foi tudo tranquilo, não tive problema algum. O atendimento do médico foi muito bom e das enfermeiras também. Foram muito atenciosos na hora que eu passei mal, eu desmaiei porque não tinha comido nada, aí eles correram tudo em cima, não deixaram eu ficar só, e me deram comida. Os positivos é a chegada do bebê né minha filha? Gostei de ter visto minhas duas filhas, não tem coisa melhor não, o alívio é grande (risos).*

Nessa categoria foi possível identificar a escassez de sentimentos positivos experienciados pelas gestantes em seus partos anteriores. Apenas cinco das doze gestantes múltiparas da pesquisa conseguiram extrair algo de bom de suas experiências passadas, o que gera dúvidas preocupantes sobre como os profissionais da saúde estão conduzindo a assistência e o quanto estão se empenhando para humanizar o atendimento nessa etapa tão marcante da vida das mulheres.

O olhar individual sobre a subjetividade de cada parto e de cada mulher, respeitando o tempo dos seus corpos e mentes, e a atenção individualizada por parte da equipe de saúde como um todo, como relatado no DSC03, impacta diretamente em experiência positiva de parto, na segurança que a parturiente sente ao vivenciar todo o processo, resgatando seu protagonismo frente ao trabalho de parto e garantindo a atenção humanizada ao nascimento (RIOS *et al.*, 2018; SILVA; MOURA; VARGAS, 2019).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) busca a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério através de estratégias para a humanização do atendimento entendendo que a mulher deve ter posição ativa nos momentos e decisões do trabalho de parto (BRASIL, 2014).

Além da atenção e qualidade da assistência e dos profissionais, outro ponto positivo relatado no DSC03 foi o nascimento do bebê, como mostra o trecho “*Os positivos é a chegada do bebê né minha filha? Gostei de ter visto minhas duas filhas, não tem coisa melhor não, o alívio é grande (risos)*”. O primeiro encontro entre mãe e filho é o momento mais marcante e esperado pela mulher, nesse ponto é importante que em condições normais, seja permitido o primeiro contato com a mãe, bem como a amamentação nos primeiros trinta minutos de vida para o fortalecimento do vínculo mãe-bebê.

O estudo de Sena e Tesser (2017) afirma que as mulheres anseiam tanto por esse momento que um dos motivos da maioria das mulheres vítimas de violência obstétrica não denunciarem as agressões, é a sensação de alívio e gratidão sentidas após o nascimento de um bebê saudável, que para muitas, compensam qualquer maltrato ou inconveniência ocorrida durante a assistência, que acabam sendo “esquecidas” pelas mesmas.

Temática 02: Preferência do tipo de parto

Quadro 02- Categoria da temática 02 - Preferência do tipo de parto e número de gestantes participantes. Cajazeiras- PB, 2020.

CATEGORIA	NÚMERO DE GESTANTES
Categoria 04 - Parto vaginal x parto cesárea	08

A quarta categoria apresenta as percepções e preferências das gestantes em relação aos partos vaginal e cesárea. O DSC desta, foi constituído por oito gestantes: GEST. 03; GEST. 05; GEST. 04; GEST. 06; GEST. 07; GEST. 09; GEST. 12; GEST. 17.

Categoria 04 - Parto vaginal x parto cesárea

DSC04: *Queria ter normal, mas provavelmente será cesárea, não sei... acho a recuperação da cesárea horrível. Eu quero cesárea porque com 43 não vai poder ser de outra maneira. Cesárea, porque já estou encaminhada pra laqueadura mesmo. Quero vaginal porque eu acho que a recuperação é mais rápida e melhor. Ter normal é bom, sem precisar de gente pra cuidar, a pessoa fica melhor mais ligeiro. Eu preferiria que fosse normal, por causa da luta do dia-a-dia... a gente sofre né? Mas é melhor. Assim, se for por mim eu quero ter normal, mas nunca vai do querer da pessoa né?*

Das dezoito participantes do diagnóstico situacional, sete alegaram preferir o parto cesárea e sete participantes, o parto normal, demonstrando conhecimento quanto a rápida recuperação quando comparada ao parto cesárea, tal como mostra o fragmento do DSC04 “*Quero vaginal porque eu acho que a recuperação é mais rápida e melhor. Ter normal é bom, sem precisar de gente pra cuidar, a pessoa fica melhor mais ligeiro*”. Quatro das gestantes afirmaram ainda estar em dúvida sobre a preferência do tipo de parto, destas, três eram primigestas, o que de certa forma justifica suas respostas pelo motivo de não terem experiência ou conhecimento sobre o tema, desconhecendo as vantagens e desvantagens de cada um.

Um dado preocupante se refere ao fato que das sete gestantes que afirmaram querer um parto cesárea, cinco justificaram sua resposta alegando estarem encaminhadas para a realização da laqueadura, tal como mostra o trecho do DSC04 “*Cesárea, porque já estou encaminhada pra laqueadura mesmo*”. A laqueadura é um método contraceptivo de efeito permanente realizado em mulheres que não desejam engravidar novamente, porém a esterilização voluntária só é permitida sob algumas condições, tais como mulheres com capacidade civil plena, maiores de 25 anos ou, com pelo menos dois filhos vivos, observando

o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e a realização da cirurgia (BRASIL, 1999).

A Portaria nº 48 de 11 de fevereiro de 1999 determina ainda que é proibida a realização da esterilização cirúrgica em mulheres durante períodos de parto, aborto ou até 42 dias do pós-parto ou aborto, exceto em casos comprovadamente necessários, como por exemplo, quando a mulher é portadora de doença de base e a exposição a um segundo ato cirúrgico-anestésico pode representar grande risco para sua saúde. Em exceções como essas ainda é necessário relatório escrito justificando sua realização e assinatura de dois médicos (BRASIL, 1999). Esses encaminhamentos indevidos para a realização da laqueadura após o parto acabam sendo responsáveis por grande parte do aumento no número de cesáreas no país, sendo utilizadas também como forma de convencer as gestantes a desistir do parto natural.

Outro motivo utilizado para justificar a preferência pelo parto cirúrgico foi a idade materna elevada, como pode ser observado no fragmento do DSC04 *“Eu quero cesárea porque com 43 não vai poder ser de outra maneira”*. A idade materna avançada é problematizada por alguns profissionais na tentativa de tentar convencer a mulher a optar pelo parto cesáreo, porém, isoladamente, esse fator não contraindica o parto normal, somente é necessário a intervenção cirúrgica, quando acrescidos a fatores de risco (SANTOS *et al*, 2009).

Muitas vezes o parto vaginal é associado ao sofrimento, como percebe-se em parte do DSC04: *“Eu preferiria que fosse normal, por causa da luta do dia-a-dia... a gente sofre né? Mas é melhor”*. Essa associação histórica é um componente cultural que contribui diretamente para que o parto normal tenha um significado negativo de experiência traumática para as mulheres, sendo a dor uma das causas que mais influenciam a “cesárea a pedido” (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012; SIEBRA *et al*, 2015).

Na busca de humanizar a assistência ao parto, diminuindo o desconforto gerado pelas dores das contrações ao mesmo tempo em que tenta se minimizar a utilização de intervenções invasivas que tiram toda a fisiologia e naturalidade do processo de nascimento, foi preconizado a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, que inclui desde medidas físicas, tais como caminhar e dançar durante o trabalho de parto, banhos, massagens, exercícios respiratórios e pélvicos com a utilização da bola Suíça, cavalinho, escada de Ling, rebozo, entre outros instrumentos, até medidas ambientais, como diminuição da luminosidade e ruídos sonoros do ambiente, musicoterapia, aromaterapia, entre outras (COELHO; ROCHA; LIMA, 2017; DIAS *et al*, 2018; MASCARENHAS *et al*, 2019).

A dor do trabalho de parto é subjetiva e se manifesta de maneira exclusiva em cada mulher, sendo influenciada por uma série de fatores, especialmente fatores emocionais, entre eles a ansiedade, o medo e experiências anteriores desagradáveis. O próprio hospital por ser considerado um local estranho que geralmente não traz conforto, provoca angústia e insegurança que muitas vezes contribuem para potencializar a dor durante todo o processo (COELHO; ROCHA; LIMA, 2017). Dessa forma faz-se necessário garantir um atendimento humanizado e de qualidade, para que essas mulheres se sintam acolhidas e livres para expressar seus sentimentos, receios e dúvidas, aumentando sua autonomia e confiança, tornando-as protagonistas do seu trabalho de parto.

