



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO  
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS**

**RAFAELLA AYANNE ALVES DOS SANTOS RIBEIRO**

**VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA: experiências de puérperas  
no parto e pós parto**

**PETROLINA**

**2022**

**RAFAELLA AYANNE ALVES DOS SANTOS RIBEIRO**

**VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA: experiências de puérperas  
no parto e pós parto**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas da Universidade Federal do Vale do São Francisco, para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase na Linha de Pesquisa: Saúde, Sociedade e Ambiente

Orientadora: Dra. Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira

Co orientadora: Dra. Lúcia Marisy Souza de Oliveira

**PETROLINA**

**2022**

Ribeiro, Rafaella Ayanne Alves dos Santos  
R484v Violência na atenção obstétrica: experiências de puérperas no parto e pós parto / Rafaella Ayanne Alves dos Santos Ribeiro - Petrolina - PE, 2022.  
xi, 108 f.; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas)  
Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina-PE, 2022.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Margareth Olinda de Souza Carvalho e Lira.  
Banca Examinadora: Sued Sheila Sarmento, Gabriela Lemos de Azevedo Maia.

1. Parto. 2. Pós Parto 3. Violência contra a mulher. 4. Violência obstétrica. 5. Saúde da mulher. I. Violência na atenção obstétrica: experiências de puérperas no parto e pós parto. II. Lira, Margareth Olinda de Souza Carvalho e. III. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 618.4

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO  
PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS

FOLHA DE APROVAÇÃO

RAFAELLA AYANNE ALVES DOS SANTOS RIBEIRO

VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA: EXPERIÊNCIAS DE PUÉRPERAS NO  
PARTO E PÓS PARTO

Dissertação apresentada como requisito para  
obtenção do título de Mestre em Ciências com  
ênfase na linha de pesquisa: Saúde,  
Sociedade e Ambiente, pela Universidade  
Federal do Vale do São Francisco.

Aprovada em: 15 de março de 2022

Banca Examinadora

*Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira*

Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira (16 de March de 2022 18:56 ADT)

Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira,

Doutora Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

*Sued Sheila Sarmiento*

Sued Sheila Sarmiento, Doutora

Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

*Gabriela Lemos de Azevedo Maia*

Gabriela Lemos de Azevedo Maia, Doutora

Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

A minha menina Maria por estar presente desde o início deste sonho e por ser a razão de todo meu esforço e dedicação.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo Dom da Vida, por me fazer forte em meio a tantos obstáculos,

Aos Meus Pais, pelo amor incondicional, pelo apoio e presença tão essenciais durante toda essa trajetória,

À minha pequena Maria, a razão do meu viver;

Às Minhas Irmãs pelo companheirismo, compreensão e pelo bom humor que permeia nossa relação,

Ao meu marido Tércio, pelo incentivo, força, presença e amor dados durante a construção deste estudo,

À minha orientadora Professora Margaret Olinda Lira, pela disponibilidade, pela orientação comprometida, pela paciência, carinho, amizade, por fazer deste momento tão estressante uma fase mais amena e por partilhar seu amor pelo ensino e pesquisa tão brilhantemente,

Às Professoras Mônica Cecília Pimentel e Cheila Bedor pela grande contribuição dada durante a realização deste trabalho em sua qualificação;

Às amigas e colegas de profissão Amanda Larissa Souza Santos e Sarah Miranda de Carvalho por abrirem as portas das suas unidades de saúde e encorajarem as mulheres a compartilharem suas experiências no parto afim de possibilitar a realização desta pesquisa;

Às mulheres das Unidades de Saúde de Petrolina e Juazeiro participantes desse estudo, por dedicarem o seu tempo a essa pesquisa;

Às amigas Cássia Izabela Gomes Bastos, Naiane Darklei Silva e Itala Caticiane por me apoiarem e não medirem esforços em meio a tantas dificuldades encontradas no processo até a conclusão desse mestrado,

À colega de mestrado e profissão Jeany Freire por me incentivar e me acalmar nos momentos mais desafiadores;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); à Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas (PPGCSB) pela oportunidade de crescimento profissional e acadêmico durante esses anos de pós graduação;

A todos que de alguma forma contribuíram para a concretização deste sonho.

A todas as mulheres que originam em si as marcas da maternidade, marcas por terem parido, marcas por não terem parido e até as marcas por não terem se quer gestado. Marcas da dor da desassistência e marcas da afável acolhida no momento de dar à luz. Mulheres que com sua história contribuem com a ciência (MANOEL, 2009).

## RESUMO

Violência obstétrica se configura como um problema de saúde pública, estimando-se que um quarto das brasileiras que parem em maternidades referem ter sofrido violência durante o processo de parto. Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo geral compreender significados atribuídos por puérperas à violência obstétrica no processo de parto e pós-parto. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa desenvolvida no período de outubro de 2019 a junho de 2021, com dados obtidos por meio de entrevista semiestruturada aplicada a quatorze puérperas atendidas em Unidades da Estratégia de Saúde da Família das cidades de Petrolina, Pernambuco e Juazeiro, Bahia. Os achados foram sistematizados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo e interpretados à luz da literatura vigente sobre violência obstétrica. Dos resultados obtidos foram produzidos três manuscritos. O primeiro “Violência contra a mulher no parto: relato de puérperas” apontou para experiências positivas e negativas na assistência obstétrica em desacordo com as proposições do parto humanizado. Embora não soubessem formular conceitos, as puérperas tinham noção de violência obstétrica como desrespeito à sua vontade e ao direito de decidir sobre o processo de parir. O segundo manuscrito “Boas práticas na atenção ao parto: discurso coletivo de puérperas” objetivou descrever experiências positivas vivenciadas por mulheres durante o trabalho de parto e parto, com foco no incentivo à posição não supina durante o trabalho de parto, contato pele-a-pele após o nascimento, oferta de dieta à parturiente, apoio emocional e direito a acompanhante de livre escolha da mulher. Essas são algumas das práticas baseadas em evidência científica sobre os benefícios para o binômio mãe-filho e que precisam ser implementadas nos serviços de saúde comprometidos com o bem-estar físico e emocional da mulher. O terceiro manuscrito “Práticas inadequadas no trabalho de parto: relato de puérperas” mostra que o coletivo vivenciou o uso de indutores do parto sem consentimento, manobra de kristeller/episiotomia, falta de incentivo às posições não-supina durante o trabalho de parto, desrespeito à lei do acompanhante, contato pele-a-pele inadequado e sem incentivo ao aleitamento materno. Conclui-se que apesar de narrativas que demonstram o cuidado humanizado, a pesquisa apontou para a violência obstétrica, na forma de agressão verbal, psicológica e estrutural. O trabalho tem relevância social por apontar para a gravidade de condutas agressivas durante o parto e pós parto, contribuir para o conhecimento sobre o fenômeno e desconstrução dessa prática para um cuidar interdisciplinar à mulher durante o parto. Recomenda-se ampla divulgação desse tipo de violência de forma a encorajar mulheres expostas a denunciar e a falar das dores geradas durante o parto.

**Palavras Chave:** Parto. Pós Parto. Violência contra a Mulher. Violação dos direitos humanos. Parto humanizado. Saúde da mulher.

## ABSTRACT

Violence is a common problem when it comes to the quartile of the bracketing of the maternity in the process. These contexts are not considered to be objectively attributable to the constituent parts of the purple process. The quality of the aid granted during the period from 2019 to 2021 has been reduced to the date of application of the semi-annual application of the Treaty establishing the European Community to the former Yugoslavia. Juazeiro, Bahia. For the purposes of this systematisation, the Council of the European Communities has interpreted the literature as a purely literary obstacle. The result is obtained for the production of three manuscripts. In the first place, 'Violence in the context of the relationship between the parties' is considered to be positive and negative in the field of aid in the field of humanization. The formal form of the aid is based on the fact that the violation of the aid has not been completed and that the processing has been carried out. In the case of the measure entitled 'Income tax on the part of the party concerned', the objections are based on the positive effects of the aid granted to the party concerned, in particular the aid scheme, Mouse aphasia o nascimento, oferta de dieta à parturiente, apoio emocional e direito a livompanhante de livre escolha da mulher. It is important to ensure that there is a clear scientific understanding of the benefits of implementing the services of the emotional community. In the case of the measure entitled 'Income tax in relation to the market', it is considered that the inducers do not have the consent, the crystal / episiotomy, the incentive for the aid, In the case of an accompaniment, the aid is granted and the incentive is not granted. Conclusions such as the narrative of the narrative of humanization, the apostou of the violent obstacle, the form of aggressive verbal, psychological and estrural. In this context, the social impact of the aggressive measures taken in the context of the interdisciplinary approach should be taken into account. It is recommended that the type of violet be treated in such a way that it can be used for a long time.

**Keywords:** Childbirth. Post childbirth. Violence against women. Violation of human rights. Humanized birth. Women's health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AM: Aleitamento Materno

APS: Atenção Primária Em Saúde

CPP: Contato Pele-A-Pele

DS: Discurso Síntese

DSC: Discurso Do Sujeito Coletivo

DC: Discurso Coletivo

ECHs: Expressão-Chave

ESF: Estratégia de Saúde da Família

ICs: Ideia Central Síntese

IHAC: Iniciativa Hospital Amigo Da Criança

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN: Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento

REHUMA: Rede pela Humanização do Parto

RN: Recém -Nascido

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo De Consentimento Livre E Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

VO: Violência Obstétrica

WHO: World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
2.1 A história da assistência ao parto: do domicílio ao hospital .....	16
2.2 O parto como prática médica.....	18
2.3 Reflexões sobre a medicalização do parto, o surgimento do conceito de parto humanizado e as políticas de assistência a mulher nele fundamentadas. ....	20
2.4 A caracterização da Violência Obstétrica .....	22
2.5 Legislação nacional sobre Violência Obstétrica: avanços e conquistas.....	25
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>27</b>
3.1 Desenho do estudo .....	27
3.2 Cenários de coleta de dados e participantes .....	27
3.3 Procedimento de coleta de dados .....	28
3.4 Organização do cenário para aplicação das entrevistas e medidas para resguardar a privacidade dos participantes (ASPECTOS ÉTICOS) .....	29
3.5 Sistematização e análise dos dados.....	29
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
4.1 MANUSCRITO 1 .....	32
4.2 MANUSCRITO 2.....	49
4.3. MANUSCRITO 3 .....	67
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO .....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>105</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Violência obstétrica é um grave problema de saúde pública e violação aos direitos da mulher. No Brasil, esse fenômeno tem sido recorrente nas práticas de saúde no pré-natal e parto, estimando-se que uma a cada quatro mulheres sofre violência no parto (VENTURI, 2013; SANTOS, 2015). Pesquisas mostram que a presença desse fenômeno é recorrente em todo o mundo, incluindo outros países da América Latina (QUATTROCCHI, 2019; AMROUSSIA *et al.*, 2017; RAJ *et al.*, 2019).

Na atualidade, a violência obstétrica se configura como um tipo de violência de gênero em destaque no Brasil e no mundo por seus efeitos e impactos negativos na saúde reprodutiva da mulher (ANDRADE *et al.*, 2016). No entanto, muitas vezes essa violência não é percebida ou reconhecida por profissionais da saúde, gestantes e acompanhantes, além de especialistas de políticas públicas e da legislação (MENEZES, 2020; SENS; STAMM, 2019; SENNA; TESSER, 2017; GUIMARÃES, JONAS; AMARAL, 2018; CARVALHO, 2017).

Dessa forma, percebe-se uma invisibilidade do fenômeno e uma negação de suas manifestações na relação mulher-profissional, ainda que muitas práticas tenham sido consideradas/reconhecidas como hostis, que ocasionam mal-estar ou sentimento de humilhação (OLIVEIRA; PENNA, 2019).

O conceito de violência obstétrica foi embasado na Lei venezuelana nº 38.647 de 19 de março de 2007, sendo a Venezuela o primeiro país com legislação direcionada para esse assunto e definição do termo violência obstétrica, compreendida como a apropriação do corpo feminino e seus processos reprodutivos por profissionais de saúde, durante o ciclo gravídico-puerperal. Presente em práticas e condutas desumanizadas, com perda da naturalidade dos eventos fisiológicos e excessivo uso de intervenções, o fenômeno têm como resultado a perda da autonomia sobre o próprio corpo e conseqüentemente sobre a sexualidade, com impacto negativo na qualidade de vida dessas mulheres (ZANARDO *et al.*, 2016).

Essa prática de medicalizar o parto e adotar outros processos que envolvam a saúde reprodutiva, sem considerar especificidades e necessidades da mulher, é reconhecida mundialmente, como Violência Obstétrica (VO), sendo seus sinônimos: violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, assistência desumana/desumanizada (CASTRILLO, 2016; CARVALHO, 2017).

As atitudes de VO incluem intervenções e medicalização desnecessárias e rotineiras da mãe e/ou do bebê; abusos, humilhações ou agressões verbais, morais ou físicas; ausência ou falta de instalações e suprimentos adequados para a gestante e seu filho; efetivação de práticas sem a autorização da mãe, que tenha sido consentida a partir da informação completa, verdadeira e adequada; discriminações por razões culturais, econômicas, étnicas e religiosas (CASTRILLO, 2016; CARVALHO, 2017).

Com a institucionalização do parto no século XX, o processo fisiológico e natural passou a ser um evento médico e patológico, se dando assim, a desapropriação do protagonismo da mulher e então a necessidade de se humanizar esse momento (GIANTÁGLIA, *et al.*, 2020). Pois, se por um lado a hospitalização do parto trouxe benefícios à saúde da mulher, por outro lado expôs mães e recém-nascidos ao uso excessivo de intervenções obstétricas e neonatais muitas vezes desnecessária em situações de baixo risco (LEAL *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a aproximação com o tema da VO se deu durante a graduação de enfermagem enquanto expectadora e aprendiz. Pude testemunhar o quanto as mulheres se sentem intimidadas diante de condutas equivocadas e preditoras de violência no parto e o quanto aquelas atitudes eram naturalizadas pela equipe de saúde como um todo e pela própria vítima e família.

Ademais, eram frequentes a repressão a mulheres que gritavam de dor, manobra de kristeller durante o período expulsivo, episiotomias sendo realizada de rotina e algumas vezes sem o uso de anestesia local, mulheres parindo em mesas de parto, sem liberdade de movimento, restrição de dieta e outras condutas descomprometidas com a humanização do parto e nascimento.

Pude então a partir dessas impressões, selecionar o que seria importante para minha prática profissional e me espelhar em profissionais comprometidos com a garantia de um parto digno e humanizado.

A formação de enfermeiros é de extrema relevância na tentativa de humanizar o parto. O próprio conselho de enfermagem quando delimita a atuação da classe aborda um modelo de assistência humanizada, que busque a integralidade do cuidado, uma assistência centrada na mulher, no parto e nascimento, com a adoção de práticas baseadas em evidências científicas, como a oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, estímulo a liberdade de posição durante o pré-parto

e parto e preservação da integridade perineal, dentre outros (GIANTÁGLIA et al.; 2020).

Diante dessa problemática surge o interesse em encontrar respostas para o seguinte problema de pesquisa: o que puérperas compreendem por violência obstétrica?

Seu objetivo foi compreender significados atribuídos por puérperas sobre violência obstétrica no processo de parto e pós-parto que foi alcançado por meio dos objetivos específicos: apreender entendimentos de puérperas sobre violência obstétrica; tipificar as formas de violência obstétrica relatadas pelas puérperas; descrever experiências relacionadas ao parto atual e descrever condutas e atitudes profissionais na assistência ao parto.

A relevância da presente pesquisa diz respeito às contribuições que seus resultados trarão ao escopo de conhecimento acerca da VO, temática de importância, tanto para área da saúde, devido a sua alta taxa de prevalência em hospitais durante o processo de parturição (BATISTA; GONÇALVES; GIOTTO, 2019), como também para o desenvolvimento socioeconômico do país, tendo em vista que a redução dessa violência está entre as medidas da Organizações Nacionais Unidas e da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018). Além disso, este conhecimento pode possibilitar a construção de medidas que propaguem a identificação de práticas violentas e consequentemente as formas de evitá-las.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

Para analisar a problemática do presente estudo, foi preciso construir um aparato histórico da Violência Obstétrica, no qual foram elencados valores sociais e culturais em torno do parto, a construção do discurso de uma assistência ao parto medicalizada, bem como os caminhos que foram percorridos que levaram a condutas muitas vezes desumanizadas, além das medidas que a literatura especializada apresenta para lidar com esta prática. Portanto, este tópico foi construído com informações sobre: O parto, o parto humanizado e a violência obstétrica.

### **2.1 A história da assistência ao parto: do domicílio ao hospital**

A atenção ao parto e ao nascimento não era considerado um ato médico durante muito tempo. Segundo Silva (2018), a recomendação do hospital como lugar ideal e seguro para as mulheres parirem só ocorre com mais ênfase, na literatura médica, na década de 1930. Antes disso, as práticas voltadas a assistência e saúde das mães e de seus bebês ficavam a cargo de parteiras e os médicos só se envolviam quando ocorriam complicações com o parto (PALHARINI; FIGUEROA, 2018).

Os partos ocorriam quase predominantemente no domicílio da parturiente com parteiras leigas e tendo a presença de familiares e vizinhas mais experientes. As parteiras eram chamadas para assistir o parto e organizar todo o processo – desde os preparativos antecedentes, como local, alimentação e vestuário da parturiente; até depois do parto, prestando seus serviços até o momento de as mulheres terem condições de retomar suas responsabilidades (PALHARINI; FIGUEROA, 2018).

Se tratava de uma prática tradicional utilizar uma parteira domiciliar e, até então, dar à luz fora de casa era algo incomum. Somente pessoas marginalizadas socialmente, como pobres, mulheres negras escravizadas e livres, prostitutas e mães solteiras, não tinham essa prática e acabavam tendo que ter filhos em enfermarias hospitalares e Santa Casas, juntamente com outras mulheres que eram acometidas por outras doenças, o que deixava a mãe e a criança vulneráveis (MAIA, 2010).

O interesse e a participação exclusiva das mulheres (rara as exceções) ocorriam porque essa assistência era vista enquanto atribuições femininas e assuntos da natureza da mulher, não sendo algo que alcançasse o universo masculino e, por consequência, a área da medicina (SOUZA, 2018). No entanto, esse cenário foi

mudando a partir da primeira metade do século XIX, com o interesse dos médicos pela saúde da mulher e o surgimento da Obstetrícia (SOUZA, 2018; SILVA; 2018).

De acordo com Maia (2010), a experiência dos médicos em tratar casos complicados na gravidez e no parto os fizeram empreender campanhas para tornar o parto uma prática controlada por eles e ocorridas em maternidades, pois viam que existia uma patologia nesse processo. Em decorrência disso, a antiga divisão de trabalho entre parteiras e médicos, no qual a primeira era responsável pelos partos naturais e o segundo somente para aqueles mais complicados, começou a ruir.

Em consonância, Silva (2018) encontrou, ao analisar artigos publicados em periódicos brasileiros, entre os anos de 1930 a 1970, da área de Obstetrícia, que um dos discursos construídos para convencer que a condução do médico durante o parto era essencial foi voltado principalmente para a caracterização deste enquanto um profissional capaz de suavizar os transtornos e incômodos do parto e torná-lo mais rápido.

No Brasil, as primeiras maternidades datam no início do século XX. Diferentemente da história de outros países, os atendimentos domiciliares, de especialistas obstétricos e de parteiras, permaneceram durante um período de tempo maior. Isso se deve, principalmente, pelo atraso do ensino oficial de medicina no país que acarretou por sua vez, práticas diferentes para cada extrato social (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018).

Segundo Maia (2010), até o início do século XX, havia uma restrição dos acessos aos serviços: os hospitais eram utilizados por mulheres que estavam a miséria ou sofreram abandono familiar, devido a precariedade desses ambientes; as mulheres pobres, mas ainda com algum tipo de condição, continuaram utilizando as parteiras; e a elite e classe média tinham o costume de chamar médicos para realizarem atendimentos domiciliares.

Até que, a partir da década de 1930, a visão do parto ganha outra formulação, no qual o risco de vida – da mãe e do bebê – se torna algo intrínseco ao processo do nascimento (MAIA, 2010). O parto e o nascimento, que eram vistos como um evento fisiológico e feminino, começam a ser descritos sob a ótica médica e masculina e nesse tocante a noção do risco e da patologia passa a ser regra e não exceção (SILVA, 2018). Dessa forma, as práticas voltadas ao parto e nascimento são realocadas para outros espaços, sob a responsabilidade de outros profissionais.

## 2.2 O parto como prática médica

A hospitalização da assistência ao parto era, neste momento, mais segura que aquela que ocorria no século XIX, pelo fato dos hospitais e maternidades terem se transformado em espaços que seguem regras higiênicas e possuem a organização espacial necessária, como salas de operações, instrumentos esterilizados e enfermagem especializadas (MOTT, 2002; MAIA, 2010).

Mott (2002) cita diversos fatores que contribuíram para que o espaço hospitalar pudesse lidar com o parto, como os avanços ocorridos nas formas de se realizar exames clínicos, o aprimoramento da técnica de cesárea, o investimento da indústria farmacêutica em medicamentos que aliviam dores e aceleravam o parto, bem como a maior compreensão da transmissão de doenças.

Segundo Picheth, Crubellate e Verdu (2018), a prática de cesárea se tornou algo recorrente à medida que os anos passavam, principalmente porque, do ponto de vista profissional, esse encurtamento e indução do parto possibilita um processo mais conveniente, previsível e lucrativo para os médicos. Por isso, houve um aumento significativo de leitos obstétricos nos hospitais, bem como um aumento de hospitais nos grandes centros urbanos (PALHARINI; FIGUEIRÔA; 2018; MOTT, 2002; MAIA, 2010).

A partir da metade da década de 40, o Brasil e o mundo entram em um período de grandes transformações caracterizado pelo fim da Segunda Guerra Mundial e pelo aparecimento de novas tecnologias que popularizaram a ideia de modernidade. Logo, todos os aspectos da vida são perpassados por uma racionalidade modernizante. Esse discurso é utilizado para alterar a representação social existente sobre o parto, passa a ser necessário que a maternidade se submeta a modernidade. A partir daí, o parto se tornou um assunto médico e hospitalar, em vez de familiar e comunitário, e foi pintado enquanto seguro, moderno e um processo que poderia ser enfrentado sem dor (SILVA, 2018)

Segundo Picheth, Crubellate e Verdu (2018), os fatores que levaram as mulheres a aceitarem essa modernidade e buscarem mais pela prática da cesárea foi a inserção feminina no mercado de trabalho, tendo em vista que este procedimento possibilita planejamento da licença; e valores culturais, que estão relacionados ao conceito popular de que o parto normal representa a dor e que ele é mais arriscado, bem como o fascínio pela tecnologia e discurso médico.

Apesar da modernidade, a mortalidade infantil assolava o Brasil. Nas publicações governamentais ocorria um processo de culpabilização aos conhecimentos tradicionais e a ignorância materna. A partir disso, a medicalização da maternidade foi vendida como a solução para a mortalidade. Dessa forma, o médico passaria a ser o detentor absoluto do saber sobre o parto e os cuidados para com a mãe e a criança, quaisquer discordâncias dessa perspectiva eram taxadas de arcaicas e apontadas como principal causa de morte infantil antes do 1º ano de vida (SILVA, 2018).

Essa perspectiva retira a participação ativa da mãe na tomada de decisão. A gestante, agora, não pode escolher quais terapêuticas ou técnicas quer ou não utilizar, principalmente porque não detém os conhecimentos oriundos da medicina. Logo, suas escolhas pessoais passam a ser deslegitimadas por um campo de conhecimento que construiu a representação de ser o único detentor de um saber que até então era compartilhado, apenas, entre mulheres (SILVA, 2018).

Na década de 50, ocorre um aumento na participação de profissionais de saúde em periódicos voltados ao público feminino e na realização de cursos com o objetivo de ensinar as mães a criar bem seus filhos para que cresçam saudáveis (FREIRE; BONAN; NAKANO, 2018). As publicações nesses periódicos problematizam a atuação das parteiras, procurando classificá-las como “curiosas sem conhecimento” e apontar os riscos a vida da mãe e da criança ao recorrer a essa “conhecida” ao invés de a um médico.

Essas ações resultam em uma expansão do território médico, o lar passa então a ser um espaço no qual os conhecimentos da ciência médica se sobrepõem aos saberes populares, consolidando no imaginário popular a representação da mãe que toma suas decisões com base na ciência e o médico como o agente social que é procurado quando quaisquer decisões familiares envolvendo questões fisiológicas devem ser tomadas (SILVA, 2018).

Nesse momento garantir acesso a saúde era sinônimo de progresso, logo, as publicações oficiais defendiam que no hospital a mãe e a criança teriam acesso a terapêuticas caso houvesse complicações. É importante apontar que o responsável por decidir em qual local seria o parto era o serviço social, esses profissionais analisavam as residências e decidiam quais estavam aptas para a realização de um parto, a vontade da família e da mãe não eram levadas em consideração. Em 1963 houve uma publicação oficial apontando que sempre que possível os partos deveriam

ocorrer no hospital, dando um parecer oficial do estado sobre essa temática (SILVA, 2018).

Em suma, houve um longo processo que resultou em uma sólida representação social de que o parto é uma temática dominada apenas por médicos e que o hospital é o local mais adequado para a sua realização. Essa perspectiva tem início com um discurso acerca da saúde da mãe e da criança durante e após o parto, mas termina resultando na deslegitimação dos saberes populares e na invisibilidade da mãe nas tomadas de decisão.

### **2.3 Reflexões sobre a medicalização do parto, o surgimento do conceito de parto humanizado e as políticas de assistência a mulher nele fundamentadas.**

Os anos de 1980 foram marcados por avanços nas reflexões sobre as problemáticas envolvidas na medicalização do parto, que estavam presentes em diversos setores da sociedade –os principais envolvidos eram os movimentos sociais e acadêmicos oriundos da área biomédica, da antropologia e da política (NICIDA, 2018). Um dos principais espaços dessa discussão foram as conferências realizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e os Escritórios Regionais da Europa e Américas da OMS (BOARETO, 2003).

Em conferência realizada em Fortaleza em 1985, foi reconhecido como injustificável, um percentual de cesáreas superior a 15% e que a realização de intervenções em casos desnecessários colocava em risco a vida da parturiente e das crianças. Logo, os profissionais de saúde deveriam, sempre que possível, realizar o parto vaginal. Essas discussões são o pontapé inicial das perspectivas que ficaria conhecida como humanização do parto (NICIDA, 2018).

A partir disso, se tornou comum a realização de pesquisas e trabalhos acadêmicos que tratavam sobre as violências que a mulher pode sofrer no parto. Surgem pesquisas que trazem relatos de mulheres que passaram por um parto violento e apontam que a deslegitimação das opiniões e a manipulação involuntária de seus corpos perpassa a vida de diversas gestantes/parturientes (CARVALHO, 2017). Essas discussões resultaram em um Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tinha por objetivo garantir o acesso das mulheres aos seus direitos sexuais e reprodutivos, sendo um dos principais pontos o combate as

violências cometidas pelos profissionais de saúde na realização do parto (BRASIL, 2004; CARVALHO, 2017).

O PAISM não impactou positivamente na queda da mortalidade materna e a qualidade da assistência era limitada, sendo substituído pela Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento- PHPN (BRASIL,2004), programa que busca promover a humanização nos atendimentos na gestação, parto e puerpério, para garantir o acesso da mulher aos seus direitos. Em seus princípios, defende a garantia de tratamento digno e respeitosa à mulher e seus familiares, desde o primeiro atendimento até o último e apontam a necessidade de os profissionais respeitem as vontades das gestantes quando forem tomar decisões (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015).

No Brasil, nos anos de 1990, foi criada a Rede pela Humanização do Parto (REHUMA) formada por profissionais de saúde e agentes civis e em 1998, se instala a primeira casa de parto dentro dos princípios da humanização, o que desperta a atenção do poder público sobre a sua importância, iniciativa que motivou a criação do Projeto de Casas de Parto e Maternidades-Modelo, assim como a publicação Portaria de Criação do Centro de Parto Normal, com o objetivo de garantir atendimento humanizado e de qualidade às mulheres (MENEZES; DIAS, 2012).

Além disso, o Governo Federal, com o intuito de reduzir taxas de mortalidade materna e neonatal, cria a Programa Rede Cegonha com as seguintes diretrizes: realizar avaliação de riscos e vulnerabilidades; gerar na Unidade de Saúde Familiar, um ambiente acolhedor no qual a gestante se sinta confortável e segura durante os atendimentos e durante o parto através de práticas humanizadas; garantir às crianças de 0 a 2 anos serão atendimento e tratamento por profissionais qualificados e fornecer o serviço de planejamento familiar (BRASIL, 2010).

Ressalte-se que a terminologia parto humanizado, parece complexa, gerando algumas divergências teóricas e epistemológicas. É possível encontrar, tanto definições que se referem à perspectiva holística sobre quais os cuidados devem ser oferecidos às mulheres, como também é utilizada nas publicações que criticam as práticas médicas não baseadas em evidências que são utilizadas para violentar as mulheres na realização do parto e que cobram uma atuação científica e humana desses profissionais (MOURA, 2007).

No presente trabalho, será utilizado a definição de Diniz (2005) que apresenta o parto como uma experiência biológica comum da natureza humana vinculado ao

contexto familiar. Além disso, a autora defende que é necessária uma substituição do paradigma que considera a mulher uma ignorante e que deslegitima suas vontades e opiniões no momento do parto, para um paradigma que a considere um sujeito ativo que detém informações importantes para o que está acontecendo no seu corpo.

Uma descrição mais operacional do que seria um parto humanizado foi elaborada por Priszkulnik e Maia (2009) que apontam para a necessidade de se respeitar a privacidade da gestante no momento da admissão, bem como, a escolha de acompanhante. Ressaltam que, caso não haja um acompanhante, caberá aos profissionais de saúde, ofertar o papel de acompanhante por voluntárias que já passaram pelo processo de parto natural.

Durante o trabalho de parto, os autores mencionam ações que podem ser desenvolvidas por pela equipe de saúde, como, ser empático, fornecer informações sempre que necessário ou que seja solicitado pela gestante, acompanhante ou familiares; acatar a vontade da gestante em relação a realização da episiotomia, encorajar a posição não-supina e proporcionar liberdade de movimentos para ela (PRISZKILNIK; MAIA, 2009).

Em síntese, a necessidade de discussão sobre a humanização do parto surge em razão da violência a que a gestante está exposta, diante do paradigma intervencionista, compreendendo que alteração nesse paradigma é de extrema importância, os esforços aqui apresentados são e foram importantes para garantir que as gestantes e os bebês sejam respeitados e cuidados como merecem, mas é necessário continuar buscando formas de garantir isso e cobrando que os profissionais de saúde respeitem as vontades da gestante.

#### **2.4 A caracterização da Violência Obstétrica**

Devido a forma que ocorreu o processo de medicalização da assistência ao parto – no qual, a falta de informação da população se uniu à representação dos médicos enquanto aqueles unicamente capacitados para lidar com essa prática –, tem ocorrido uma apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais da saúde (PICHETH; CRUBELLATE; VERDU, 2018; CARVALHO, 2017). Tal fato tem dado lugar a práticas desumanizadas que abusam da medicalização e patologização de processos naturais, o que resulta na perda de autonomia da mulher

e na tomada de decisão sobre seu próprio corpo e sexualidade, o que impacta negativamente na sua qualidade de vida (CASTRILLO, 2016; CARVALHO, 2017).