5.2 DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES COLETIVAS

Após o diagnóstico situacional, coleta de dados e planejamento das ações, estas foram executadas em seis encontros que aconteceram durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2019, com datas e horários combinados previamente com as gestantes. Foram 3 ações distintas, cada ação sendo repetida em dois encontros em turnos diferentes para melhor adaptação aos horários disponíveis das gestantes e conseqüentemente para que um número maior de gestantes pudesse participar das ações.

5.2.1 Primeira ação

Foi realizada no dia 03.10.2019 pela manhã e no dia 10.10.2019 pela tarde, nos quais compareceram quatro gestantes e três gestantes, respectivamente. Teve como finalidade trabalhar o conceito de violência obstétrica e seus diversos tipos de apresentações.

Logo de início, em roda de conversa, houve a apresentação da pesquisadora e a finalidade da ação, seguido da apresentação das gestantes que falaram um pouco de si, da gestação atual e gestação e partos anteriores.

Após esse momento inicial e rápida explanação sobre o conceito de violência obstétrica, teve-se início a atividade educativa utilizando-se de metodologia ativa com base na primeira categoria “Definição e tipos da violência obstétrica”. Foram colocados dois cartazes na parede contendo as seguintes frases “Isso é violência obstétrica!” e “Isso não é violência obstétrica!”, e distribuídas tiras de papéis contendo procedimentos e ações consideradas violências obstétricas, tais como episiotomia, ponto do marido, manobra de Kristeller, amniotomia e imposição de cesárea e outros considerados direitos das gestantes durante o

trabalho de parto tais como o contato mãe-bebê, amamentação nos primeiros 30 minutos após o parto, hidratação durante o trabalho de parto e outros.

Foi solicitado que as participantes categorizassem essas situações, valorizando seus conhecimentos prévios e em seguida iniciou-se a discussão sobre os tipos de violência obstétrica, revelando quais as formas de violência podem acontecer no momento do parto e o porquê de serem consideradas violência contra a gestante.

Em seguida para fixação do conhecimento adquirido durante a ação foram entregues plaquinhas contendo as frases “Isso é violência obstétrica!” e “Isso não é violência obstétrica!”, momento este em que a pesquisadora leu alguns relatos de partos para que as participantes identificassem se houve ou não violência obstétrica, e caso sim, quais os tipos de apresentação de violência.

Para finalizar houve o compartilhamento de opiniões das gestantes sobre a reunião com destaque aos pontos positivos e negativos que podiam ser melhorados, e a entrega de um chocolate com a frase de empoderamento e incentivo ao parto fisiológico livre de procedimentos desnecessários: “Mulheres sabem parir e bebês sabem nascer”.

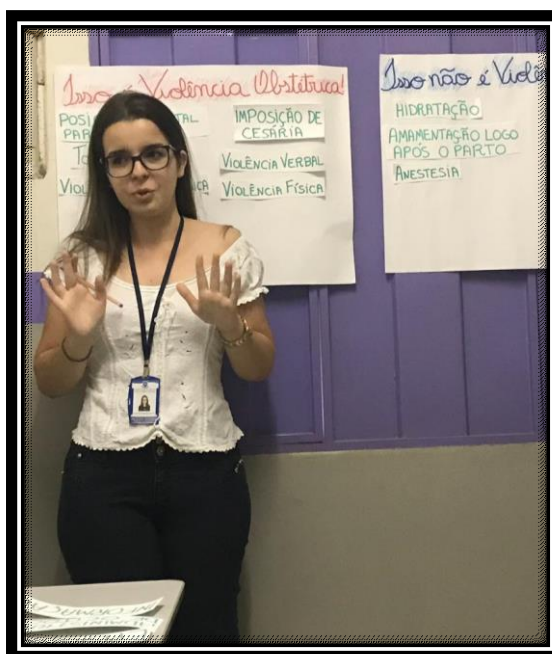


FIGURA 1– Pesquisadora.
Fonte: própria da pesquisa/ 2019.



FIGURA 2- Roda de conversa e apresentações.
Fonte: própria da pesquisa/ 2019.

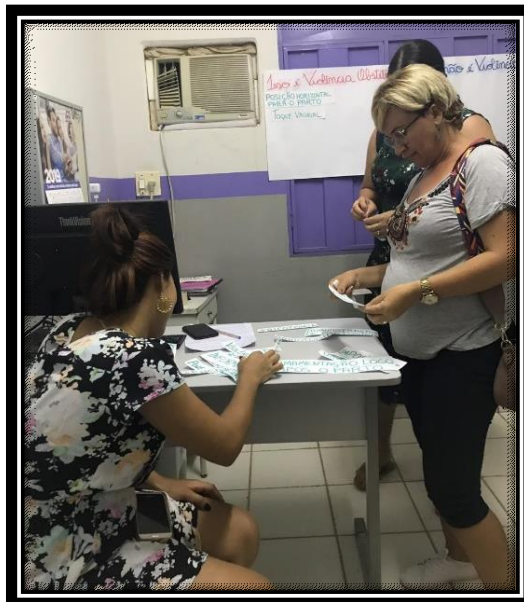


FIGURA 3- Primeira metodologia ativa. Ação do dia 03.10.2019.
Fonte: própria da pesquisa/ 2019.

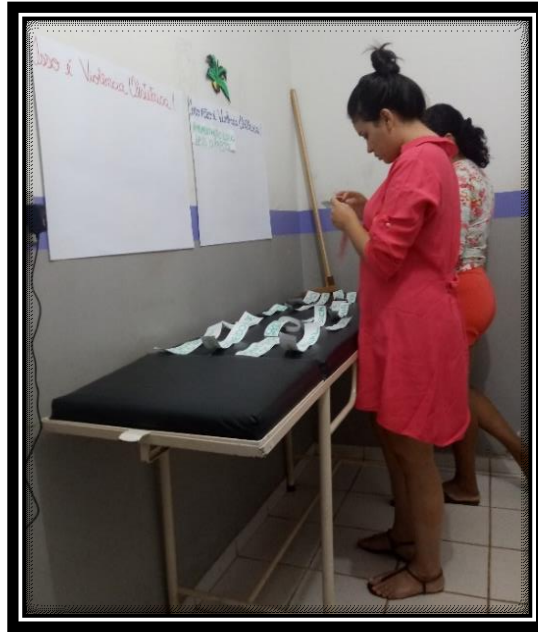


FIGURA 4- Primeira metodologia ativa. Ação do dia 10.10.2019.
Fonte: própria da pesquisa/ 2019.

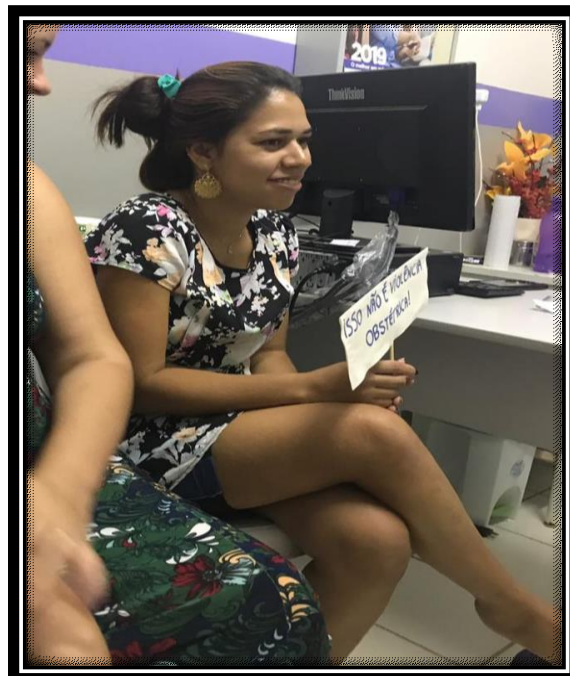


FIGURA 5- Segunda metodologia ativa.
Fonte: própria da pesquisa/ 2019.



FIGURA 6– Pesquisadora e gestantes. Ação do dia 03.10.2019.
Fonte: própria da pesquisa/ 2019.



FIGURA 7– Pesquisadora e gestantes. Ação do dia 10.10.2019.
Fonte: própria da pesquisa/ 2019.

5.2.2 Segunda ação

Foi realizada no dia 30.10.2019 pela manhã e no dia 15.11.2019 pela tarde, nos quais compareceram três gestantes e duas gestantes, respectivamente. Teve como finalidade discutir sobre as indicações absolutas e falsas indicações de cesárea e apresentar as vantagens e desvantagens dos partos vaginais e cesáreas.

A dinâmica realizada antes da atividade educativa foi a do “Espelho”, com pequenas modificações da dinâmica original, que teve a finalidade de entregar para gestante a oportunidade de auto empoderar-se. Para a sua realização foi utilizado um espelho dentro de uma caixa, foi pedido que as participantes se dirigissem para frente, uma de cada vez e abrissem a caixa, e então que falassem sobre a pessoa que viam, não sobre suas características físicas, mas sim sobre suas melhores qualidades como por exemplo, força de vontade, dedicação, inteligência etc.

Em seguida, em roda de conversa, a pesquisadora explicou brevemente o processo da gestação e trabalho de parto para que as participantes entendessem melhor a metodologia ativa que se seguiria, e com o auxílio de um manequim que permite a simulação de um parto e slides com imagens falou sobre os componentes envolvidos na gestação (saco e líquido amniótico, placenta e cordão umbilical), bem como as fases do parto e posições que o bebê pode adotar ao longo da gestação.

Iniciou-se então, a atividade educativa utilizando um tipo de metodologia ativa com base na quarta categoria “Parto vaginal x parto cesárea”. Foram colocados dois cartazes na parede contendo as seguintes frases “Indicações absolutas de cesárea” e “Falsas indicações de cesárea”, e distribuídas tiras de papéis contendo situações que poderiam ou não indicar a obrigatoriedade de cesárea, adaptadas, na medida do possível, em linguagem mais acessível e clara para as participantes.

Foi solicitado que as gestantes categorizassem essas situações, valorizando seus conhecimentos prévios e em seguida iniciou-se a discussão sobre o tema, revelando em quais situações a cesárea é realmente necessária e em quais casos ela é imposta desnecessariamente, tornando-se violência obstétrica.

A última atividade da ação consistiu na discussão sobre as vantagens e desvantagens do parto vaginal e cesárea, para isso foram entregues plaquinhas contendo as frases “Parto vaginal” e “Parto cesárea”, momento no qual a pesquisadora leu benefícios e malefícios de cada tipo de parto solicitando que as participantes identificassem o parto correspondente à

afirmação e a partir disso houve o incentivo ao parto fisiológico que apresenta o maior número de benefícios em comparação ao parto cirúrgico.

Para finalizar houve o compartilhamento dos pontos positivos e negativos da ação de acordo com as gestantes e a entrega de um chocolate com a frase de empoderamento: “Existem mulheres fortes e existem mulheres que ainda não descobriram sua força. Você é incrível! ”.



FIGURA 8- Roda de conversa.
Fonte: própria da pesquisa/ 2019.

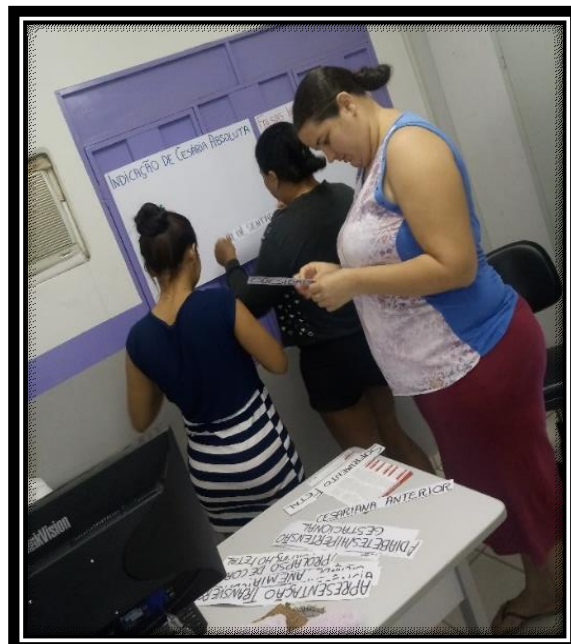


FIGURA 9- Primeira metodologia ativa.
Fonte: própria da pesquisa/ 2019.



FIGURA 10- Pesquisadora e gestantes. Ação do dia 30.10.2019.
Fonte: própria da pesquisa/ 2019.



FIGURA 11- Pesquisadora e gestantes. Ação do dia 15.11.2019.
Fonte: própria da pesquisa/2019.

5.2.3 Terceira ação

Foi realizada no dia 25.11.2019 pela manhã e no dia 05.12.2019 pela tarde, nos quais compareceram uma gestante e três gestantes, respectivamente. Teve como finalidade discutir sobre os direitos das gestantes no momento do trabalho de parto e parto e sobre as opções de métodos não farmacológicos para alívio da dor, incentivando o parto natural livre de intervenções desnecessárias.

A priori, houve a discussão sobre os direitos das parturientes durante o trabalho de parto e parto, como o direito de ter suas dúvidas sanadas, de ser informada sobre todos os procedimentos, de acompanhante, alojamento conjunto e outros, sempre comparando com suas condutas opostas, que se caracterizam como violência obstétrica.

Posteriormente com o auxílio de slides com imagens, iniciou-se a discussão sobre os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, dando ênfase aos métodos disponíveis na realidade das participantes em questão. Em seguida houve um momento de prática em que foram trabalhados os exercícios respiratórios, movimentação, deambulação, massagens, bola suíça, rebozo e utilização de música relaxante.

Para finalizar, houve um momento para orientação de como proceder em caso de violência obstétrica, com opções de denúncias que podem ser realizadas no próprio hospital, na Secretária de Saúde do município ou através da Central de Atendimento à Mulher. Posteriormente, houve a tirada de dúvidas, compartilhamento de opiniões sobre a reunião e das expectativas quanto ao trabalho de parto depois da obtenção dos conhecimentos adquiridos nas ações, aplicação do questionário para avaliação das ações educativas e despedida da pesquisadora e das participantes, com a entrega de uma lembrancinha para o bebê.

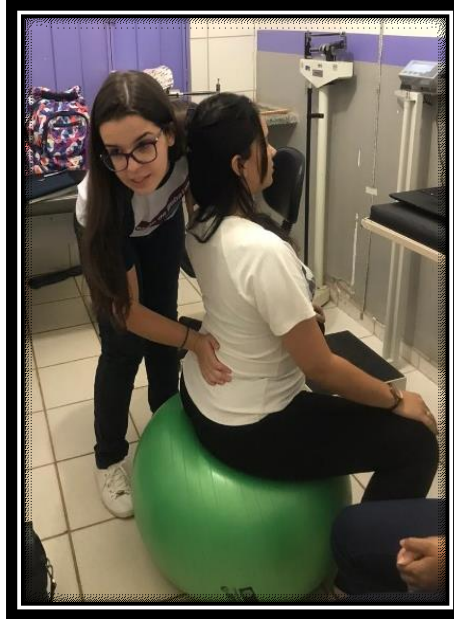


Figura 12- Prática de métodos não farmacológicos para alívio da dor.
Fonte: própria da pesquisa/ 2019.

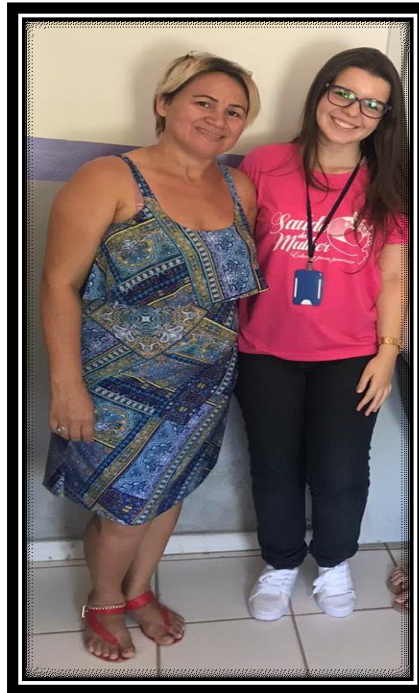


Figura 13- Pesquisadora e gestante. Ação do dia 25.11.2019.
Fonte: própria da pesquisa/ 2019.