Essa apropriação é denominada Violência Obstétrica (VO) e evolui negligência na assistência, discriminação social e violência verbal, física e psicológica, bem como implica no uso inadequado de tecnologias e a adoção de procedimentos durante o ciclo gravídico-puerperal sem o consentimento explícito e informado da mulher, ferindo a individualidade da pessoa (ANDRADE et al., 2016).

A VO pode ser expressa por meio da negação do atendimento à mulher por unidades de saúde, imposição de qualquer tipo de dificuldade no acompanhamento pré-natal, comentários constrangedores emitidos por profissionais de saúde, sobre a idade, cor, escolaridade, religião, classe social, estado civil, condição sexual, número de filhos da gestante e de tomada de decisão referente ao tipo de parto que não são baseadas em recomendações da literatura científica e sim atendendo às conveniências dos profissionais de saúde (MARTINS et al., 2019).

De maneira que, os relatos de maus tratos e desrespeito à mulher em processo parturitivo não são recentes, apesar de a denominação Violência Obstétrica, se tratar de terminologia recente MARRERO; BRUGGEMANN, 2017. Pesquisa mostra que mulheres que deram à luz entre os anos 1940 e 1980, encontraram dificuldade de acesso aos serviços, demonstraram medo e desconforto relacionados à ausência de práticas de cuidado profissional, como a ocorrência de rispidez profissional, procedimentos invasivos e pouca informação aos seus anseios. Além de predominância da prática de parto cesariano, naqueles ocorridos em contexto hospitalar tanto por medo da dor, que a paciente sentia, como por conveniência médica. Este estudo, apesar de não ter como enfoque teórico a violência obstétrica, ele acaba contribuindo para essa discussão ao expor relatos que agregam a exploração desse tema (LEISTER; RIESCO, 2013).

O estudo de Nunes et al. (2020), realizado em maternidades públicas das cidades de Petrolina-PE e Juazeiro-BA com 22 puérperas internadas no alojamento conjunto dessas instituições apontou que estas mulheres vivenciaram VO nas formas de peregrinação pelas maternidades, demora no atendimento, condições precárias de infraestrutura, restrição alimentar, violência verbal e tratamento desumanizado por parte da equipe de saúde.

É importante destacar que a VO se refere a qualquer prática que não esteja de acordo com os desejos da mulher e que sejam desnecessárias ao parto, podendo ser

evitadas ou substituídas por uma que seja menos desconfortável à mulher (CARVALHO, 2017; BATISTA; GONÇALVES; GIOTTO, 2019). Pesquisa mostra doze intervenções que podem ser preditoras para a sensação de se ter vivenciado a violência obstétrica, cuja maioria se refere àquelas realizadas sem a autorização das mulheres e/ou que não houve a explicação do porque o procedimento era necessário (PALMA; DONELLI, 2017).

Esse tipo de violência pode ocorrer tanto de forma explícita, como por pressão do profissional de saúde para convencer a gestante a ter parto cesariano; como também de forma implícita, disfarçada ou velada, que ocorre quando a própria gestante faz o pedido, devido à falta de informação ou por acreditar que se trata de uma forma de minimizar a dor durante o parto (BATISTA; GONÇALVES; GIOTTO, 2019). Consoante, Wolff e Waldow (2008) defendem que geralmente esse consentimento é dado pela parturiente por causa do desconhecimento do processo fisiológico do parto, a falta de informações sobre as melhores práticas para um parto adequado, o medo de prejudicar a vida do recém-nascido e pela condição desigual entre médico e paciente.

Portanto, a violência obstétrica pode assumir muitas configurações e formas de ser expressa (CASTRILLO, 2006). Pode ser de cunho psicológico, moral ou físico (CARVALHO, 2017), sexual, por negligência ou privação (BATISTA; GONÇALVES; GIOTTO, 2019) e estrutural (ALVARENGA; KALIL, 2016). Marrero e Bruggemann (2017) ao realizarem uma revisão integrativa, encontraram que os tipos mais frequentes de VO eram respectivamente: psicológica, estrutural, física, verbal e discriminatória, sendo que a ocorrência delas acontecia, muitas vezes, ao mesmo tempo e se iniciavam antes mesmo da internação para o parto – destaca-se que a violência estrutural foi identificada como aquela que mais ocorre antes do parto devido a predominância de relatos que apontam a necessidade de peregrinação em busca de vagas para se ter assistência profissional. Dessa maneira,

Alguns exemplos de violência obstétrica são a infusão intravenosa para acelerar o trabalho de parto (ocitocina sintética), a pressão sobre a barriga da parturiente para empurrar o bebê (manobra de Kristeller), o uso rotineiro de lavagem intestinal, retirada dos pelos pubianos (tricotomia) e exame de toque frequente para verificar a dilatação. São comuns também os relatos de humilhações praticados por parte dos profissionais de saúde que dizem frases como “se você não parar de gritar, eu não vou mais te atender”, “na hora de fazer não gritou” e outras do gênero (ALVARENGA; KALIL, 2016, p. 644).

Além disso, Souza, Silva, Alves e Alarcão (2016) identificaram, em uma revisão integrativa, que essa violência está associada ao despreparo para realizar práticas humanizadas por parte da equipe, o que foi relacionado à formação profissional. É destacado ainda pelos autores o acúmulo de estudos que apontam a pressão para se realizar partos cesarianos e aqueles que relatam a execução da episiotomia sem autorização; o impedimento da presença de acompanhante durante o processo; e o despreparo da instituição, que acarretava em negligência na assistência oferecida à mulher.

Por este panorama, conclui-se que a violência obstétrica é uma prática naturalizada pelos paradigmas vigentes na obstetrícia, o que pode resultar em graves prejuízos para a gestante e para o recém nascido, efeitos atenuados pela invisibilidade dessa violência, demonstrando a necessidade de investigações sobre o tema que possam fundamentar intervenções futuras e alterações no paradigma vigente.

## **2.5 Legislação nacional sobre Violência Obstétrica: avanços e conquistas**

Com o avançar dos movimentos feministas nos países ocidentais industrializados e em processo de industrialização, foi conquistada a inclusão dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos básicos. Estes foram pautados em discussões sobre o aborto, contracepção e planejamento familiar, sendo o ponto principal dessa discussão a liberdade sobre a procriação. Além disso, entre os aspectos associados a esse direito está a garantia de acesso a um serviço de saúde adequado e aos cuidados de profissionais que atuem com respeito e que garantam a dignidade dos que dependem dos seus serviços (VIEIRA, 2017).

São os direitos reprodutivos que garantem à gestante que sua vontade seja resguardada legalmente, que suas decisões não sejam negligenciadas, nem que se tenha motivos para humilhação. A violação desses direitos se configura como Violência Obstétrica. Sendo assim, nesses casos, os profissionais podem ser responsabilizados pelas ações diretas que desenvolvem. Alguns exemplos de intervenções que se configuram enquanto violência são: cesárea sem a permissão da gestante; por omissão, seria se negar a fornecer informações ou serviços que seriam benéficos para a gestante e ao bebê; ou por imperícia, que seria causar algum dano desnecessário a gestante por falta de atenção ou de domínio da técnica. Então, é cabível a responsabilização legal desses profissionais, devendo eles de acordo com

a Responsabilidade Civil reparar os danos causados à gestante ou ao bebê (CARVALHO, 2017).

A Lei do Acompanhante (Lei N° 11.108) garante à gestante o direito de ter um acompanhante de sua confiança durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato. Entretanto, não existe uma Legislação Federal que trate sobre Violência Obstétrica, somente leis estaduais e municipais que definem e punem esta prática (CARVALHO, 2017).

A primeira cidade a elaborar uma lei específica para lidar com essa questão foi Diadema/SP, com a Lei 3.363/2013, que define e caracteriza a Violência Obstétrica como ação física ou verbal, que ofenda as mulheres gestantes durante o parto ou no puerpério. Em 2017, o estado de Santa Catarina, inspirado na lei de Diadema, elaborou lei similar para enfrentar essa questão de saúde pública (CARVALHO, 2017).

Em 2018 o estado de Pernambuco publicou a Lei n° 16.499, que trata da definição e formas de VO e recomenda a informação da população sobre essa prática ,por meio de cartazes informativos. Ademais, orienta sobre a punição em casos da ocorrência dessa prática nos serviços de saúde (PERNAMBUCO, 2018).

É importante destacar que existe a necessidade de uma Lei federal que defina a Violência Obstétrica e que preveja as punições para profissionais que vierem a cometê-la, mas é possível que isso não ocorra no tempo esperado. Isso porque, para o Ministério da Saúde, o termo VO é inadequado tendo em vista que nenhum profissional de saúde tem o objetivo de causar danos à gestante ou ao bebê (FEBRASGO, 2019).

Essa perspectiva problemática, fundamenta-se no paradigma de que os profissionais de saúde são os únicos detentores do conhecimento e que por isso toda e qualquer decisão que tomarem é correta, além de não considerar a violação da vontade da gestante como violência. Logo, o posicionamento do Ministério da Saúde reafirma a necessidade de uma lei a nível federal que reconheça este tipo de violência, iniba sua prática e puna seus agressores

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 Desenho do estudo**

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa desenvolvida nas cidades de Petrolina em Pernambuco e de Juazeiro na Bahia, no período de outubro de 2019 a junho de 2021 com a participação de 14 puérperas atendidas nesses serviços.

Pesquisas qualitativas são adequadas para estudos das representações, da história, das relações, das crenças e percepções; são uma modalidade de investigação científica que tem como domínio os componentes humanos, singulares e imensuráveis (MINAYO, 2010; MERCADO-MARTÍNEZ; BOSI, 2007).

Neste sentido, considerando que quantidade não expressa particularidades advindas das experiências de vida das pessoas, a pesquisa qualitativa se faz essencial, quando se propõe a interpretar fenômenos que não são passíveis de cálculos, na tentativa de compreender significados dados pelas pessoas aos mesmos (TURATO, 2005; TAQUETTE, 2016).

Na área de saúde é natural se deparar com repercussões subjetivas individuais ou coletivas, cuja compreensão necessita da aplicação dessa abordagem, em que o pesquisador se preocupa com a compreensão do fato social investigado, não com o quantitativo de pessoas. Nesse caso, a quantidade é substituída pela profundidade e não há preocupação com generalizações (TAQUETTE, 2016) que aplicada à presente pesquisa se mostrou adequado à proposta de compreender percepções, vivências e sentimentos relacionadas a VO.

#### **3.2 Cenários de coleta de dados e participantes**

Os dados foram coletados em duas unidades da Atenção Primária à Saúde com início em outubro de 2019 e conclusão em junho de 2021, pois pela necessidade de distanciamento social para controle da pandemia da COVID-19, a coleta foi suspensa em março de 2020 com retomada e conclusão da coleta entre abril e junho de 2021. Essas unidades de saúde foram selecionadas por conveniência, considerando a proximidade das pesquisadoras com a coordenação de enfermagem

de ambas, facilitando portando o acesso e o contato prévio com as possíveis entrevistadas.

Foram incluídas na presente pesquisa 14 puérperas (até 45 dias pós parto) com idade mínima de 18 anos, recrutadas em parceria com a gerência de enfermagem que mantinha o contato inicial com cada puérpera e a conduzia à sala de coleta de dados, aquelas que aceitavam colaborar com a pesquisa. Por se tratar de abordagem qualitativa, o número de participantes não foi pré-estabelecido e considerando que o conteúdo das 14 narrativas contemplou os objetivos propostos, não houve necessidade de ampliar o número de participantes, evitando assim, redundâncias.

### **3.3 Procedimento de coleta de dados**

Os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista individual na modalidade semiestruturada, guiada por um roteiro com combinação de perguntas abertas e fechadas, favoráveis à expressão e fala espontânea das participantes, sem se limitar à pergunta elaborada. A entrevista é uma técnica privilegiada de comunicação, constituindo-se na conversa a dois ou com vários interlocutores, realizada com o propósito de construir informações pertinentes para a pesquisa (MINAYO, 2010).

Aplicada na modalidade semiestruturada, a entrevista facilita discorrer sobre o tema proposto, por meio de um roteiro pré-estabelecido que possibilita uma flexibilização, caso o pesquisador necessite discorrer melhor sobre o assunto investigado. O ambiente é semelhante ao de uma conversa informal e assim, o entrevistado se sente mais livre para externar suas opiniões sobre o tema abordado. Dessa maneira, há uma maior fidedignidade na coleta de dados pois o entrevistador conduz o diálogo de forma a acrescentar perguntas de esclarecimento (NUNES; NASCIMENTO; LUZ, 2016).

O instrumento de coleta (APÊNDICE A) foi elaborado com base no guia "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), que estabelece condutas referentes à assistência durante o parto. Foi composto por duas partes: a primeira com informações sócio demográficas e sobre paridade e a segunda, com questões norteadoras relacionados à assistência e às práticas vivenciadas na experiência de parto atual.

### **3.4 Organização do cenário para aplicação das entrevistas e medidas para resguardar a privacidade dos participantes (ASPECTOS ÉTICOS)**

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas com seres humanos - CEDEP/UNIVASF, sob parecer de publicação de nº 2.814.408 e CAAE nº 94566218.6.0000.5196.

Para garantir a privacidade e minimizar possíveis riscos, desconfortos e danos às participantes, foram tomadas medidas cautelares relacionadas às instalações do local da aplicação das entrevistas. Assim, em ambas as unidades, após a consulta de puerpério, puericultura ou vacinação, as puérperas participantes eram conduzidas a uma sala reservada, isenta de qualquer interferência externa ou exposição das respostas.

Anterior à aplicação da entrevista cada uma foi devidamente esclarecida sobre a proposta por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), seus objetivos, justificativas para desenvolvê-la, possíveis riscos e benefícios indiretos decorrentes da participação na pesquisa e que poderia desistir em qualquer fase da pesquisa, sem que lhe acarretasse qualquer penalidade.

Após devidamente esclarecidas, aquelas que aceitaram participar, assinaram o TCLE em duas vias, rubricaram todas as páginas e receberam 01 (uma) via impressa. Foi solicitada a autorização para gravação das entrevistas em aparelho digital, para facilitar sua análise e interpretação. Para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, foram identificadas por códigos representados pela letra P, seguida de numeral ordinal em ordem crescente.

### **3.5 Sistematização e análise dos dados**

Os resultados encontrados foram sistematizados pelo método do Discurso Coletivo do Sujeito (DCS), técnica que enfatiza a construção do pensamento coletivo e a presença do sujeito-que-fala. Este método busca captar a representação social de um grupo sobre temas que estão imersos na coletividade e podem ser revelados através de discursos individuais (ALVÂNTARA; VESCE, 2008).

O método do DCS busca revelar competências sociais centradas nos sujeitos, possibilitando uma compreensão a partir de representações sociais. Parte-se do pressuposto que o discurso não é meramente uma expressão linguística, mas envolve

um processo de comunicação formado por experiências históricas, ideológicas e sociais que o torna móvel e passível de transformação e construção coletiva (JÚNIOR; PACAGNAN; MARCHIORI, 2013).

Assim, o DSC “representa uma mudança nas pesquisas qualitativas porque permite que se conheça os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema utilizando-se de métodos científicos (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013, p. 45).

De acordo com Alvântara e Vesce (2008), “os passos a serem seguidos na produção do Discurso do Sujeito Coletivo são chamados de operadores, sendo eles: Expressões Chave (ECHs), Idéias Centrais (ICS) e o Discurso do Sujeito Coletivo em si”.

No contexto do DSC, as opiniões ou expressões individuais que apresentam sentidos semelhantes são agrupadas em categorias semânticas gerais. Em seguida, cada categoria é associada ao conteúdo das opiniões de sentido semelhante presentes em diferentes depoimentos, de modo a formar com tais conteúdos um depoimento síntese, redigido na primeira pessoa do singular, como se tratasse de uma coletividade falando na pessoa de um único sujeito (LEVEFRE; LEVEFRE, 2014).

Neste sentido, o processo de composição do DSC consistiu na análise das narrativas, matéria-prima da qual foram extraídas as Ideias Centrais e correspondentes Expressões Chave, que por semelhança compuseram os discursos-síntese (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013). Os achados foram interpretados à luz da literatura vigente sobre Violência Obstétrica.

## 4 RESULTADOS

Os resultados e discussão desta pesquisa serão apresentados no formato de três manuscritos que foram elaborados baseados nos objetivos propostos pelo trabalho.

O primeiro manuscrito intitulado “Violência contra a mulher no parto: relato de puérperas” objetivou apreender entendimentos de puérperas sobre violência obstétrica através da aplicação de entrevistas semiestruturadas direcionadas a puérperas que se encontravam em atendimento em unidades de saúde da família das cidades de Petrolina-PE e Juazeiro-BA.

O segundo, intitulado “Boas práticas na atenção ao parto: discurso coletivo de puérperas” se propôs a descrever experiências positivas vivenciadas por mulheres durante o trabalho de parto e parto com foco no incentivo à posição não supina durante o trabalho de parto, contato pele-e-pele após o nascimento, oferta de dieta a parturiente, apoio emocional e direito a acompanhante de livre escolha da mulher.

Quanto ao terceiro manuscrito intitulado “Práticas inadequadas no trabalho de parto: relato de puérperas” teve como objetivo apreender entendimentos de puérperas sobre vivência de práticas tidas como inadequadas na cena do parto, com foco na realização da manobra de kristeller e episiotomia, uso de fármacos no intra-parto sem consentimento, direito ao acompanhamento negado, falta de incentivo a posições supinas e contato pele-a-pele prejudicado.

## 4.1 MANUSCRITO 1

Manuscrito será submetido a Revista COGITARE

### **VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO PARTO: RELATO DE PUÉRPERAS**

Ribeiro, Rafaella Ayanne Alves Dos Santos; Lira; Margaret Olinda De Souza Carvalho; Oliveira, Jeany Freire; Sarmiento, Sued Sheila.

#### **RESUMO**

A violência obstétrica se configura como um problema de saúde pública, estimando-se que um quarto das brasileiras que parem em maternidades referem ter sofrido violência durante o processo de parto. O presente trabalho tem como objetivo apreender entendimentos de puérperas sobre violência obstétrica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida no período de outubro de 2019 a junho de 2021, com dados obtidos por meio de entrevista semiestruturada aplicada a quatorze puérperas atendidas em Unidades da Estratégia de Saúde da Família das cidades de Petrolina, Pernambuco e Juazeiro, Bahia. Os achados foram sistematizados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo e interpretados à luz da literatura vigente sobre violência obstétrica. Foram compostos os Discursos Coletivos: Minha experiência de parto atual foi tranquila; Minha Experiência de parto atual foi ruim; Fui bem tratada e acolhida; Fui tratada mal; Violência obstétrica é destrato; Violência obstétrica é negligência e desrespeito. Os resultados mostram que apesar das experiências positivas, houve experiências negativas na assistência obstétrica em desacordo com as proposições do parto humanizado. Conclui-se que embora não soubessem formular conceitos, as puérperas tinham noção de violência obstétrica como desrespeito à sua vontade e direito de decidir sobre o processo de parir. A pesquisa tem relevância social, considerando que os resultados serão úteis para o conhecimento sobre violência obstétrica e para que equipes de saúde reflitam as suas práticas no sentido de promover um cuidado humanizado em que a mulher possa se sentir segura em seu processo de gestação e parto.

**Palavras Chave:** Violência Obstétrica. Violência contra a Mulher. Parto Humanizado. Saúde da Mulher.

## VIOLENCE AGAINST WOMEN DURING BIRTH: REPORT OF PUERPERAS

### ABSTRACT

Obstetric violence is a public health problem, and it is estimated that a quarter of Brazilian women who give birth in maternity hospitals report having suffered violence during the delivery process. The present work aims to apprehend understandings of puerperal women about obstetric violence. This is qualitative research developed from October 2019 to June 2021, with data obtained through a semi-structured interview applied to fourteen puerperal women assisted in Family Health Strategy Units in the cities of Petrolina, Pernambuco and Juazeiro, Bahia. The findings were systematized using the Collective Subject Discourse method and interpreted in light of current literature on obstetric violence. The Collective Discourses were composed: My current birth experience was peaceful; My current birth experience was bad; I was well treated and welcomed; I was treated badly; Obstetric violence is abusive; Obstetric violence is neglect and disrespect. The results show that despite the positive experiences, there were negative experiences in obstetric care in disagreement with the propositions of humanized childbirth. It is concluded that although they did not know how to formulate concepts, the puerperal women had a notion of obstetric violence as a disrespect to their will and right to decide on the process of giving birth. The research has social relevance, considering that the results will be useful for knowledge about obstetric violence and for health teams to reflect on their practices in order to promote humanized care in which women can feel safe in their pregnancy and childbirth process.

**Keywords:** Violence obstetric. Violence against women. Humanizing delivery. Women's health.

## INTRODUÇÃO

Violência obstétrica (VO) é reconhecida como um problema de saúde pública de grande magnitude que atinge diretamente mulheres e seus recém nascidos em todo o mundo, estando entre as principais causas de mortalidade materna, caracterizada por uma assistência obstétrica inadequada, invasiva e violenta. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Trata-se de uma experiência traumática para muitas mulheres que de maneira diversificada sofrem essa prática recorrente e desumanizada de apropriação do corpo feminino em seus processos reprodutivos com perda da naturalidade dos eventos fisiológicos e da autonomia da mulher sobre o próprio corpo e sexualidade.

A VO pode ser expressa por meio de negação do atendimento à mulher nas unidades de saúde; de imposição de qualquer tipo de dificuldade na realização do seu pré-natal; de comentários constrangedores sobre a idade, cor, escolaridade, religião, classe social, estado civil, orientação sexual, número de filhos, além de tomada de decisão referente ao tipo de parto que não são baseadas em recomendações da literatura científica e sim atendendo às conveniências dos profissionais de saúde (MARTINS et al., 2019).

De ocorrência intrinsecamente relacionada à desigualdade de gênero e dominação masculina, a VO é um fenômeno velado de apropriação do ciclo gravídico-puerperal em expressões de negligência, abuso físico, verbal, psicológico e sexual que abrangem o descumprimento de utilização de procedimentos recomendados e a utilização de procedimentos desnecessários, não recomendados e/ou proscritos, que podem resultar em danos físicos e psicológico à mulher (LANSKY et al., 2019).

No Brasil, embora a VO tenha sido questionada por profissionais de saúde e membros do movimento feminista, entre os anos de 1980 e 1990, foi apenas nos anos 2000 que passou a ser objeto de investigação (SENA; TESSER, 2017) existindo lacunas no conhecimento sobre este fenômeno (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018) o que contribui para a sua invisibilidade por parte de muitos profissionais de equipes de assistência ao parto e também por mulheres assistidas (OLIVEIRA; PENNA, 2017; MENEZES, 2020; GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018; CARDOSO et. al, 2017).

Para Oliveira e Pena (2019), a VO se refere a atos e intervenções desnecessárias adotadas durante o parto ou período neonatal, praticadas sem o consentimento da mulher, em desrespeito à sua autonomia, às suas decisões, aos seus desejos e sentimentos, que geram efeitos e danos à sua integridade física e/ou psicológica. Pesquisa mostra que entre os sentimentos que emergem de mulheres durante o parto, estão inferioridade, vulnerabilidade e insegurança (PALMA; DONELLI, 2017). Também emergem sensações de exposição, falta de privacidade e de desconforto em fazer perguntas, porque os profissionais ignoram ou respondem de forma grosseira.

Corroborando estes resultados, a fundação Perseu Abramo em 2010 evidenciou que 25% das mulheres que tiveram partos normais (nas redes pública e privada no Brasil) relataram terem sofrido maus-tratos e desrespeito durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto (SENA, TESSER, 2017). Os estudos apontados geram questionamentos sobre como têm sido a prática profissional nesses contextos.

Nesse sentido, o presente estudo objetivou apreender entendimentos de puérperas sobre violência obstétrica através da aplicação de entrevistas semiestruturadas direcionadas a puérperas que se encontravam em atendimento em unidades de saúde da família das cidades de Petrolina-PE e Juazeiro-BA.

A relevância social da presente pesquisa diz respeito às contribuições que seus resultados trarão ao escopo de conhecimento acerca da VO, temática de importância, tanto para área da saúde, devido a sua alta taxa de prevalência em hospitais durante o processo de parturição (BATISTA; GONÇALVES; GIOTTO, 2019), como também para o desenvolvimento socioeconômico do país, tendo em vista que a redução dessa violência está entre as medidas da Organizações Nacionais Unidas e da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Além disso, este conhecimento possibilitará a construção de medidas que propaguem a identificação de práticas violentas e conseqüentemente as formas de evitá-las.

## MATERIAL E MÉTODOS

O presente manuscrito é um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Violência na atenção obstétrica: experiências de puérperas no parto e pós parto”, aprovada pelo Comitê de Ética da UNIVASF sob parecer de publicação de nº 2.814.408 e CAAE nº 94566218.6.0000.5196.

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa desenvolvida no período de outubro de 2019 a junho de 2021, com dados coletados por meio de entrevista na modalidade semiestruturada aplicada a 14 mulheres que obedeceram aos critérios de inclusão de estar em acompanhamento puerperal em duas unidades da Atenção Primária à Saúde das cidades de Petrolina-PE e Juazeiro-BA e terem idade igual ou superior a 18 anos.

O recrutamento das participantes foi intermediado por enfermeiras das duas unidades e os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado elaborado com base no guia "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018) que estabelece condutas referentes à assistência durante o parto. Foi composto por duas partes, em que na primeira continha informações sociodemográficas e de paridade e na segunda, as questões norteadoras: conte-me como foi a sua experiência do atual parto; como você foi tratada pela equipe e o que você entende sobre violência obstétrica.

Para sistematização dos dados obtidos nas entrevistas, foi usado o método do Discurso Coletivo do Sujeito (DCS) que consiste no agrupamento de opiniões individuais que apresentam sentidos semelhantes de modo a formar com tais conteúdos um depoimento síntese, redigido na primeira pessoa do singular, como se tratasse de uma coletividade falando na pessoa de um único sujeito (LEVEFRE; LEVEFRE, 2014).

Assim, é construído o pensamento coletivo e presença do sujeito-que-fala, na busca de captar a representação social de um grupo, sobre temas que estão imersos na coletividade e podem ser revelados por meio de discursos individuais (ALVÂNTARA; VESCE, 2008).

Na presente pesquisa o processo de composição do Discurso Coletivo (DC) consistiu na análise das narrativas, matéria-prima da qual foram extraídas as Idéias Centrais Síntese (ICs) e correspondentes Expressões Chave (ECHs), que por

semelhança compuseram Discurso-síntese (DS) (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

Desse modo, para análise do material coletado nas entrevistas seguiu-se as etapas conforme proposto pelo DSC, em que na primeira, todo o material foi transliterado e em seguida foram selecionadas as ECHs das ICs presentes em cada resposta. Dessa forma, foram identificadas e descritas as seguintes ICs.:

1. O parto atual foi uma experiência tranquila
2. Minha experiência de trabalho de parto foi traumática e dolorosa
3. Fui bem tratada e acolhida
4. Fui tratada mal
5. Violência obstétrica é destrato
6. Acho que sofri violência obstétrica

Os fragmentos de falas extraídos do volume total dos dados qualitativos foram identificados por códigos (por exemplo, P1, P2, P3 até P14) apenas para distinguir as diferentes participantes e garantir o anonimato de cada uma delas.

## RESULTADOS

### Caracterização do sujeito coletivo

Sujeito Coletivo, composto por quatorze mulheres caracterizadas por idade entre 18 a 38 anos (idade prevalente de 23 anos) com prevalência de cor autodeclarada parda (86%), união estável (57%), renda de um salário mínimo (50%) e (78%) referiram ser “do lar”. Sobre a escolaridade, houve predominância do ensino médio incompleto (36%) seguido de ensino fundamental (29%). Apenas 02 participantes possuíam ensino superior. Quanto a paridade, a maioria (64%) vivenciou a gestação pela segunda vez ou mais e (50%) teve o parto atual cesariano.

As características encontradas constataam que apesar de o sujeito coletivo experenciar a gestação pela segunda vez ou mais, era jovem e com baixa escolaridade, o que pode estar associado à pouca experiência e conhecimento a respeito dos cuidados com a saúde, à violência obstétrica e importância da colaboração no momento do parto, além de dificultar a interpretação de uma intervenção terapêutica e reconhecimento de práticas abusivas (MEDEIROS et al., 2016).

As questões de raça são apontadas como um fator importante, na pesquisa de Vaz (2019). A autora enfatiza que mulheres brancas e negras sofrem violência no parto em proporções diferentes. As mulheres brancas no geral são maioria nos partos cesarianos e uso de analgesia, já as mulheres pretas e pobres prevalecem no número de partos vaginais e utilização da episiotomia.

### Composição dos Discursos do Sujeito Coletivo

As ICs com sentido idêntico, equivalente ou complementar sobre vivências do parto atual que emergiram das narrativas individuais foram sistematizadas e compuseram os Discursos Coletivos.