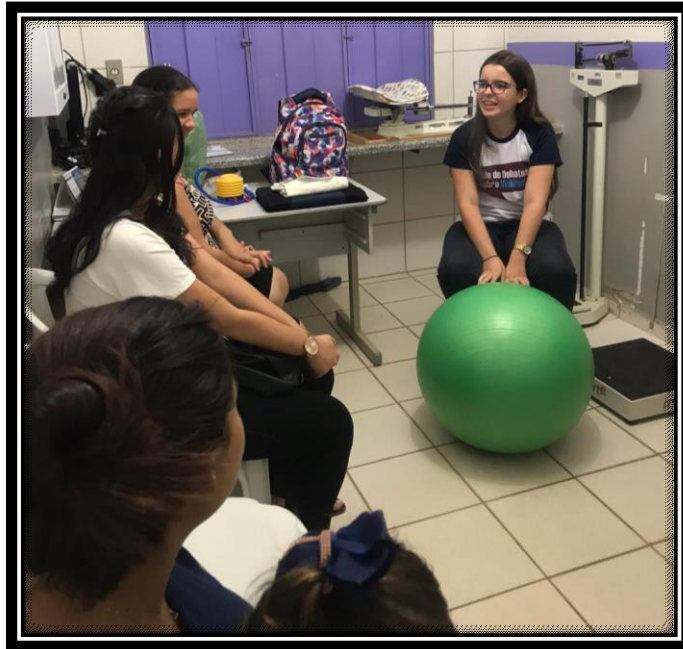


Figura 14- Pesquisadora e gestantes. Ação do dia 05.12.2019.
Fonte: própria da pesquisa/ 2019.

5.3 APRESENTAÇÃO DOS DISCURSOS COLETIVOS DA ANÁLISE DAS AÇÕES

Temática 03: Conhecimentos posteriores às ações educativas

Quadro 03- Categoria da Temática 03 - Conhecimentos posteriores às ações educativas e número de gestantes participantes. Cajazeiras- PB, 2020.

CATEGORIAS	NÚMERO DE GESTANTES
Categoria 05 - Conhecimentos adquiridos através das ações educativas	05

Essa temática emergiu a partir do discurso das gestantes após as intervenções educativas, as quais possuíam como finalidade diminuir o déficit de conhecimentos acerca da violência obstétrica percebido no diagnóstico situacional.

Dessa forma a categoria 05 foi construída considerando os discursos posteriores às ações educativas, quando as gestantes foram questionadas sobre os conhecimentos adquiridos através das ações educativas. Nessa perspectiva, o DSC 05, foi desenvolvido com a participação de cinco gestantes: GEST. 03; GEST. 05; GEST. 08; GEST. 11; GEST. 17.

Categoria 05 - Conhecimentos adquiridos através das ações educativas

DSC05: *Hoje eu sei bastante coisa, como por exemplo, eu já passei por uma, só que na época eu não entendia. Na hora que meu filho foi nascer, a enfermeira bateu na minha perna e disse que se eu não abrisse as pernas meu bebê não ia nascer, ia morrer, então né, aí foi uma violência e na época eu não sabia e não pude revogar. Hoje sei que pode acontecer comigo e com outras pessoas, às vezes a gente não percebe porque não sabe o que é violência obstétrica né? E acaba que quem não sabe, se aconteceu, não vai saber e quem já sabe pode denunciar ou fazer outra coisa do tipo. Agora sei que esses cortes que dão, é violência obstétrica. Hoje sei que devo optar pelo parto normal né? Porque no parto normal você não vai sofrer muito no resguardo e se você for ter um parto cesariana, operada, você vai sofrer mais um pouco na recuperação, porque não pode pegar peso, e o parto normal não, você já pode fazer algumas coisas, mas também não exagerar demais pra não ultrapassar os limites né? Eu preferia que fosse normal né? Por causa dos cuidados, das bactérias...*

O fator que mais contribui para a conservação de atos violentos na assistência obstétrica diz respeito ao desconhecimento das mulheres em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos. É possível observar que a maioria das parturientes não conseguem identificar se foram maltratadas, tanto porque confiam nos profissionais que as atendem, mas também pela situação de fragilidade física e emocional que o trabalho de parto acarreta. Dessa maneira, acabam aceitando ou tolerando procedimentos invasivos e situações desconfortáveis sem questionar, e, em silêncio, sofrem sem nem mesmo terem ciência de que estão sendo violentadas (SILVA *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017; JARDIM; MODENA, 2018).

Por meio das ações educativas, uma das participantes da pesquisa, que no diagnóstico situacional alegou não ter tido nenhum problema durante seu trabalho de parto anterior, conseguiu identificar que sofreu violência física, ao passo em que a enfermeira bateu em sua perna, e psicológica, quando a mesma enfermeira afirmou que se ela não abrisse as pernas o bebê dela iria morrer, como citado no DSC05. Percebe-se que a falta de conhecimento sobre o que deve e o que não deve acontecer durante a assistência ao parto permite aos profissionais de saúde assumir a imposição autoritária de normas e valores morais depreciativos, uma vez que como detentores do conhecimento, julgam saber o que é melhor para as pacientes colocando-as em situações de submissão e impotência (SILVA *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

No trecho “*agora sei que esses cortes que dão, é violência obstétrica*”, o corte que a gestante faz referência se trata da episiotomia. Realizado no períneo com o objetivo de

ampliar a passagem para o nascimento do bebê, se justifica em algumas situações, porém não deve ser realizado rotineiramente como é observado nas maternidades brasileiras. Estudos mostram que por ser um procedimento tão comum, algumas mulheres tendem a acreditar que se trata de um procedimento padrão do parto vaginal, aceitando de livre vontade. Pesquisas relatam ainda que mulheres que foram submetidas à episiotomia de rotina sem necessidade, apresentaram piora na função sexual em relação àquelas que não foram submetidas ao procedimento, provando que além de desnecessário, provoca danos nas mulheres (CARVALHO *et al.*, 2015).

Foi possível observar que além das gestantes terem adquirido maior conhecimento relacionado a violência obstétrica e seus tipos, durante a avaliação final houve uma tendência maior a optar pelo parto normal. Das sete gestantes que participaram dessa última etapa da pesquisa, quatro alegaram preferir o parto normal, citando benefícios explanados durante as ações como a recuperação mais eficaz em comparação ao parto cirúrgico e o compartilhamento de bactérias maternas que ajudam a prevenir o desenvolvimento de doenças no bebê.

Frente a essa devolutiva, percebe-se que estratégias para a prevenção e enfrentamento da violência obstétrica, bem como do incentivo ao parto vaginal, garantem a conscientização das mulheres sobre a temática e de seus direitos, empoderando-as.

Temática 04: Percepção das gestantes acerca das ações educativas

Quadro 04- Categoria da temática 04 - Percepção das gestantes acerca das ações educativas e número de gestantes participantes. Cajazeiras- PB, 2020.

CATEGORIA	NÚMERO DE GESTANTES
Categoria 06 - Educação em saúde como estratégia de empoderamento de gestantes quanto ao seu protagonismo no trabalho de parto	04

Por fim, na temática 04 buscou-se avaliar a percepção das gestantes quanto as ações educativas, que foram obtidas através de perguntas subjetivas que permitiu sua livre expressão com relação aos encontros. Para a construção do DSC da categoria 06, houve a participação de quatro gestantes: GEST. 01; GEST. 05; GEST. 08; GEST. 11.

Categoria 06 - Educação em saúde como estratégia de empoderamento de gestantes quanto ao seu protagonismo no trabalho de parto

DSC07: *Digamos que foi muito importante, foi um assunto que eu não sabia, nem imaginava que existia esse assunto. Eu gostei, teve bastante informação. Tinha muitas coisas que eu não sabia que eu passei a entender depois que teve essas reuniõezinhas entre a gente. Eu acho que deu pra ter mais uma ideia sobre o parto em si, quais os direitos que a gente tem também a respeito, porque assim, mãe de primeira viagem nunca sabe o que fazer, nem as recomendações, nem os direitos que cada um tem. Eu gostei muito porque eu acabei sabendo muitas coisas que eu tenho direito pra quando for na hora do parto ser mais assim 'ah eu já sei'... se não tiverem fazendo eu posso exigir, se acontecer alguma coisa do tipo de me agredir ou agredir verbalmente ou alguma coisa do tipo...Era bom que tivesse mais incentivo por parte das pessoas pra fazer mais grupos com pessoas assim como você que ensina a gente a ter os nossos direitos né, a nossa proteção da gente e dos nossos filhos na hora do nascimento. Gostaria que continuasse, sempre tivesse essas ações porque com essas ações você... como assim, no meu exemplo, mãe de primeira viagem, eu nunca saberia que tinha esses direitos tudo né? Como você falou no seu trabalho, do início até o fim, você falou... então que sempre tivesse essas ações porque ajuda bastante no trabalho de parto. Pra mim só teve coisas positivas, não teve nada negativo, além de tanto ensinamento também né foi uma terapia e foi muita informação né, todo mundo junto aprendendo, outros só escutando ali de longe, ao mesmo tempo chegava em casa e ficava pensando 'Rapaz, é isso mesmo! '. Foi muito bom.Ah eu vou poder passar pra um monte de gente, toda gravidinha que eu for conversar eu vou tá lá falando, já comecei por minha nora (risos) ai ai....*

No DSC06, é possível observar o entusiasmo das gestantes por terem participado das intervenções educativas, que foram positivamente relatadas pelas mesmas, afirmando que contribuíram para maior conhecimento acerca da violência obstétrica, dos direitos que elas possuem no momento do trabalho de parto e do próprio parto em si, principalmente para as “mães de primeira viagem” que não possuíam conhecimento algum, ou muito superficialmente sobre os temas explorados nas ações.