#### **DC 1: Minha experiência de parto atual foi tranquila**

*“Apesar do nervosismo e ansiedade minha experiência atual foi gratificante e tranquila. Não tenho o que falar, porque não foi uma experiência sofrida, eles cuidaram de mim direito, fui super bem atendida, me trataram bem. Na casa de parto também me atenderam super bem, foi rápido o atendimento, sempre muita gente me acompanhando. Foi até rápido o trabalho de parto, durou três horas até ganhar ele. Não tenho o que falar não porque foi bom, tranquilo, me trataram muito bem lá dentro, na sala de parto e na hora que eu sai. Agora, o tempo todo eu tentei o parto normal, eu queria, mas não deu certo. Aí eu pedi para ele (médico) me levar para a cesárea e ele levou” (P6; P7; P8; P9).*

## **DC 2: Minha experiência de parto atual foi ruim**

*“Minha experiência de parto atual foi ruim, foi muito difícil, dolorido, tive muita dor e diferentemente dos outros, teve que ser cesárea, porque idealizei, planejei um parto normal, em que a gente faz tudo e se movimenta tudo depois, mas não deu certo e acabei vivenciando um luto por ter feito a cesariana. Não tive uma boa experiência não. Eles me deram um tratamento muito mal, mas aí a gente começou a “zuadar”, aí eles viram que eu estava me apertando aí foi que eles começaram a fazer as coisas... Eles estavam dizendo que era mentira minha as dores que eu estava sentindo aí. Eu tive muita dor. Foi cesáreo mas eu senti muita dor. Eu dizendo a eles que ainda estava sentindo dor, mas eles continuavam cortando” (P1; P3; P4, P5; P12).*

## **DC 3: Fui bem tratada e acolhida**

*“Fui bem tratada. Lá eles cuidam muito bem da gente. A equipe é bastante legal. Eu fui muito bem assistida. Foram atenciosos comigo e com meu filho. O tratamento foi maravilhoso toda hora eles estavam me examinando. Ela (a enfermeira) sentou no chão, colocou minha perna apoiada nela, me ajudou bastante, sempre me examinando pra ver se o coração dele tava batendo direito. Conversavam comigo se eu quero aplicar remédio, fazer toque. Eu não imaginava que eles me tratassem dessa forma. Assim eu imaginava uma coisa frustrante, assim porque a gente ouve muito né... eles me trataram como se eu fosse uma família.*

*Foram educadas e na etapa mais importante (expulsão) me encorajaram muito, o que foi de fundamental importância naquele momento. Acho que uma equipe que assiste ao parto deve ser extremamente treinada para prestar um bom atendimento. Humanizar todas as etapas e tratar a parturiente com respeito e amor. Sim, amor! O parto se trata de amor” (P4; P6; P9; P10; P11; P14).*

#### **DC 4: Fui tratada mal**

*“Eu vi médicos muito acolhedores, muito humanos e outros profissionais que não eram tão humanos como eu lia na literatura. Então fui bem tratada por alguns e por outros fui tratada mal. Fui maltratada primeiro pelas faxineiras do plantão porque o chão estava sujo de sangue aí elas disseram, você é muito “sebosa” quem limpa esse banheiro é a gente. As enfermeiras falaram que elas não tinham obrigação que se foi eu que escolhi eu ia ficar sofrendo lá. Uma delas falou para mim: tu com esse tanto de tatuagem mulher, não tem força para ter tua filha...Eu não fiquei “à vontade” e minha mãe até brigou com elas lá também (P1.; P2; P3, P7, P8, P12, P13).*

#### **DC 5: Violência obstétrica é destrato**

*“Violência Obstétrica pode ocorrer desde o pré-natal até o puerpério. Diz respeito a como você é recebido, o que lhe é falado e a assistência propriamente dita. Violência é o ato de machucar outra pessoa, até com palavras. Eu acho que é quando tiram a criança fora do horário. Diz respeito às leis que a gente tem direito que não são atendidas. É forçar qualquer coisa durante o parto. A violência obstétrica é o destrato, é aqueles médicos que forçam a barriga ou forçam o parto sem você poder ter normal. É quando eles não tratam a gente bem, faz de conta que a gente não é nada. Acho que seria assim uma rejeição né deles de você, de não querer ouvir, sabe, os obstetras né... porque muitos eles não têm paciência de querer ouvir. É a pessoa tentar explicar uma coisa e eles achar que é mentira e a pessoa só sofrendo e eles num tá nem ligando, eu vi muito isso lá” (P1; P4.; P7.; P8; P9.; P11; P12).*

## DC 6: Violência Obstétrica é negligência e desrespeito

*“Violência obstétrica é muito ampla, vai desde a negligência de um até o descaso de outro, a falta de assistência ou a assistência dada de todo jeito. No parto eu acho que sofri violência obstétrica, mas no outro dia chegaram umas médicas boas no plantão. Acho que sofri violência obstétrica, inclusive depois... no puerpério. Uma técnica de enfermagem no pós parto disse que meus pontos estavam muito feios e que eu tinha que ter repouso, só que ela não me perguntou se eu realmente estava fazendo repouso. Reclamou também porque eu estava usando antibiótico e amamentando porque segundo ela o remédio atrapalha a amamentação... falando com desrespeito sabe? Grosseria...Elas eram muito grossas comigo, inclusive minha mãe falou de chamar a polícia. Eles não me ouviram, precisaram me “rasgar” para o menino sair... gritavam comigo. Inclusive depois, no puerpério...O que aconteceu durante os dois dias que eu fiquei lá em trabalho de parto repercutiu muito no meu pós parto. Eles gritavam para eu andar rápido dizendo que a cabeça já estava saindo (P1; P2; P3; P5; P6; P7; P12; P13).*

## DISCUSSÃO

Os Discursos Coletivos do entendimento sobre violência obstétrica apreendido nas narrativas de puérperas, está representado em vivências antagônicas que de um lado descreve o parto como uma experiência tranquila e de respeito às escolhas da mulher e do outro, apresenta uma experiência negativa e traumática.

Da experiência positiva emergiram dois princípios do parto humanizado: a humanização e a escolha, aqui concretizados em atitudes de respeito à opinião e à vontade da gestante. Isso mostra os efeitos positivos das discussões que fomentaram essas diretrizes norteadoras de uma atuação profissional pautada em uma postura humanizada em um ambiente hospitalar acolhedor no qual a gestante se sinta confortável e segura para que o parto não resulte em sofrimento (NICIDA; TEIXEIRA; RODRIGUES; BONAN, 2020). Esse DC de uma assistência acolhedora e humanizada por parte da equipe de saúde, mostra o respeito a autonomia e protagonismo da mulher e seu processo de parturição.

Contudo, foram as vivências negativas e traumáticas que preponderaram, mostradas no desrespeito e manipulação involuntária do corpo feminino por meio de práticas agressivas e condutas desnecessárias, sem o consentimento da mulher para a realização deles. Essa passividade da mulher durante o processo de parir, é mostrada em pesquisas que discutem a relação desigual entre equipes de saúde que usam o conhecimento para dominar e anular o poder de decisão da mulher que tem sua autonomia e direitos violados (OLIVEIRA; PENNA, 2017).

Nessas situações mulheres costumam chegar ao limite em um processo de “iatrogênese social”, momento em que se tornam passivas e totalmente reféns das condutas e práticas da equipe de saúde (SENA, 2017). Nessas situações a VO pode estar disfarçada no uso de tecnologias, que na maioria impostas e indicadas de forma inadequada e desnecessária é comum passar imperceptível ao olhar da gestante e familiares (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Essas questões estão relacionadas à desigualdade de gênero e à dominação masculina, entrelaçadas à cor/raça e à escolaridade, porque apesar de constituído por maioria jovem, o coletivo já experienciava gestação pela segunda ou terceira vez, com relativo conhecimento sobre o processo de parturição. Mas o baixo nível de escolaridade pode ter dificultado a interpretação de intervenções terapêuticas e o reconhecimento de práticas abusivas (MEDEIROS et al. ,2019).

Percebeu-se neste trabalho que a VO não foi reconhecida no momento em que ocorria, pois apesar de haver percebido a ocorrência de situações de destrato durante o parto, o coletivo não o reconheceu como agressão à mulher. É importante destacar que a VO constitui uma questão complexa, que da mesma maneira que a violência doméstica, sofre influência de muitos fatores que dificultam o seu reconhecimento (LANSKY, 2019), o que contribui para a sua invisibilidade.

De maneira que o conhecimento do senso comum alinhado ao conhecimento científico presente no DC identificou a VO como uma ocorrência que não se limita ao momento do parto, mas que pode ocorrer em qualquer etapa do ciclo gravídico-puerperal, que sem o uso de terminologia científica, trouxe a noção do que vem a ser esse fenômeno que pode estar presente na abordagem inicial à gestante, na realização de procedimentos desnecessários durante o parto ou em práticas que a mulher discorda.

Para o coletivo, VO envolve falhas na comunicação que resultam em julgamentos precipitados e na desatenção por parte da equipe de saúde. Para

Consoante, Andrade et al. (2016) relatam que estas são atitudes definidoras de ocorrência de VO, cujo desrespeito em qualquer fase desse processo do parto e pós parto pode resultar em sofrimento físico ou psicológico à mulher (ANDRADE et al., 2016).

É notória a banalização das diversas formas de VO, cujas intervenções desnecessárias muitas vezes são naturalizadas na rotina dos serviços de saúde (ESTUMATO et al. 2017) e assim, mulheres costumam manter-se em silêncio por temor e passivamente aceitam os procedimentos realizados pela equipe. Dessa forma, elas não denunciam e indiretamente cooperam com a naturalização e perpetuação do fenômeno.

Quanto à questão relacionada à raça/cor, nota-se que a assistência ao coletivo desta pesquisa constituído de mulheres pretas e pardas foi negligenciada em ocorrências que contribuíram para experiências traumáticas do processo de parir, deixando evidente o desrespeito à vontade delas de parir normal e o prosseguimento de procedimentos cirúrgicos, apesar do relato de dor. Fato que reforça maior probabilidade de atitudes de negligência na atenção à saúde de mulheres pretas e pardas, entre elas, a não-utilização da anestesia, que está entre as principais expressões de VO cometidas (ASSIS, 2018).

Situações dessa natureza vivenciadas na cena do parto não apenas geram sofrimento físico, como também conduzem a prejuízos psicológicos, sendo comum à mulher vivenciar um luto diante do não cumprimento das suas expectativas, com maior probabilidade de apresentar angústia, tristeza, culpa, medo, insegurança e inferioridade, o que impacta negativamente a sua vida (DIAS; PACHECO; 2020).

Como é possível perceber a VO não ocorreu apenas por parte de profissionais da saúde, como da enfermagem, mas também por pessoas dos serviços gerais que atribuíram à mulher a culpa pela não manutenção da higiene nos banheiros. Isso gerou desconforto e sofrimento, considerando que como estratégia de desengajamento moral, a culpabilização tem por objetivo transferir para a vítima a culpa pelo sofrimento (AZZI, 2011).

A atenção dispensada pela equipe à gestante, mostra que a atuação de trabalhadores desinformados e insensíveis pode gerar desconforto e sofrimento atentando para o fato de que a capacitação e sensibilização sobre a humanização do parto precisam contemplar toda a equipe que atende gestantes, independentemente

da formação na saúde, de maneira a minimizar traumas e sofrimento decorrentes do atendimento.

Por outro lado, o tratamento classificado como de qualidade recebido durante o internamento reflete o bom atendimento recebido em uma atuação humana e responsável da equipe de saúde. Para que essa atuação ocorra, mais do que a formação é preciso que existam condições de trabalho adequadas, considerando que a precariedade física ou administrativa gera prejuízos para a atuação, o que pode resultar em casos de VO (SOUZA et al., 2016).

Há fortes evidências no discurso coletivo de tratamento acolhedor e humanizado prestado por parte dos profissionais de saúde. Parte das entrevistadas mostra nas suas falas o respeito a autonomia e protagonismo da mulher diante do seu parto como a escolha da parturiente sobre o uso ou não da medicação indicada ou a realização ou não do toque vaginal. Essas atitudes revelam superação do paradigma da sabedoria centrada no profissional de saúde e reforça o quanto a atenção respeitosa e acolhedora marca positivamente a vivência das mulheres durante o período gestacional.

Considera-se que são nesses detalhes de cuidado que se faz presente a necessidade da ampla divulgação da VO e suas interfaces, visto que esta problemática não está limitada a sua dimensão física ou a procedimentos cirúrgicos, apontando para a necessidade de distinção entre práticas humanizadas e desumanizadas e contribui para combater a medicalização desnecessária e o desrespeito à autonomia da mulher (CASTRILLO, 2016).

Em suma, é preciso conhecer para poder se defender. Caso a mulher seja capaz de identificar práticas obstétricas indevidas, poderá confrontar profissionais autores da agressão e reivindicar os seus direitos. Contudo, por falta de esclarecimentos, muitas mulheres não reconhecem algumas práticas no atendimento ao parto, como indevidas, de maneira que, impotentes são vitimadas pela VO.

## CONSIDERAÇÃO FINAIS

Todos os DCs remetem às diretrizes governamentais sobre a humanização do parto e apontam para a necessidade de superação de um paradigma que naturaliza a Violência Obstétrica. A atenção dispensada pela equipe à gestante, mostra que a atuação de trabalhadores desinformados e sem sensibilidade pode gerar desconforto e sofrimento à gestante, atentando para o fato de que a capacitação e sensibilização sobre a humanização do parto precisam contemplar toda a equipe que atende gestantes, independentemente da formação na saúde, de maneira a minimizar traumas e sofrimento decorrentes do atendimento.

A realização dessa pesquisa ratificou o que muitos estudiosos da área de saúde da mulher denunciam, a violência obstétrica é realidade em maternidades do Brasil e é uma situação muitas vezes desconhecida até pelas próprias mulheres. Esse fato reforça a necessidade do desenvolvimento de mais pesquisas, a fim de que todas as nuances dessa problemática sejam não apenas desveladas, mas categoricamente solucionadas.

Apesar do discurso da coletividade trazer experiências positivas, o que predominou foi uma série de comportamentos por parte da equipe de saúde preditores da VO: tratamento ríspido e desrespeitoso, maus tratos físicos, falta de escuta qualificada pelos profissionais, cuidado negligente, desrespeito à liberdade de escolha e realização de procedimentos coercivos ou não consentidos.

Ademais, ficou evidente nas falas o quanto esse tipo de assistência violenta repercute no pós parto e além dele, gerando não apenas marcas físicas, mas principalmente psicológicas nas vítimas.

Portanto, o modo como se atende pode intensificar ou minimizar o sofrimento da puérpera, pois conforme descrito coletivamente, se por um lado houve destrato por parte da equipe de enfermagem e serviços gerais, por outro lado, o atendimento foi acolhedor por parte de outros membros da equipe. Desse modo, a adoção de práticas acolhedoras e atitudes respeitosas, elementos das diretrizes de humanização, contribuem para o processo de parto como uma experiência positiva.

Do contrário, o sofrimento gerado pode se prolongar por um tempo posterior à hospitalização. Ademais, a maternidade já traz intrinsecamente alterações hormonais

na mulher, associado a isto, a vivência de uma assistência violenta e desumanizada pode potencializar essas modificações humorais e levar a estados depressivos.

O desconhecimento das práticas de VO é uma atitude que precisa ser avaliada e resolvida. As mulheres precisam conhecer para combater esta realidade, o empoderamento feminino precisa ser dado e precisamos começar informando a estas usuárias sobre sua autonomia, direito de escolha sobre qualquer ação voltada para seus corpos durante o parto e pós parto. Dessa forma teremos mulheres sensibilizadas e atentas quanto a qualquer tentativa de violação dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Destarte, se faz essencial a atuação de um aparato jurídico nesta importante questão de saúde pública que é a VO. A inexistência até hoje de leis nacionais que punam os agressores cala as mulheres vítimas e encoraja os agressores a continuar atuando. Espera-se que mais estudos sejam realizados com o objetivo de compreender o que experenciam as mulheres e fazer ecoar a importância da luta no combate a VO em todas as fases reprodutivas da mulher. Essa luta é de responsabilidade de toda a sociedade civil e precisa ser levado a sério.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. D.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013.

ALVÂNTARA, A.N.; VESNE, G.E.P. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. 2008.

ANDRADE, P. de O. N.; SILVA, J. Q. P. da; DINIZ, C. M. M. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 16, n. 1, p. 29-37, 2016.

ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, 2018.

AZZI, R. G. Desengajamento moral na perspectiva da teoria social cognitiva. **Rev. Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 208-219, 2011.

BATISTA, S. da S.; GONÇALVES, M. F. R.; GIOTTO, A. C. Violência Obstétrica Institucional no Brasil. **Rev. Brasileira de Educação e Saúde**, v. 9, n.3, p. 115-121, 2019.

CARDOSO, F. J. da C.; COSTA, A. C. M. da; ALMEIDA, M. MM; SANTOS, T. S. dos; OLIVEIRA, F. B. M. Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. **Rev. enferm. UFPE**, Recife, v. 11, n. 9, p. 3346-3353, 2017.

CASTRILLO, B. Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 43-68, 2016.

DIAS, S.; PACHECO, A. Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica. **Rev. Arquivos Científicos (IMMES)**, Macapá, v. 3, n. 1, p. 04-13, 2020.

DOMINGUES, P.M.L et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Rev. Texto contexto enferm.**, Salvador, v. 2, n. 22. 2013.

ESTUMANO, V. K. C. et al. Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v.7, n. 19, 2017.

FIGUEIREDO, M.D.A.; CHIARI, B.M.; GOURLART, B.M.G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa, **Rev. Distúrb Comun**, São Paulo, v. 25, n. 1., 2013.

- GUIMARÃES, L. B. E.; JONAS, E.; AMARAL, L. R. O. G. do. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, 2018.
- LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes, **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 24, n. 8, p. 2811-2823, 2019.
- LDB, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. – 4. ed. –Brasília, DF : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2020. 59 p.
- LEVEFRE, F.; LEVEFRE, A.M.C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas, **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2., p. 502-507, 2014.
- MARTINS, F. L. et al. Violência Obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. **Rev. Saúde em Foco**, Fortaleza, n. 11, p. 413-423, 2019.
- MEDEIROS, N.C.M. et al. Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal. **Temas em saúde**, João Pessoa, v. 3, n. 16., p. 503-528, 2019.
- NICIDA, L. R. de A.; TEIXEIRA, L. A. da S.; RODRIGUES, A. P.; BONAN, C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4531-4546, 2020.
- OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. de M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Rev. Texto Contexto-Enfermagem.**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. 1-10, 2017.
- PALMA, CC.; DONELLI, T. M. S. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico**, Porto Alegre, v, 48, n. 3, p. 216-230, 2017.
- SOUZA, A. B. de S.; SILVA, L. C. da; ALVES, R. das N., ALARCÃO, A. C. J. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciências Médicas**, Maringá, v. 25, n. 3, p. 115-128, 2016.
- SENA, L.M.; TESSER, C.D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências, **Rev. Comunicação e Interface**, Florianópolis, v. 60, n. 21, p. 209-220, 2017.
- VAZ, A. P. O enfrentamento da violência obstétrica de viés racial na América Latina sob a ótica dos direitos humanos, Universidade Federal de Integração Latina Americana, Trabalho de conclusão de curso de especialização (direitos humanos), 2019. Foz do Iguaçu, 43 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: OMS, 2018.

## 4.2 MANUSCRITO 2

Manuscrito será submetido a Revista Mineira de Enfermagem

### **BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO: DISCURSO COLETIVO DE PUÉRPERAS**

Ribeiro, Rafaella Ayanne Alves Dos Santos; Lira; Margaret Olinda De Souza Carvalho; Oliveira, Jeany Freire; Mais, Gabriela Lemos de Azevedo.

#### **RESUMO**

A institucionalização do parto levou à mecanização do processo e perda da autonomia da mulher. Neste cenário houve espaço para o surgimento de atitudes de violência obstétrica nas maternidades do Brasil e então a necessidade de humanização e restabelecimento do protagonismo da mulher na cena do parto. Nesse contexto, o objetivo desse estudo foi descrever experiências positivas vivenciadas por mulheres durante o trabalho de parto e parto com foco no incentivo à posição não supina durante o trabalho de parto, contato pele-e-pele após o nascimento, oferta de dieta a parturiente, apoio emocional e direito a acompanhante de livre escolha da mulher. Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida no período de outubro de 2019 a junho de 2021, com dados obtidos por meio de entrevista semiestruturada aplicada a quatorze puérperas atendidas em Unidades de Estratégia de Saúde da Família das cidades de Petrolina, Pernambuco e Juazeiro, Bahia. Os achados foram sistematizados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo e interpretados à luz da literatura vigente sobre violência obstétrica. Foram compostos os Discursos Coletivos: oferta de líquido e alimentos sólidos durante o trabalho de parto, contato pele-a-pele imediato e amamentação na primeira hora de vida, posições facilitadoras do trabalho de parto e direito ao acompanhamento em tempo integral e de escolha da parturiente. Destarte, o discurso coletivo apontou respeito as variáveis pesquisadas. Sabe-se que estas são algumas das práticas baseadas em evidência científica sobre os benefícios para o binômio mãe-filho e devem ser realidade em todos os serviços de saúde comprometidos com o bem-estar físico e psicológico dos seus usuários.

Palavras chave: Violência Obstétrica; Humanização no Parto; Trabalho de Parto; Parto Normal.

## **GOOD PRACTICES IN BIRTH CARE: COLLECTIVE DISCOURSE OF PUERPERAS**

### **ABSTRACT**

The institutionalization of childbirth led to the mechanization of the process and loss of women's autonomy. In this scenario, there was room for the emergence of attitudes of obstetric violence in maternity hospitals in Brazil and then the need for humanization and reestablishment of the role of women in the birth scene. In this context, the objective of this study was to describe positive experiences experienced by women during labor and delivery, focusing on encouraging the non-supine position during labor, skin-to-skin contact after birth, offering a diet to the parturient, emotional support and the right to a companion of the woman's free choice. This is a qualitative research developed from October 2019 to June 2021, with data obtained through a semi-structured interview applied to fourteen puerperal women assisted in Family Health Strategy Units in the cities of Petrolina, Pernambuco and Juazeiro, Bahia. The findings were systematized using the Collective Subject Discourse method and interpreted in light of current literature on obstetric violence. Collective Discourses were composed: offering liquid and solid foods during labor, immediate skin-to-skin contact and breastfeeding in the first hour of life, positions that facilitate labor and the right to full-time monitoring and choice of parturient. Thus, the collective discourse pointed to the variables researched. It is known that these are some of the practices based on scientific evidence on the benefits for the mother-child binomial and should be a reality in all health services committed to the physical and psychological well-being of their users.

Keywords: obstetric violence, humanization in childbirth, labor of birth, normal birth.

## INTRODUÇÃO

O processo de parto e nascimento constitui problema complexo que tem gerado discussões e investimentos no intuito de garantir qualidade na atenção obstétrica para proporcionar à gestante, puérpera e recém-nascido, um cuidado integral, mediante adoção de condutas e práticas interprofissionais humanizadas. Esse propósito tem demandado empenho do Sistema Único de Saúde (SUS), em todas as esferas de governo, para mudar práticas clínicas em obstetrícia, a fim de promover, proteger, incentivar o parto normal e reduzir intervenções desnecessárias (BRASIL,2017) com a adoção de condutas baseadas em evidências que garantam segurança e conforto para o binômio mãe-filho.

Assim, a prática humanizada se faz necessária para uma atenção e cuidado ao pré-natal e para que o momento do parto ocorra de forma tranquila, isenta de traumas ou intervenções desnecessárias (BATISTA et.al, 2021). Portanto, é preciso que a atuação interprofissional mantenha o foco na humanização, contribuindo para desconstruir a distância entre a equipe e parturiente, deixando que venha à tona a potência interior da mulher no processo parturitivo (SANTOS et al., 2017).

Dessa maneira, a World Health Organization (WHO) aborda a importância da adoção de práticas de cuidados intraparto, focadas no trabalho de parto espontâneo, para melhorar o atendimento durante o trabalho de parto e parto, que estão contidas no documento intitulado “modelo de cuidados intraparto” e classificadas como recomendadas, não recomendadas, recomendadas apenas em contextos específicos e recomendadas apenas em protocolos de pesquisa.

Entre as práticas foram elencadas 56 recomendações principais organizadas em cuidados gerais na atenção ao parto; cuidados no primeiro segundo e terceiro estágio do parto; cuidados com o recém-nascido e cuidados no puerpério (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Entre os cuidados gerais incluem-se recomendações para que se mantenha a dignidade e respeito aos direitos da mulher, assegurando-lhe a confidencialidade, além de garantia da presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto, necessidade que surge com a institucionalização do parto, em que a mulher deixa de parir no ambiente familiar e acolhedor e passa a ter seu corpo e vontade conduzidos por normas institucionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Quanto ao primeiro estágio recomenda-se que a realização de toque vaginal respeite um intervalo mínimo de 4h e que para alívio da dor, se ofereça opções como a analgesia epidural, administração de opioides parenterais ou que se adote medidas não farmacológicas (relaxamento, massagens e compressas), ingestão de líquidos e alimentos, mobilidade e posição vertical (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Para o segundo estágio do trabalho de parto, entre as recomendações estão as técnicas para reduzir o trauma perineal, como massagem e uso de compressas quentes e proteção perineal com as mãos e apenas no terceiro estágio está recomendada administração preferencialmente de ocitocina, que em situações de indisponibilidade pode ser substituída por outro uterotônico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Quanto aos cuidados com o recém-nascido (RN), as recomendações incluem manter o contato pele a pele dele com sua mãe durante a primeira hora após o nascimento e o mais precocemente possível, colocá-lo no peito e se possível, mantê-lo junto à mãe permanecendo no mesmo quarto durante todo o tempo (BRASIL, 2017).

Em relação ao Brasil, dispõe-se das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal elaboradas pelo Ministério da Saúde com recomendações didaticamente organizadas em itens sobre local de assistência ao parto, cuidados gerais durante o trabalho de parto, incluindo apoio físico e emocional e dieta durante o trabalho de parto; alívio da dor no trabalho de parto; assistência no primeiro período do parto; assistência no segundo período do parto; assistência no terceiro período do parto e cuidados maternos imediatamente após o parto e assistência ao recém-nascido (BRASIL, 2017).

No apoio físico emocional recomenda-se não deixar uma mulher em trabalho de parto sozinha e que “devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e parto” (BRASIL, 2017, p.16). Essa presença de uma pessoa durante o processo parturitivo é um direito da mulher assegurado pela denominada Lei do Acompanhante (BRASIL,2005) que confere à gestante o direito de ter um acompanhante de sua confiança durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (CARVALHO, 2017).

Portanto, percebe-se que todas as recomendações buscam uma comunicação efetiva com a parturiente com suporte emocional e respeito à sua dignidade e direitos. Por essa ordem de ideias o objetivo da presente pesquisa é descrever experiências positivas vivenciadas por mulheres durante o trabalho de parto e parto com foco no

incentivo à posição não supina durante o trabalho de parto, contato pele-e-pele após o nascimento, oferta de dieta a parturiente, apoio emocional e direito a acompanhante de livre escolha da mulher.

O desenvolvimento desse estudo é relevante no sentido de desvelar as experiências exitosas na atenção ao parto e assim incentivar novos estudos de caráter semelhante e instituições de saúde sobre os benefícios de uma assistência humanizada e baseada em evidências.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, aprovada pelo Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas com seres humanos - CEDEP/UNIVASF, sob parecer de publicação de nº 2.814.408 e CAAE nº 94566218.6.0000.5196, desenvolvida entre 2019 e 2021, com a participação de 14 puérperas atendidas em unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) das cidades de Petrolina-PE e Juazeiro-BA e que obedeceram aos critérios de inclusão de ser puérpera e ter idade mínima de 18 anos.

Estas mulheres foram devidamente esclarecidas sobre a proposta, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, foram identificadas por códigos representados pela letra P, seguida de numeral ordinal em ordem crescente.

Os dados foram coletados por meio de entrevista individual, guiada por um roteiro semiestruturado, composto por duas partes, sendo a primeira com questões sócio demográficas e sobre paridade e a segunda contendo questões norteadoras elaboradas com base nas recomendações constantes no Modelo de cuidados intraparto da World Health Organization (2018).

Após transliteração, o material contido nas narrativas individuais foi sistematizado pelo método do Discurso Coletivo do Sujeito (DCS), técnica que enfatiza a construção do pensamento coletivo e a presença do sujeito-que-fala. Esse método busca captar a representação social que um grupo tem, sobre temas submersos na coletividade e que podem ser resgatados por meio de discursos individuais (ALVÂNTARA; VESCE, 2008).

Nesse método, opiniões ou expressões individuais que apresentam sentidos semelhantes ou complementares, são agrupadas em categorias semânticas gerais, para em seguida, ser associadas ao conteúdo de opiniões de sentido semelhante presentes nos diferentes depoimentos, de modo a formar um depoimento síntese, redigido na primeira pessoa do singular, como se tratasse de uma coletividade falando na pessoa de um único sujeito (LEVEFRE; LEVEFRE, 2014).

O processo de composição dos DSCs consistiu na análise das narrativas individuais, matéria-prima de onde foram extraídas Ideias Centrais e correspondentes Expressões Chave, que por semelhança compuseram Discursos Síntese (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013) interpretados à luz da literatura vigente sobre assistência ao trabalho de parto e parto.

## **RESULTADOS**

### **Caracterização do sujeito coletivo**

Sujeito Coletivo, composto por quatorze mulheres caracterizadas por idade entre 18 a 38 anos (idade prevalente de 23 anos) com prevalência de cor autodeclarada parda (86%), união estável (57%), renda de um salário mínimo (50%) e (78%) referiram ser “do lar”. Sobre a escolaridade, houve predominância do ensino médio incompleto (36%) seguido de ensino fundamental (29%). Apenas 02 participantes possuíam ensino superior. Quanto a paridade, a maioria (64%) vivenciou a gestação pela segunda vez ou mais e (50%) teve o parto atual cesariano.

As características encontradas constataam que apesar de o sujeito coletivo experenciar a gestação pela segunda vez ou mais, era jovem e com baixa escolaridade, o que pode estar associado à pouca experiência e conhecimento a respeito dos cuidados com a saúde, à violência obstétrica e importância da colaboração no momento do parto, além de dificultar a interpretação de uma intervenção terapêutica e reconhecimento de práticas abusivas (MEDEIROS et al., 2016).

As questões de raça são apontadas como um fator importante, na pesquisa de Vaz (2019). A autora enfatiza que mulheres brancas e negras sofrem violência no parto em proporções diferentes. As mulheres brancas no geral são maioria nos partos

cesarianos e uso de analgesia, já as mulheres pretas e pobres prevalecem no número de partos vaginais e utilização da episiotomia.

## **Composição dos Discursos do Sujeito Coletivo**

A unificação das opiniões individuais permitiu compor os discursos coletivos: oferta de líquido e alimentos sólidos durante o trabalho de parto; contato pele a pele imediato e amamentação na primeira hora de vida; posições facilitadoras do trabalho de parto e direito ao acompanhamento em tempo integral e de escolha da parturiente.

### **DC1: Oferta de líquido e alimentos sólidos durante o trabalho de parto**

*“Me alimentei e tomei líquido normal. Eu ainda comi, tomei café da manhã. Me ofereceram bastante água de coco e comida mesmo, mas eu não aceitei a comida porque não descia, mas eles me deram. Me deram também bastante suco”* (P1; P2; P7; P8; P10; P14)

### **DC2: Contato pele-a-pele imediato e amamentação na primeira hora de vida:**

*“Colocaram o rostinho junto ao meu, logo que nasceu e uma mulher colocou no meu peito. Foi nascendo e já colocando para pegar, nasceu às 18:30 e elas me deixaram uma hora amamentando, para depois levar para os procedimentos. Minha bebê ficou o tempo todo comigo”.* (P1; P4; P7; P8; P10)

### **DC3: Posições facilitadoras do trabalho de parto**

*“Eu fiquei de joelhos. Fiquei em cima da bola, eles botaram para eu ficar de lado, fiquei agachando, fiquei de quatro para eu botar força e aí eles disseram que de quatro era melhor. Fiquei naquelas escadinhas que a gente segura, depois eu apoiei só os braços e a cabeça no cavalinho e fiquei fazendo agachamento”* (P1; P2; P7; P8).

#### **DC4: Direito ao acompanhamento em tempo integral e de escolha da parturiente.**

*“Eu escolhi meu acompanhante, minha mãe me acompanhou todo o tempo, ela não saiu do meu pé de jeito nenhum. O meu esposo ficava alternando com a minha mãe e minha irmã também ficou comigo depois. Minha vizinha também ficou comigo do início até o fim. Eu escolhi a minha prima pra ficar comigo e ela pôde me acompanhar” (P1; P2; P3; P6; P7; P8; P9.; P11; P12)*

### **DISCUSSÃO**

O objetivo de descrever experiências positivas vivenciadas por mulheres durante o trabalho de parto e parto, teve foco no incentivo à posição não supina durante o trabalho de parto, contato pele-e-pele após o nascimento, oferta de dieta a parturiente, apoio emocional e direito a acompanhante. No que se refere à dieta, o DC apresenta a oferta de líquidos durante o trabalho de parto, em concordância com os cuidados gerais durante o trabalho de parto recomendados pela Organização Mundial de Saúde (2018) e Ministério da Saúde (2017).