A educação em saúde pode ser utilizada como ferramenta assistencial para incentivar e estimular a autonomia das mulheres, além de informar, no caso das gestantes, a importância do desenvolvimento do seu protagonismo não só durante a gestação, mas principalmente nas suas escolhas e decisões sobre o seu trabalho de parto. Com as informações adquiridas, no pré-natal e em atividades grupais as mulheres tendem a se sentir mais autoconfiantes, pelo compartilhamento de saberes e experiências, contribuindo para a segurança da sua autonomia

e mudanças de concepções estabelecidas pela cultura e hábitos locais. Processos educativos como esses, tendem a gerar impactos positivos ao passo que integram diversos saberes, desde o científico ao popular, possibilitando o desenvolvimento de visão crítica a respeito da assistência recebida (HENRIQUES *et al.*, 2015).

Também foi possível perceber no discurso, o desejo de continuidade das ações, que na maioria das vezes não são realizadas de forma pontual pelos profissionais da AB, seja pela sobrecarga de trabalho ou por falta de interesse no planejamento das ações, o que acaba conservando o déficit de conhecimento que as mulheres possuem em relação ao período que estão vivenciando.

Por fim, a construção do grupo de gestantes e as ações educativas se mostraram extremamente importantes uma vez que as interações geradas entre as próprias participantes e a pesquisadora possibilitaram a promoção da saúde obstétrica com repercussões desse processo no individual-coletivo, além de permitir que as gestantes assumam papel ativo dentro do momento em que elas se encontram e se tornem multiplicadoras do saber no seu coletivo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou seu objetivo geral, pois houve promoção de ações educativas visando o enfrentamento da violência obstétrica. É possível perceber que houve um acréscimo de conhecimentos envolvendo os tipos de violência obstétrica e direitos das parturientes durante o trabalho de parto e parto, bem como dos conhecimentos acerca dos benefícios do parto vaginal. Além disso, as ações promoveram maior autonomia para as gestantes, contribuindo diretamente para seu protagonismo no processo de parturição.

Durante a fase do diagnóstico situacional, foi possível observar as lacunas que existem no conhecimento das gestantes com relação a violência obstétrica e direitos reprodutivos. Indo de encontro com a literatura, observa-se que as gestantes não possuem conhecimento sobre as temáticas em questão, o que as levam a normatizar certas condutas achando que faz parte da rotina da instituição, contribuindo assim, para uma postura passiva no processo de nascimento e sentimentos negativos relacionados a experiências anteriores.

Após estes achados, foram planejadas ações educativas com o uso de metodologias ativas, dinâmicas e rodas de conversas a fim de incentivar a participação e diálogo das gestantes e pesquisadora, o que tornou os encontros enriquecedores para a construção do conhecimento coletivo. Tais encontros proporcionaram discursos de avaliação positiva, pois as gestantes relataram um acréscimo no conhecimento que possuíam, sendo capaz de repassá-los adiante.

Dessa forma, percebe-se a importância da realização de estudos de cunho intervencionistas regionais, visto que por meio deles, é possível a identificação de déficits de conhecimento de determinado tema em uma determinada realidade seguida pelo planejamento e implementação de ações, a fim de obter uma resolução para a problemática encontrada.

Este estudo apresentou algumas limitações, a exemplo, a falta de interesse de muitas gestantes em participar da pesquisa, o que levou o estudo a possuir uma amostra pequena. Essa situação pode ser justificada pelo fato de as mesmas não serem habituadas a rotinas de educação em saúde como estas, na UBS, e desconhecerem os benefícios de grupos de gestantes para compartilhamento de experiências e saberes. Ademais, houve dificuldades para reunir todas as participantes durante as ações, devido a disponibilidade das mesmas, dessa forma, foi necessário realizar cada uma das ações, duas vezes, em diferentes turnos.

Como proposição para os demais estudos, fica a sugestão de avaliação destas ações em longo prazo, assim como avaliar o impacto das atividades educativas através da observação

das gestantes durante o trabalho de parto, e o desenvolvimento de novas investigações e atividades nesta temática através da formação de grupo de gestantes nas unidades, a fim de estabelecer uma comunicação mais direta e um meio para troca de saberes e experiências, incentivando o papel ativo das gestantes, para um trabalho de parto tranquilo e livre de violências.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N.A.M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M.R. Sentidos da dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do sistema único de saúde. **REME rev. min. enferm.**, v.16, n.2, p. 241-250, 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/525>. Acesso em: 03 jan. 2020.
- 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**, v.14, n.2, p.641-649, 2016. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2755/pdf_562. Acesso em: 06 jan. 2020.
- AMORIM, M.M.R.; SOUZA, A.S.R.; PORTO, A.M.F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina**, v.38, n.8, p. 415-422, 2010. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_evidencias_parte_I.pdf. Acesso em: 09 jan. 2020.
- ARAGÃO, Júlio. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, n.6, p. 59-62, 2011. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/566/528>. Acesso em: 12 jan. 2020.
- ARAÚJO, K.R.S. *et al.* Fatores determinantes para a indicação do parto operatório em maternidade pública de Teresina- PI. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.07, n.01, p.148-158, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3401/3086>. Acesso em: 12 jan. 2020.
- ASSIS, J.F. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc.**, n.133, p.547-565, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n133/0101-6628-sssoc-133-0547.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.
- AUGUSTO, N.C. **Violência obstétrica: considerações sobre os danos decorrentes da episiotomia**. 2016. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/34412/violencia-obstetrica-consideracoes-sobre-os-danos-decorrentes-da-episiotomia>. Acesso: 15 jan. 2020.
- BARBOSA, L.C.; FABBRO, M.R.C.; MACHADO, G.P.R. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Av. enferm.**, v.35, n.2, p.190-207, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n2/0121-4500-aven-35-02-00190.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2020.
- BARBOZA, L.P.B.; MOTA, A. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Rev. Psicol., Divers. Saúde**, v.5, n.1, p.119-129, 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847/598>. Acesso em: 21 jan. 2020.
- BISCEGLI, T.S. *et al.* Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. **CuidArte, Enferm.**, v.9, n.1, p.18-25, 2015. Disponível em:

<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/Revistacuidarteenfermagem%20v.%209%20n.1%20%20jan.%20jun%202015.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

BRASIL. UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Ministério da Saúde. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**. São Paulo: Globo, 2011. Disponível em:

https://www.unicef.org/brazil/sites/unicef.org.brazil/files/2019-03/br_guia_direitos_gestante_bebe.pdf. Acesso em: 27 jan. 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Diário da União: Brasília-DF, 2005.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 30 jan. 2020.

BRASIL. **Resolução Nº 466, De 12 De Dezembro De 2012**. Diário da União: Brasília-DF, 2012. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2020.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/cajazeiras/panorama>. Acesso em: 15 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Humanização do parto e do nascimento**. Caderno HumanizaSUS, v.4. Universidade Estadual do Ceará- Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 06 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **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. Acesso em: 09 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999**. Secretaria de Atenção à Saúde: 1999. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0048_11_02_1999.html. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf. Acesso em: 14 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. **Assistência Pré-natal: Manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf.

Acesso em: 15 fev. 2020.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.17, n.3, p.575-586, 2012. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 fev. 2020.

CARDOSO, F.J.C. *et al.* Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. **Rev. enferm. UFPE online**, v.11, n.9, p.3346-3353, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110232/22159>. Acesso em: 21 fev. 2020.