É importante ressaltar que a institucionalização do processo de parir, alterou a dinâmica do parto que ocorria no ambiente familiar, onde a mulher tinha liberdade para alimentar-se da forma que lhe fosse mais conveniente (SILVIA, 2017).

Embasada em estudos desenvolvidos nos anos de 1940, a contraindicação da alimentação intraparto, tinha como justificativa para o esvaziamento gástrico, o risco de broncoaspiração, caso houvesse a necessidade de cesariana de emergência e além de contraindicarem a alimentação, a hidratação deveria ser administrada por via endovenosa, com soros glicosados (SILVIA, 2017).

Pesquisa constata a restrição hídrica e alimentar em 92,1% das mulheres, conduta relacionada à possibilidade de procedimento cirúrgico, rotina equivocada disseminada entre os profissionais, por receio de que diante da anestesia regional necessária à realização de cesariana, existe possibilidade de aspiração do conteúdo gástrico e nesse caso, a gestante já estaria preparada (MOTTA et al., 2016).

Importante ressaltar que apesar de os profissionais terem ciência da ineficiência da restrição líquida e sólida durante o trabalho de parto, conduta que pode

levar a sérios danos para o binômio mãe-filho, com complicações como desidratação, cetose e hipoglicemia fetal, muitos continuam mantendo-a nas suas práticas, que por questões culturais, muitas vezes são seguidas por mulheres que se recusam a alimentar-se. A adoção dessa prática está pautada na possibilidade de complicações advindas do processo de parto, pensamento que reforça o modelo técnico-assistencial focado no parto como processo patológico (PAULA; GOUVEIA, 2016).

Na presente pesquisa, o direito à alimentação durante o trabalho de parto foi garantido, o que remete ao cuidado, preocupação e respeito à necessidade de alimentação da mulher, em uma demonstração de avanço na superação do paradigma da patologização do parto normal e a iminente necessidade de indicação do parto cesáreo.

Quanto ao estímulo a posições não- supinas durante o trabalho de parto e parto, liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, pesquisa defende que determinados mecanismos favorecem a dinâmica do parto: ação da gravidade, compressão dos grandes vasos maternos, aumento dos diâmetros do canal de parto e do ângulo de encaixe da cabeça fetal, ventilação pulmonar e equilíbrio ácido-base (FERRÃO; ZAGÃO, 2017).

Portanto, a posição vertical auxilia a melhor angulação de abertura da pelve, estimula as contrações uterinas, favorece a descida e expulsão do recém-nascido, diminui a distensão do períneo, a incidência de episiotomias e de roturas uterinas (GOMES et al., 2020). Em uma amostra de 112 parturientes, 99% se movimentou durante o trabalho de parto, com deambulação ou agachamento e 100% delas utilizou algum tipo de método não farmacológico para alívio da dor, durante o trabalho de parto: cavalinho, bola de bobath, banho quente, massagem e outros que incluíam respiração, musicoterapia, aromaterapia, agachamento e vocalização (SANTANA et al., 2019).

Sendo um trabalho de caráter interdisciplinar é importante mencionar que intrinsecamente ligada às tecnologias leves, como realização de massagens, orientações sobre posições verticalizadas de trabalho de parto, uso de bola de Bobath, banho de aspersão, aromaterapia e musicoterapia (GOMES; DAVIM, 2018), a prática da enfermagem se mostra essencial no acompanhamento da mulher durante o trabalho de parto, uma vez que gera confiança e vínculo, estreitando as relações paciente-profissional (DUARTE et al, 2019).

O uso de tecnologias leves do cuidado contribui para a autonomia da mulher, além de favorecer um processo mais fisiológico e humanizado diante do parto normal, em que, o banho de chuveiro e a massagem mostram-se eficazes para minimizar dores e desconfortos (CARNEIRO et al., 2021).

Portanto, o incentivo à verticalização e à liberdade de posição durante o trabalho de parto e parto é uma prática baseada em evidências, mas exige capacitação e sensibilização profissional para fornecer orientações adequadas, indicar o movimento correto e ter empatia para apoiar a mulher durante o processo de parturição. As instituições de saúde precisam sensibilizar seus profissionais sobre os benefícios das posições não supinas e quanto a sua adoção impacta positivamente no processo de parir.

No que se refere ao incentivo ao contato pele-a-pele (CPP) imediatamente ao nascimento e amamentação, o DC confirma sua efetivação. O CPP que consiste na entrega imediata do recém-nascido à mãe, objetiva incentivar o aleitamento materno precoce (SAMPAIO; BOSQUAT; BARROS, 2016). Consiste em colocar o recém-nascido despido, em posição prona sobre o peito da mãe, para favorecer a adaptação na transição do espaço intra para o extrauterino, incentivando a amamentação imediatamente após o parto (SILVA et al, 2016).

Os benefícios desse contato inicial incluem melhor efetividade da primeira mamada, regulação e manutenção da temperatura corporal do recém-nascido e estabilidade cardiorrespiratória. Já para a mulher, ocorre diminuição da dor causada pelo ingurgitamento mamário, segurança e diminuição da ansiedade desenvolvida ao longo da gestação, contribuindo para melhores índices de aleitamento materno nos primeiros quatro meses após o parto, maior duração da amamentação, melhor comportamento de afeto e apego da mãe, vínculo, sentimentos de tranquilidade e conforto para o binômio mãe-filho (CAMPOS et al.; 2020).

Além disso, o CPP e AM têm importância na contração uterina e consequente redução do risco de hemorragia pós parto, justificado pelo estímulo vagal e liberação da ocitocina induzidos pelo toque, calor e odor. A longo prazo, a adoção dessas práticas funciona para mães como fator de proteção para diabetes tipo 2 e para os cânceres de ovário e mama; amenorreia lactacional e maior perda de peso no puerpério. Já para o recém-nascido, o estímulo precoce e o sucesso da amamentação podem favorecer o seu desenvolvimento motor (JUNG; RODRIGUES; HERBER, 2020).

Sobre o êxito desse incentivo, pesquisa realizada em um hospital universitário em uma cidade do Rio Grande do Sul mostra que 60,1% dos recém-nascidos de um total de 586 puérperas, teve o contato pele-a-pele com suas mães imediatamente após o parto e apenas 44,9% teve o aleitamento materno imediatamente ao nascimento (CAMPOS et al, 2020). Mas nem tudo consegue ser exitoso nesse processo de contato pele a pele mãe-filho. Esse direito muitas vezes pode ser interrompido por condutas hospitalares (MONTEIRO,2019) predominando a assistência tecnicista, onde, mesmo que se tenha nascido em boas condições de vida, se prioriza a realização de procedimentos iniciais, com posterior apresentação do RN à mãe (JUNG; RODRIGUES; HERBER, 2020).

Como visto, tanto a CPP, quanto a AM trazem benefícios psicológicos e fisiológicos (BARBOZA, 2016). Contudo, apesar da reconhecida importância, o sucesso desse processo pode ser dificultado diante de hábitos e rotinas hospitalares, entre eles, os cuidados imediatos ao recém-nascido, maior incidência de cesarianas, acentuada analgesia do parto, contribuindo para a sonolência materna e redução do estado de alerta do RN (SILVA et al, 2016). Assim, é inquestionável a compreensão do papel essencial que o contato precoce e o estímulo ao aleitamento materno no desenvolvimento do binômio mãe-filho, em diversos aspectos.

No que se refere à presença de acompanhante durante o processo de parto, é importante frisar que a garantia desse direito é essencial para que a gestante se sinta segura e amparada emocionalmente durante o trabalho de parto. O Ministério da Saúde orienta que a pessoa acompanhante seja de livre escolha da gestante (BRASIL, 2005) proporcionando-lhe segurança e suporte emocional.

De modo que “a Lei do acompanhante veio conferir maior concretude à tutela jurídica da gestante, afastando qualquer dúvida sobre a liberdade de escolha da parturiente” (CASTRO; FRIAS, 2020, p. 5) quanto à presença de acompanhante com o intuito de contribuir para o bem-estar físico e psicológico da mulher.

Trata-se de um direito essencial com liberdade de escolha, para que a gestante se sinta segura e amparada emocionalmente durante o trabalho de parto e momento do parto com benefícios para o binômio mãe-filho, de maneira que, como importante medida para prevenção e combate à violência obstétrica, a presença de acompanhante contribui para amenizar a sensação de vulnerabilidade e ampliar a integridade psicofísica da mulher (CASTRO; FRIAS, 2020).

Diante disso, o momento do parto torna-se um evento ímpar, cujo apoio emocional à mulher contribui para reduzir dores, intervenções desnecessárias e complicações que possam decorrer do trabalho de parto, além de fortalecer a união da família. Portanto, três grandes benefícios do acompanhamento durante o parto são elencados: apoio emocional, fortalecimento dos laços familiares e mudança de conduta profissional (GOMES et al, 2019). Destarte, a presença contínua de acompanhante contribui para acalmar, tranquilizar e motivar a mulher.

Contudo, apesar do aparato legal, ainda há grandes obstáculos na efetivação da presença de acompanhante durante o parto em diversas instituições de saúde do país. Percebe-se que a implementação dessa prática ainda é tímida e não ocorre na totalidade dos partos e nascimentos (ROSA; LIMA; SILVA, 2020). De modo que, privar a mulher desse direito é um ato de violência obstétrica e se constitui como violação grave aos preceitos do parto humanizado, representando a modalidade de VO mais recorrente e que contribui para que outras práticas violentas ocorram durante o parto (CASTRO, 2020).

Nesse sentido, não cabe às instituições, impor restrições para o cumprimento da lei do acompanhante, que assegura “o direito de optar pelo acompanhante que melhor atenda às suas necessidades, não sendo lícito impor restrições que não tenham sido previstas pela legislação” (CASTRO, 2020, p. 4).

É necessário portanto, que os serviços de saúde se adequem para cumprimento desse direito, pois comprovadamente a presença de pessoa de referência para essa mulher, contribui para que essa experiência seja aproveitada na sua magnitude. Essa pessoa auxilia a parturiente a lidar com suas emoções, passa confiança e segurança, oferece apoio e fortalece laços, além de ser uma importante ferramenta no combate as diversas formas de violência obstétrica.

Destarte, diante dos inúmeros benefícios da pessoa acompanhante, é necessário que as maternidades públicas e privadas do país se adequem e assegurem esse direito às mulheres e as suas famílias. Tão importante quanto a atenção e cuidado de qualidade ao binômio mãe-filho, é a garantia de uma atenção humanizada e o direito ao acompanhante é uma das ferramentas chave para a superação da violência obstétrica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desse trabalho possibilitou a compreensão da assistência prestada no que se refere a garantia da alimentação no intraparto, o incentivo e suporte da equipe interprofissional, quanto a posições não supinas e à garantia do CPP e AM e direito ao acompanhante de escolha da mulher no parto e pós parto.

As atitudes avaliadas são algumas das práticas baseadas em evidência científica sobre os benefícios para o binômio mãe-filho e devem ser realidade em todos os serviços de saúde comprometidos com o bem-estar físico e psicológico dos seus usuários. Sabe-se que as dificuldades estruturais são realidade nas maternidades brasileiras, mas não devem ser fatores determinantes para o desrespeito aos direitos da mulher no seu processo de parto.

As instituições de saúde devem promover atualizações a seus profissionais que abordem a importância da realização de boas práticas de assistência ao parto baseado nas condições cabíveis aquela realidade.

Ademais, o debate sobre a humanização do parto e seus benefícios é uma temática que vem ganhando espaço nos meios acadêmicos e institucionais. Os profissionais de saúde que laboram nestes serviços devem, portanto, ter responsabilidade técnica e empatia suficientes para se utilizarem dessas boas práticas preconizadas pela OMS e ministério da saúde e tão assertivamente difundidas nos tempos atuais.

## REFERÊNCIAS

ALVÂNTARA, A.N.; VESNE, G.E.P. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. Educere: 2008.

ANDRADE, P. de O. N.; SILVA, J. Q. P. da; DINIZ, C. M. M. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 16, n. 1, p. 29-37, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/5f8XwfZ8h3f57q8DwJrFJLp/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 07 maio 2018.

BARBOZA, L.A. Contato mãe-filho e amamentação na primeira hora de vida: avanços, desafios e influência da enfermagem, Trabalho de Conclusão de Curso apresentada a Universidade de Brasília. Brasília: 2016. 29 fls.

BATISTA, G. J. et al. A expressiva importância da humanização no trabalho de parto, **Research, Society and Development**, Gurupi, v. 10, n. 7, 2021. Disponível em: <[https://redib.org/Record/oai\\_articulo3295729-a-expressiva-import%C3%A2ncia-da-humaniza%C3%A7%C3%A3o-trabalho-de-parto](https://redib.org/Record/oai_articulo3295729-a-expressiva-import%C3%A2ncia-da-humaniza%C3%A7%C3%A3o-trabalho-de-parto)>. Acesso em 20 fev 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.418, de 02 DE DEZEMBRO DE 2005: regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasil: Ministério de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: 2017.

CAMPOS, P.M. et al. Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, n. 41, p.1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/d9ZGSyPWYzSWvDv3r8fPHfp/?lang=pt>. Acesso em 20 jul 2018.

CARNEIRO, K.F.D. et al. Uso de tecnologias do cuidado na assistência ao parto normal em um Hospital Universitário, *Tópicos em Ciências da Saúde*, v. 23, Editora Poisson, cap. 2. Belo Horizonte, 2021.

CASTRILLO, B. Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 43-68, 2016. Disponível em: <  
<https://www.scielo.br/j/sess/a/jXWfHQCDHrHMGpSqNB93ZPD/abstract/?lang=es>>. Acesso em 20 abr 2018.

CASTRO, T.D.V. Direito ao acompanhante, violência obstétrica e poder familiar, **Rev. Pensar. Fortaleza**, 2020.

CASTRO, R.; FRÍAS, S. M. Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. **Violence Against Women**, México, v. 26, n. 6, p.1-18, 2020. Disponível em: <  
<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Obstetric%20violence%20in%20Mexico.pdf>>. Acesso em 08 jul 2019.

DOMINGUES, P.M.L et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Rev. Texto contexto enferm.**, Salvador, v. 2, n. 22, p. 285-292, 2013. Disponível em: <  
<https://www.scielo.br/j/tce/a/c8pbVz3RRYHTNJSND8wQtYt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 05 jul 2019.

DUARTE, M. R. et al. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, n.21, 2019. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1019747>>. Acesso em 18 jul 2020.

FERRÃO, A.; ZANGÃO, O. Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. **Revista RIASE**, Évora, v.3, n.1, p. 886-900, 2017. Disponível em: < <https://1library.org/document/z31j3m9y-liberdade-de-movimentos-posicoes-primeiro-estadio-trabalho-parto.html>>. Acesso em 20 out. 2018

FIGUEIREDO, M.D.A.; CHIARI, B.M.; GOURLART, B.M.G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa, **Rev. Distúrb Comun**, São Paulo, v. 25, n. 1., p. 129-133, 2013. Disponível em: < <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931>>. Acesso em 04 agos 2018.

GOMES, M.M.S. et al. A educação em saúde no pré-natal: conhecimento das gestantes sobre as posições maternas durante o parto normal. **Rev. Elet. Acervo Saúde**, 2020.

GOMES, E. C. H.; DAVIM, R. M. B. Prática do enfermeiro obstetra quanto ao alívio da dor de parturientes. **Rev. de Enfermagem**, Natal, v.12, n.12, p. 3426-35, 2018. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005112>>. Acesso em 04 abr 2019.

JUNG, S.M.; RODRIGUES, F.A.; HERBER, S. Contato pele a pele e aleitamento materno: Experiências de Puérperas. **Rev. de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Vale dos Sinos, v. 10, p.1-8, 2020. Disponível em: < <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3657>>. Acesso em 04 dez 2020.