CARVALHO, P.D. *et al.* Percepção de puérperas quanto ao procedimento da episiotomia. **J. Health Sci. Inst.**, v.33, n.3, p.228-234, 2015. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/03_jul-set/V33_n3_2015_p228a234.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

CECAGNO, S.; ALMEIDA, F.D.O. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto & contexto enferm.**, v.13, n.3, p 409-413, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a10v13n03.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2020.

COELHO, K.C.; ROCHA, I.M.S.; LIMA, A.L.S. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto. **Revista Recien**, v.7, n.21, p.14-21, 2017. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/244/pdf>. Acesso em: 01 mar. 2020.

COPELLI, F.H.S. *et al.* Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto & contexto enferm.**, v.24, n.2, p.336-343, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00336.pdf. Acesso em: 03 mar. 2020.

CUNHA, A.A. Indicações do parto a fórceps. **Femina**, v.39, n.12, p.549-554, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n12/a2974.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2020.

DATASUS. **Informações de Saúde – TABNET**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>. Acesso em: 09 mar. 2020.

DINIZ, S.G.; CHACHAM, A.S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v.1, n.1, p.80-91, 2006. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20%20E2%80%9C%20corte%20por%20cima%20e%20o%20%20E2%80%9C%20corte%20por%20baixo%20%20E2%80%9D.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020.

DIAS, E.G. *et al.* Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista SUSTINERE**, v.6, n.1, p.52-62, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/31722/25719>. Acesso em: 12 mar. 2020.

DIAS, E.G. *et al.* Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. **Enferm. foco (Brasília)**, v.9, n.2, p.35-39, 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/1398/442>. Acesso em: 18 mar. 2020.

FERREIRA, S.R.S.; PÉRICO, L.A.D.; DIAS, V.R.F.G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev Bras Enferm**, v.71, n.1, p. 784-789, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

FIGUEIREDO, M.Z.A.; CHIARI B.M.; GOULART B.N.G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrbio. comun.**, v.25, n.1, p.129-136, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/14931/11139>. Acesso em: 21 mar. 2020.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil: Inquérito sobre Parto e Nascimento**. 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987

GAYESKI, M.E.; BRÜGGEMANN, O.M. Percepções de puerperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. **Rev. latinoam. enferm. (Online)**, v.17, n.2, p.1-7, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_03.pdf. Acesso em: 23 mar. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERRA, G.B. Violência Obstétrica. **Rev. Fac. Med. (Caracas)**, v.31, n.1, p.5-6, 2008. Disponível em: http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692008000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 26 mar. 2020.

GUIMARÃES, L.B.E.; JONAS, E.; AMARAL, L.R.O.G. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Revista Estudos Feministas**, v.26, n.1, p.1-11, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v26n1/1806-9584-ref-26-01-e43278.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2020.

HENRIQUES, A.H.B. *et al.* Group of pregnant women: Contributions and potential complementarity of prenatal care. **Revista brasileira em promoção da saúde (Impresso)**, v.28, n.1, p.23-31, 2015. Disponível em: https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3009/pdf_1. Acesso em: 10 set. 2020.

JARDIM, D.M.B.; MODENA, C.M. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. **Rev. latinoam. enferm. (Online)**, v.26, p.1-12, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/0104-1169-rlae-26-e3069.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2020.

JARDIM, M.J.A.; SILVA, A.A.; FONSECA, L.M.B. Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante. **Rev Fund Care Online**, v.11, n.esp, p. 432-440, 2019. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6370>. Acesso em: 10 set. 2020.

LAGO, T.; LIMA, L.P. Assistência à gestação, ao parto e puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia da Saúde da Criança e da Mulher- PNDS 2006: dimensões no processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, p.151-70, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 06 abr. 2020.

LEAL, M.C. *et al.* Expanding the discussion. **Cad. saúde pública**, v.30, supl.1, p.27-31, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0043.pdf. Acesso em: 03 abr. 2020.

LEAL, S.Y.P. *et al.* Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. **Cogitare enferm.**, v.23, n.1, p.1-7, 2018. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2018/04/52473-231497-1-PB.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2020.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: Educs, 2005.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo**. 2. ed. Brasília, DF: Liber livro, 2010.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. **Texto & Contexto Enferm.**, v.23, n.2, p.502-507, 2014.

LESSA, S. **A antologia de Lukács**. 2 ed. Maceió: EDUFAL, 1997.

LIMA, K.D.; PIMENTEL, C.; LYRA, T.M. Disparidades raciais: Uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Cien Saude Colet**, v.24, n.10, 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/disparidades-raciais-uma-analise-da-violencia-obstetrica-em-mulheres-negras/17356?id=17356>. Acesso em: 20 de jun. 2020.

LIMA, M.J.N.C. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Interdisciplinar em Violência e Saúde**, v.2, n.01, p.1-12, 2019. Disponível em: <https://editoraverde.org/portal/revistas/index.php/revis/article/view/74/119>. Acesso em: 12 abr. 2020.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARINHO, M.L.C. O Discurso do Sujeito Coletivo: uma abordagem qualiquantitativa para a pesquisa social. **Revista de Investigaciones en Intervención social**, v.5, n.8, p.90-115, 2015. Disponível em: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/view/3093/pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MARTINS, F.L. *et al.* Violência obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. **Revista Saúde em Foco**, ed.11, 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. Acesso em: 18 abr. 2020.

MASCARENHAS, V.H.A. *et al.* Scientific evidence on non-pharmacological methods for relief of labor pain. **Acta Paul. Enferm. (Online)**, v.32, n.3, p.350-357, 2019. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/ape/v32n3/en_1982-0194-ape-32-03-0350.pdf. Acesso em: 21 abr. 2020.

MELO, C.P.L. A (des)colonidade do parto: reflexões sobre o movimento de humanização da parturição e do nascimento. In: MARTINS, P.H. *et al* (coords). **Produtivismo na saúde: Desafios do SUS na invenção da gestão democrática**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014.

NASCIMENTO, R.R.P. *et al*. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Rev. gaúch. enferm.**, v.36, n.esp, p.119-126, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0119.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2020.

NOVO, J. L.V.G. Indicações de partos cesáreos em hospitais de atendimento ao Sistema Único de Saúde: baixo e alto riscos. **Rev. Fac. Cienc. Med. Sorocaba.**, v.19, n.2, p.67-71, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/28942/pdf>. Acesso em: 27 abr. 2020.

OLIVEIRA, L.G.S.M.; ALBUQUERQUE, A. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. **Revista CEJ**, ano XXII, 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. Acesso em: 30 abr. 2020.

OLIVEIRA, M. O conceito de representações coletivas: Uma trajetória da divisão do trabalho às formas elementares. **Debates do NER**, ano 13, n.22, p.67-94, 2012. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/debatesdoner/article/viewFile/30352/23579>. Acesso em: 01 mai. 2020.

OLIVEIRA, M.C.; MERCES, M.C. Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. **Rev. enferm. UFPE online**; v.11, n.6, p.2483-2489, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23415/19090>. Acesso em: 03 mai. 2020.

OLIVEIRA, R.R. *et al*. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.50, n5, p.734-741, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reusp/v50n5/pt_0080-6234-reusp-50-05-0734.pdf. Acesso em: 06 mai. 2020.

OLIVEIRA, T.R. *et al*. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. **Rev. Enferm. UFPE online.**, v.11, n.1, p. 40-46, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11876/14328>. Acesso em: 19 jun, 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal: um guia prático de saúde materna e neonatal**. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.

OMS. World Health Organization (WHO). **Global consultation on violence and health. Violence: a publichealth priority**. Geneva: WHO; 1996. Disponível em:

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/FullWRVH.pdf.

Acesso em: 17 mai. 2020.

OMS. World Health Organization (WHO). **WHO statement on Caesarean section rates.**

2015. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf.

Acesso em: 09 mai. 2020.

OPS. Organización Panamericana de Salud; Organización Mundial de Salud (OMS). **Salud materno infantil y atención primaria en las Américas.** Washington, D.C.: OPS, 1994.

PAIVA, E.F. *et al.* Posições assumidas durante o parto normal: percepção de puérperas atendidas numa maternidade de Jataí-Goiás. **Itinerarius Reflectionis**. V.14, n.4, p.1-21, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/rir/article/view/54977/26724>. Acesso em: 12 mai. 2020.

PALMA, C.C.; DONELLI, T.M.S. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico (Porto Alegre)**, v.48, n.3, p.216-230, 2017. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/25161/pdf>. Acesso

em: 15 mai. 2020.

POMPEU, K.C. *et al.* Practice of episiotomy during childbirth: Challenges for nursing.

Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v.7, p.1-8, 2017. Disponível em:

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1142/1303>. Acesso em: 18 mai.

2020.

RIOS, N.K.M.A. *et al.* O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica sob a

luz da Teoria Humanística. **Cadernos ESP Ceará**, v.12, n.1, p.80-90, 2018. Disponível em:

<https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/133/138>. Acesso em: 21 mai.

2020.

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**, v.12,

n.2, p.477-486, 2007. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2007.v12n2/477-486/pt>.

Acesso: 20 jun. 2020.

ROCHA, A.C.; ANDRADE, G.S. Atenção da equipe de enfermagem durante o pré-natal:

percepção das gestantes atendidas na rede básica de Itapuranga – GO em diferentes contextos

sociais. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v.6, n.1, p.30-41, 2017. Disponível em:

<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1153/846>. Acesso em: 24

mai. 2020.

RODRIGUES, J.C.T. *et al.* Cesariana no brasil: uma análise epidemiológica. **Revista**

Multitexto, v.4, n.01, p.48-53, 2016. Disponível em:

<http://www.ead.unimontes.br/multitexto/index.php/rmcead/article/view/174>. Acesso em: 27

mai. 2020.

RODRIGUES, D.P. *et al.* A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **Rev.**

Enferm. UFPE online., v.12, n.1, p.236-46, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23523/26086>. Acesso em: 30 mai. 2020.

RODRIGUES, F.A.C. *et al.* Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprod. clim.**, v.32, n.2, p.78-84, 2017. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/23360/1/2017_art_facrodrigues.pdf. Acesso em: 01 jun. 2020.

SANTOS, G.H.N. *et al.* Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, v.31, n.7, p.326-334, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

SÃO BENTO, P.A.S.; SANTOS, R.S. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v.10, n.3. p.552-559, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a27.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.

SCAPIN, S.Q. *et al.* Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. **Texto & contexto enferm.**, v.27, n.1, p.1-8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/0104-0707-tce-27-01-e0710016.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2020.

SENA, L.M.; TESSER, C.D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Comunicação saúde educação**, v.21, n.60, p. 209-220, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2017.v21n60/209-220/>. Acesso em: 05 jun. 2020.

SIEBRA, M.A. *et al.* A dor do parto normal: significados atribuídos pelas puérperas usuárias do SUS. **Rev. Interd.**, v.8, n.2, p.86-93, 2015. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/639/pdf/224>. Acesso em: 06 jun. 2020.

SILVA, C.S.; MOURA, T.R.; VARGAS, M.M. Fatores associados a uma experiência de parto positiva em mulheres usuárias de unidades de saúde da família de Aracaju. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, v.5, n. 2, p.183-192, 2019. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/6623/3230>. Acesso em: 07 jun. 2020.

SILVA, M.G. *et al.* Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Rev.RENE**, v.15, n.4, p.820-828, 2014. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11479/1/2014_art_mgsilva.pdf. Acesso em: 08 jun. 2020.

SILVA, F.M.; SILVA, M.L.; ARAÚJO, F.N.F. Sentimentos Causados pela Violência Obstétrica em Mulheres de Município do Nordeste Brasileiro. **Rev Pre Infec e Saúde**, v.3, n.4, p.25-34, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6924/pdf>. Acesso em: 09 jun. 2020.

SILVA, R.L.V. *et al.* Violência obstétrica sob o olhar das usuárias. **Rev. Enferm. UFPE online.**, v.10, n.12, p. 4474-4480, 2016. Disponível

em:<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11512/13392>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **Femina**, v.38, n.10, p.505-516, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. **Femina**, v.38, n.9, p.459-468, 2010. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_em_evidencias_parte_II.pdf. Acesso em: 11 jun. 2020.

SOUZA, E.V.A.; BASSLER, T.C.; TAVEIRA, A.G. Health education in the empowerment of the pregnant woman. **Rev enferm UFPE on line**, v.13, n.5, p. 1527-1531, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238437/32816>. Acesso em: 10 set. 2020.

SOUZA, V.B.; ROECKER, S.; MARCON, S.S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf.**, v.13, n.2, p.199-210, 2011. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a06.htm. Acesso 20 jun. 2020.

VENDRÚSCOLO, C.T.; KRUEL, C.S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**, v.16, n.1, p.95-107, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>. Acesso em: 12 jun. 2020.

VICENTE, A.C.; LIMA, A.K.B.S.; DE LIMA, C.B. Parto cesário e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. **Temas em saúde**, v.17, n.4, p.24-35, 2017. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/01/17402.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2020.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 2 ed. São Paulo: Cortez: autores associados, 1986.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ZANARDO, G.L.P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, vol.29, p.1-11, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS E
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

Entrevista n°: _____ **Data:** ____/____/____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

1. Idade: _____
2. Estado civil:
 Solteira Casada ou união estável Divorciada Viúva
 Outros _____
3. Escolaridade:
 Analfabeta Sabe ler e escrever Ensino fundamental completo
 Ensino Fundamental Incompleto Ensino Médio Completo
 Ensino Médio Incompleto Ensino Superior Incompleto
 Ensino Superior Completo
 Pós graduação. Qual? _____
4. Cor/Raça (Autodeclarada):
 Branca Parda Negra Índia Outra: _____
5. Ocupação: _____
6. Renda familiar:
 1 salário mínimo até 2 salários mínimos até 3 salários mínimos
 até 4 salários mínimos mais de 5 salários mínimos
7. Número de gestações anteriores: _____
8. Número de partos vaginais e cesáreas: _____
9. Idade da primeira gestação: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

1. Você já ouviu falar sobre violência obstétrica?
 Sim Não
- 2- Se sim, onde ou por quem você ouviu falar?
 Profissionais de saúde Escola/faculdade Familiares/amigos
 Reportagens/notícias Internet/redes sociais
- 3- O que você entende por violência obstétrica e quais formas de violência obstétrica você conhece?
- 4- Quais pontos negativos você pode citar sobre o(s) seu(s) parto(s) anterior(es)?

5- Quais pontos positivos você pode citar sobre o(s) seu(s) parto(s) anterior(es)?

6- Na atual gestação, você quer ter um parto:

Vaginal Cesária Não sabe ainda

Por quê?

7- Quais dúvidas e curiosidades você tem em relação ao trabalho de parto e parto?

**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO DAS
INTERVENÇÕES EDUCATIVAS**

Entrevista n°: _____ **Data:** ____/____/____

- 1- O que significou para você participar dessas ações educativas?
- 2- Que sugestões você poderia acrescentar para a realização de novas ações educativas?
- 3- Quais os fatores positivos e negativos que as ações proporcionaram para você?
- 4- O que você entende por violência obstétrica, hoje?
- 5- Após as ações educativas, na atual gestação, você quer ter um parto:
() Vaginal () Cesária () Não sabe ainda
Por quê?
- 6- Quais as suas expectativas para colocar em prática o conhecimento adquirido nas ações?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

Você está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa: **“EMPODERAMENTO DA GESTANTE ACERCA DO SEU PROTAGONISMO NO TRABALHO DE PARTO”** desenvolvida pelas discentes de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores, Beatriz Pereira Alves e Fabrícia Alves de Souza, sob orientação da professora Dr. Aissa Romina Silva do Nascimento.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS

Sua participação é voluntária e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga prejuízo ou penalidade. Este estudo tem por objetivo promover o empoderamento de gestantes quanto ao seu protagonismo no trabalho de parto.

Caso decida aceitar o convite, você será submetida aos seguintes procedimentos: uma entrevista gravada por um aparelho de mp3, que terá como guia um formulário semiestruturado, composto por perguntas de cunho pessoal e relacionadas a temática violência obstétrica, participação em ações educativas referentes ao assunto supracitado e elaboração de um plano de parto de acordo com suas vontades e necessidades.

Como benefício do estudo, o mesmo possibilitará a obtenção de conhecimento por parte das gestantes sobre os seus direitos durante toda a gestação, trabalho de parto e parto, além do conhecimento de todas as formas de violência obstétrica que podem vir a sofrer, garantindo-lhes autonomia para decidir sobre o seu trabalho de parto através do plano de parto, voltado a satisfazer as reais necessidades das participantes.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados em eventos científicos será feita de maneira que não permita a identificação individual de nenhuma voluntária.

Se você tiver algum gasto comprovado decorrente de sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano relacionado e atestado frente a realização da pesquisa, você poderá buscar o direito de ser indenizado.

DESCONFORTOS E RISCOS: Devido envolver coleta de dados através de formulário e entrevista gravada, este estudo apresenta riscos mínimos para as participantes, como constrangimento ou timidez ao responder alguma das indagações. Caso isto ocorra, as pesquisadoras poderão suspender a entrevista ou orientarão a participante que se sinta à vontade para decidir sobre sua participação no estudo, atentando sempre para a minimização da ansiedade. Ressalta-se que a assinatura deste termo é isenta de danos e é vedada sua reprodução em qualquer outro meio que não este.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: *A priori*, será feita a aplicação do formulário pré-educação em saúde, posteriormente a ação educativa em grupos compostos por até 10 mulheres, seguida da entrevista pós-educação em saúde e por fim, a elaboração do plano de parto a ser aplicado no dia do trabalho de parto de cada uma das gestantes. Vale ressaltar que as atividades só terão início após a assinatura, em duas vias, do TCLE por ambas as partes, onde uma das vias ficará com a pesquisadora e a outra será entregue a participante.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para a Sra. e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsto nenhum dano decorrente desta pesquisa a Sra., uma vez que será aplicado um formulário, realizada entrevista, ações educativas e elaboração de um plano de parto.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

Eu, _____, fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. As pesquisadoras Beatriz Pereira Alvese Fabrícia Alves de Souza, sob orientação da professora Dr. Aissa Romina Silva do

Nascimento certifiquei-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio científico. Elas comprometem-se, também, em seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Compreendi que em caso de dúvidas poderei contatar os pesquisadores através dos telefones: **(83) 99409-8988**, **(83) 99629-1621** e **(83) 99985-0271**, através dos endereços de e-mail <**pbia012@gmail.com**>, <**fabricia.alves1405@gmail.com**>, e <**aissas@bol.com.br**>, respectivamente, ou caso necessite poderei procura-las pessoalmente na sala do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde no bloco da coordenação de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cajazeiras, em horário acordado anteriormente. Além disso, fui informada que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, situado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n - Casas Populares CEP: 58.900-000, através do e-mail: **cep@cfp.ufcg.edu.br** ou Telefone: **(83) 3532-2000**. Ademais, assinei este termo em duas vias, ficando uma em minha posse e outro com a pesquisadora.

Cajazeiras, ____/____/____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE D - AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, _____, AUTORIZO o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre fotos e documentos, para ser utilizada nos trabalhos de conclusão de curso, bem como nas apresentações e artigos oriundos da pesquisaintitulada **“EMPODERAMENTO DA GESTANTE ACERCA DO SEU PROTAGONISMO NO TRABALHO DE PARTO”** desenvolvida pelas discentes de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores, Beatriz Pereira Alves e Fabrícia Alves de Souza, sob orientação da professora Dr. Aissa Romina Silva do Nascimento. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

Cajazeiras, ____/____/____

(Assinatura)

ANEXOS

**ANEXO A: TERMO DE ANUÊNCIA DELIBERADO PELA SECRETARIA DE
SAÚDE DE CAJAZEIRAS – PB**



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA REDE ESCOLA/DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM
SAÚDE**

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada: **"Empoderamento da Gestante acerca do seu protagonismo no trabalho de parto"**, a ser desenvolvida pela aluna **Beatriz Pereira Alves e Fabricia Alves de Souza**, do curso de Graduação em Enfermagem da UFCG – CAMPUS Cajazeiras – sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Aissa Romina Silva do Nascimento, está autorizada para realizar a pesquisa junto a este serviço, especificamente nas UBS Mutirão I no Município de Cajazeiras-PB.

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

Sem mais,

Cajazeiras, 18 de junho de 2019.

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Pólo Escola/Programa Saúde em Escola

Kellyne Soraya Menezes Maciel
Departamento de Educação em Saúde

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE
CAJAZEIRAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EMPODERAMENTO DA GESTANTE ACERCA DO SEU PROTAGONISMO NO TRABALHO DE PARTO

Pesquisador: AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18692419.0.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.547.173

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de campo, exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, mediatizado pela pesquisa-ação, seguindo suas doze fases. O estudo será realizado na Unidade Saúde da Família Francisco Alves Mutirão I, localizada na cidade de Cajazeiras, extremidade ocidental do Estado da Paraíba (PB). Destaca-se que ações de saúde com foco na violência obstétrica e plano de parto serão realizadas para posterior avaliação do entendimento das gestantes, bem como a elaboração do seu plano de parto para a seguir observar se suas exigências foram atendidas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Promover o empoderamento de gestantes quanto ao seu protagonismo no trabalho de parto.

Objetivo Secundário: Analisar seus conhecimentos acerca da violência obstétrica. Realizar ação educativa sobre a violência obstétrica. Realizar o plano de parto com as gestantes. Avaliar o cumprimento das exigências no plano de parto no momento do trabalho de parto.

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
CAJAZEIRAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 3.547.173

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Devido envolver coleta de dados através de formulário e entrevista gravada, este estudo apresenta ,para as participantes, no entanto poderá ocorrer constrangimento ou timidez ao responder alguma das indagações. Caso isto ocorra, os pesquisadores poderão suspender a entrevista ou orientará a participante que se sinta à vontade para decidir sobre sua participação no estudo, atentando sempre para a minimização da ansiedade.

Benefícios: Quanto aos benefícios, o estudo possibilitará a obtenção de conhecimento por parte das gestantes sobre os seus direitos durante toda a gestação, trabalho de parto e parto, além do conhecimento de todas as formas de violência obstétrica que podem vir a sofrer, garantindo-lhes autonomia para decidir sobre o seu trabalho de parto através do plano de parto, voltado a satisfazer as reais necessidades das participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância social e acadêmica que muito contribuirá para conhecimentos das alunas e para o processo de conscientização de mulheres gestantes, no tocante a seus direitos e tomadas de decisões desde sua gestação até a realização do parto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE necessita ser modificado em em sua p. 02 quando diz: "[...]Em qualquer momento, se você sofrer algum dano relacionado e atestado frente a realização da pesquisa, você será indenizado."

Do ponto de vista jurídico o recomendável é [...] você poderá buscar o direito de ser indenizado.

A correção do TCLE foi atendida conforme a relatoria do CEP/CONEP, ao afirmar a pesquisadora que:"[...] Em qualquer momento, se você sofrer algum dano relacionado e atestado frente a realização da pesquisa, você poderá buscar o direito de ser indenizado."

Ainda, registra-se que a pesquisadora informa aos participantes , de forma clara, o local de atendimento dos participantes e , assim, informa: "[...] caso necessite poderei procurá-las pessoalmente na sala do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde, no bloco da coordenação de enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande – campus Cajazeiras, em horário acordado anteriormente.

Os demais foram apresentados conforme exigências do CEP/CONEP.

Os demais foram apresentados conforme exigências do CEP/CONEP.

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
CAJAZEIRAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 3.547.173

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Uma vez atendidas às solicitações do CEP/CONEP, recomendo o envio dos relatórios parciais e final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1400190.pdf	25/08/2019 13:01:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/08/2019 12:59:08	BEATRIZ PEREIRA ALVES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	25/08/2019 12:58:51	BEATRIZ PEREIRA ALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.pdf	25/08/2019 12:58:36	BEATRIZ PEREIRA ALVES	Aceito
Outros	TERMODIVULGACAODERESULTADOS.pdf	07/08/2019 18:20:41	BEATRIZ PEREIRA ALVES	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	18/07/2019 18:09:56	AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	OFICIO2.pdf	18/07/2019 19:41:38	AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	OFICIO1.pdf	18/07/2019 19:41:26	AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOPESQUISADORPARTICIPANTE.pdf	18/07/2019 19:40:25	AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOPESQUISADORRESPONSABLE.pdf	18/07/2019 19:40:07	AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODEANUENCIA2.pdf	18/07/2019 19:39:48	AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODEANUENCIA1.pdf	18/07/2019 19:39:36	AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO	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
CAJAZEIRAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 3.547.173

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 02 de Setembro de 2019

Assinado por:
ERLANE AGUIAR FEITOSA DE FREITAS
(Coordenador(a))

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