KLAUS, M.; KENNELL, J.; KLAUS, P. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

LDB : Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. – 4. ed. – Brasília, DF : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2020. 59 p.

LEAL, M.C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, p.17-32, 2014. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/8763/1/Interven%C3%A7%C3%B5es%20o%20bst%C3%A9tricas%20durante%20o%20trabalho.pdf>>. Acesso em 12 jun. 2019.

LEVEFRE, F.; LEVEFRE, A.M.C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas, **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2., p. 502-507, 2014. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tce/a/wMKm98rhDgn7zsfvxnCqRvF/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 15 agos. 2019.

MEDEIROS, N.C.M. et al. Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal. **Temas em saúde**, v. 3, n. 16. 2016. Disponível em: < <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/09/16331.pdf>>. Acesso em 05 mar 2019.

MONTEIRO, B. R. Fatores intervenientes no contato pele a pele entre mãe e bebê na hora dourada, Dissertação de Mestrado apresentando a Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: 2019. 69 fls.

MOTTA, S.A.M.F. Implementação da humanização da assistência ao parto natural, **Rev enferm UFPE**, Recife, v.10, n. 2, p.593-9, 2016. Disponível em: < <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/16919>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

NICIDA, L. R. de A. A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia. História, **Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 25, n. 4, p.1147-1154, 2018. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/XP3PRhKTFf6JWRC6xkYfQdJ/abstract/?lang=pt>>.  
Acesso em: 07 abr 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: OMS, 2018. Disponível em <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 26 abr. 2020.

PAULA, J.P.F; GOUVEIA, H.G. A prática de oferta de líquidos às mulheres durante o trabalho de parto em um hospital universitário. Trabalho de Conclusão de curso apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2016. 96 fls.

PEREIRA, R.M. et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil, **Rev, ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 11, n.23, p. 3517-3524, 2018. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-974726>>. Acesso em 20 mar 2019.

PICHETH, S. F.; CRUBELLATE, J. M.; VERDU, F. C. A transnacionalização do parto normal no Brasil: um estudo das últimas cinco décadas. **Rev. História e Ciências**, Manguinhos, v. 25, n. 4, p. 1063-1082, 2018. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/CPfqzSnWY95FgDRvjWbD7cL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 25 maio 2019.

ROCHA, B.D. et al. Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis, **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.54, p.1-11, 2020.

ROSA, S.G.; LIMA, P.O.; SILVA, G.S.V. A presença do acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto: compreensão das gestantes, *Revista Pró-univerSUS*. 2020.

SAMPAIO, A.R.R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança, **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 2, n.25, p. 281-290, 2016.

SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women, **Cochrane Library**, v. 28, n.4, 2015. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27121907/>>. Acesso em 08 abril 2018.

SANTANA, T.A. et al. Atuação de enfermeiras residentes em obstetrícia na assistência ao parto, **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, 2019. Disponível em : < v19 n1 a17 - Atuação:v5n2a10.qxd.qxd (scielo.br)>. Acesso em 20 jun 2020.

SANTOS, B.A. et al. Assistência de enfermagem para humanização do processo parturitivo: Revisão integrativa da literatura, **International nursing congress**, Theme: Good practices of nursing representations In the construction of Society, Universidade Tiradentes: 2017.

SILVA, C.M. et al. Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto, **Rev. Nutr., Campinas**, v. 29, n.4, 2016. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rn/a/Y7S6rQ8s57QgDqvFbPLfQHP/?lang=pt>>. Acesso em 20 set 2019.

SOUSA, A.M.G. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais, **Revista da Esc Anna Nery**, 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-781519>>. Acesso em : 18 jul 2018.

SILVIA, L. V.G.C. Ingestão de líquidos claros durante o 1ºestadio do trabalho de parto: intervenções do Eesmo, Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Escola Superio de enfermagem de Lisboa, 2017.

VAZ, A. P. O enfrentamento da violência obstétrica de viés racial na América Latina sob a ótica dos direitos humanos, Universidade Federal de Integração Latina Americana, Trabalho de conclusão de curso de especialização (direitos humanos), 2019. Foz do Iguaçu, 43 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: OMS, 2018.

### 4.3. MANUSCRITO 3

Manuscrito submetido a Acta Paulista de Enfermagem

## PRÁTICAS INADEQUADAS NO TRABALHO DE PARTO: RELATO DE PUERPERAS

Ribeiro, Rafaella Ayanne Alves dos Santos; Lira; Margaret Olinda De Souza Carvalho; Oliveira, Jeany Freire; Silva, Marcelo Augusto Saturnino.

### RESUMO

A violência obstétrica se configura na atualidade como um dos tipos de violência de gênero que tem sido destaque no Brasil e no mundo por suas consequências e seu impacto na saúde reprodutiva das mulheres. O estudo se propôs a apreender entendimentos de puérperas sobre vivência de práticas tidas como inadequadas na cena do parto, com foco na realização da manobra de Kristeller e episiotomia, uso de fármacos no intra-parto sem consentimento, direito ao acompanhamento negado, falta de incentivo a posições não-supinas e contato pele-a-pele prejudicado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida no período de outubro de 2019 a junho de 2021, com dados obtidos por meio de entrevista semiestruturada aplicada a quatorze puérperas atendidas em Unidades da Estratégia de Saúde da Família das cidades de Petrolina, Pernambuco e Juazeiro, Bahia. Os achados foram sistematizados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo e interpretados à luz da literatura vigente sobre violência obstétrica. Foram compostos os Discursos Coletivos: Episiotomia e manobra de Kristeller durante o período expulsivo do parto; Uso de ocitocina sem informação adequada a gestante; Dificuldades para acompanhamento: pandemia COVID-19 e estrutura hospitalar inapropriada; Falta de orientação quanto as posições ideais pela equipe de saúde; Contato pele-a-pele imediato inapropriado e sem incentivo a amamentação na primeira hora. O estudo apontou que o DC vivenciou o uso de indutores do parto sem consentimento, manobra de kristeller/episiotomia, falta de incentivo as posições não-supina durante o trabalho de parto, desrespeito à lei do acompanhante e CPP sem incentivo ao aleitamento materno. Destarte é inconcebível a manutenção dessas práticas de VO nos serviços de saúde e as parturientes e seus familiares devem ser informados sobre como atuar para denúncias de ocorrências desse tipo.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Violência contra a mulher; Parto; Parto Humanizado; Saúde da Mulher.

## INADEQUATE PRACTICES IN LABOR: PUERPERA REPORTS

### ABSTRACT

Obstetric violence is currently one of the types of gender violence that has been highlighted in Brazil and in the world for its consequences and its impact on women's reproductive health. The study aimed to capture the understanding of puerperal women about the experience of practices considered inappropriate in the birth scene, focusing on performing the Kristeller maneuver and episiotomy, intrapartum drug use without consent, denied right to follow-up, lack of incentive to no supine positions and impaired skin-to-skin contact. This is a qualitative research developed from October 2019 to June 2021, with data obtained through a semi-structured interview applied to fourteen puerperal women assisted in Family Health Strategy Units in the cities of Petrolina, Pernambuco and Juazeiro, Bahia. The findings were systematized using the Collective Subject Discourse method and interpreted in light of current literature on obstetric violence. Collective Discourses were composed: Episiotomy and Kristeller maneuver during the second stage of labor; Use of oxytocin without adequate information to pregnant women; Difficulties in monitoring: COVID-19 pandemic and inappropriate hospital structure; Lack of guidance on the ideal positions by the health team; Inappropriate immediate skin-to-skin contact and no encouragement to breastfeed in the first hour. The study pointed out that the CD experienced the use of birth inducers without consent, kristeller/episiotomy maneuver, lack of encouragement for non-supine positions during labor, disrespect for the companion law and CPP without encouragement of breastfeeding. Thus, it is inconceivable to maintain these VO practices in health services, and parturients and their families must be informed about how to act in the event of complaints of this type.

Keywords: Violence obstetric; Violence against women; Birth; Humanized birth; Women's Health.

## INTRODUÇÃO

Violência obstétrica é um grave problema de saúde pública e violação aos direitos da mulher. No Brasil, esse fenômeno tem sido recorrente nas práticas de saúde voltadas ao pré-natal e ao parto e estima-se que uma a cada quatro mulheres sofre violência no parto (SANTOS, 2015). Estudos recentes mostram que a presença desse fenômeno também é recorrente ao redor do mundo, como em outros países da América Latina (QUATTROCCHI, 2019; AMROUSSIA et al, 2017; RAJ et al., 2017).

A violência obstétrica se configura na atualidade como um dos tipos de violência de gênero que tem sido destaque no Brasil e no mundo por suas consequências e seu impacto na saúde reprodutiva das mulheres (ANDRADE, 2016). No entanto, muitas vezes esta violência não é percebida ou reconhecida por profissionais da saúde, gestantes e os seus acompanhantes, além de especialistas de Políticas Públicas e da legislação (MENEZES, 2020; SENS; STAMM, 2019).

Violência Obstétrica se refere a atos e intervenções desnecessárias adotadas durante o parto ou período neonatal, praticadas sem o consentimento da mulher, em desrespeito à sua autonomia, às suas decisões, aos seus desejos e sentimentos, que geram efeitos e danos à sua integridade física e/ou psicológica (OLIVEIRA; PENNA, 2019).

Pesquisa realizada em 2017 com 1626 mulheres que deram à luz em maternidades públicas ou privadas brasileiras, pertencentes às cinco diferentes regiões do país, mostra que entre os sentimentos que emergem de mulheres durante o parto, estão inferioridade, vulnerabilidade e insegurança. Também emergem sensações de exposição, falta de privacidade e de desconforto em fazer perguntas, porque os profissionais ignoram ou respondem de forma grosseira (PALMA; DONELLI, 2017).

Corroborando estes resultados, a fundação Perseu Abramo em 2010 evidenciou que 25% das mulheres que tiveram partos normais (nas redes pública e privada) relataram terem sofrido maus-tratos e desrespeito durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto (SENA, TESSER, 2017). Os estudos apontados geram questionamentos sobre como têm sido a prática profissional nesses contextos.

Segundo Moraes et al (2019), existem seis tipos de violência obstétrica, a saber: violência institucional relacionada a falta ou dificuldade de acesso aos serviços de

saúde, bem como infraestrutura inadequada; violência física, caracterizada por práticas desnecessárias e invasivas como manobra de Kristeller, toques excessivos, episiotomia de rotina, amniotomia, uso de ocitocina de rotina, dentre outros; violência moral, relacionada a condutas profissionais inadequadas com supervalorização de tecnologias e carência de decisão da parturiente; violência sexual, violência psicológica e verbal.

Martins et al. (2019) apontam ainda que a violência no parto pode ser expressa por meio de negação do atendimento à mulher nas unidades de saúde; de imposição de qualquer tipo de dificuldade na realização do seu pré-natal; de comentários constrangedores sobre a idade, cor, escolaridade, religião, classe social, estado civil, orientação sexual, número de filhos da mulher gestante, vindo de profissionais ou familiares; e de tomada de decisão referente ao tipo de parto que não são baseadas em recomendações da literatura científica e sim atendendo às conveniências dos profissionais de saúde.

Nesse contexto, o presente estudo se propôs a apreender entendimentos de puérperas sobre vivência de práticas tidas como inadequadas na cena do parto, com foco na realização da manobra de Kristeller e episiotomia, uso de fármacos no intraparto sem consentimento, direito ao acompanhamento negado, falta de incentivo a posições não-supinas e contato pele-a-pele prejudicado. Essas experiências foram extraídas através de entrevistas semiestruturadas aplicadas a mulheres atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de duas cidades do submédio do Vale do São Francisco.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa desenvolvida em Unidades da Atenção Primária à Saúde das cidades de Petrolina-PE e Juazeiro-BA, com dados coletados entre outubro de 2019 a março de 2020 com a participação de 14 puérperas assistidas por essas unidades. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UNIVASF com CAAE nº 94566218.6.0000.5196 e parecer de publicação de nº 2.814.408.

As entrevistas foram elaboradas com base no guia "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"(OMS, 2018), que estabelece condutas referentes à

assistência durante o parto. Foi composto por duas partes: a primeira com informações sócio demográficas e sobre paridade e a segunda, com questões norteadoras relacionados à assistência e às práticas utilizadas durante o parto atual, com foco no uso da manobra de Kristeller, uso de fármacos durante o trabalho de parto e episiotomia.

As narrativas foram transcritas e os resultados encontrados foram sistematizados pelo método do Discurso Coletivo do Sujeito (DCS), técnica que enfatiza a construção do pensamento coletivo e a presença do sujeito-que-fala. Este método busca captar a representação social de um grupo sobre temas que estão imersos na coletividade e podem ser revelados através de discursos individuais (ALVÂNTARA; VESCE, 2008).

No contexto do DSC, as opiniões ou expressões individuais que apresentam sentidos semelhantes são agrupadas em categorias semânticas gerais. Em seguida, cada categoria é associada ao conteúdo das opiniões de sentido semelhante presentes em diferentes depoimentos, de modo a formar com tais conteúdos um depoimento síntese, redigido na primeira pessoa do singular, como se tratasse de uma coletividade falando na pessoa de um único sujeito (LEVEFRE; LEVEFRE, 2014).

Neste sentido, o processo de composição do DSC consistiu na análise das narrativas, matéria-prima, da qual foram extraídas as Ideias Centrais e correspondentes Expressões Chave, que por semelhança compuseram os discursos-síntese (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013). Os achados foram interpretados à luz da literatura vigente sobre violência obstétrica.

Os fragmentos de falas extraídos do volume total dos dados qualitativos foram identificados por códigos (por exemplo, P1, P2, P3 até P14) apenas para distinguir as diferentes participantes e garantir o anonimato de cada uma delas.

## **RESULTADOS**

### **Caracterização do sujeito Coletivo**

Sujeito Coletivo, composto por quatorze mulheres caracterizadas por idade entre 18 a 38 anos (idade prevalente de 23 anos) com prevalência de cor autodeclarada parda (86%), união estável (57%), renda de um salário mínimo (50%) e (78%) referiram ser “do lar”. Sobre a escolaridade, houve predominância do ensino

médio incompleto (36%) seguido de ensino fundamental (29%). Apenas 02 participantes possuíam ensino superior. Quanto a paridade, a maioria (64%) vivenciou a gestação pela segunda vez ou mais e (50%) teve o parto atual cesariano.

As características encontradas constataam que apesar de o sujeito coletivo experenciar a gestação pela segunda vez ou mais, era jovem e com baixa escolaridade, o que pode estar associado à pouca experiência e conhecimento a respeito dos cuidados com a saúde, à violência obstétrica e importância da colaboração no momento do parto, além de dificultar a interpretação de uma intervenção terapêutica e reconhecimento de práticas abusivas (MEDEIROS et al., 2016).

As questões de raça são apontadas como um fator importante, na pesquisa de Vaz (2019). A autora enfatiza que mulheres brancas e negras sofrem violência no parto em proporções diferentes. As mulheres brancas no geral são maioria nos partos cesarianos e uso de analgesia, já as mulheres pretas e pobres prevalecem no número de partos vaginais e utilização da episiotomia.

### **Categorização dos Discursos**

As Ideias Centrais Síntese com sentido idêntico, equivalente ou complementar sobre vivência de violência no parto, que emergiram das narrativas individuais foram sistematizadas e compuseram os discursos coletivos.

Acerca da utilização da manobra de Kristeller durante o trabalho de parto e realização de episiotomia, o discurso coletivo aponta que parte das mulheres sofreu as duas intervenções. A ICS levantada foi: Uso de manobra de kristeller e episiotomia concomitantes durante o parto.

#### **DC 1: Episiotomia e manobra de Kristeller durante o período expulsivo do parto.**

*“Eu só sei que foi cortado e que levou ponto. Ela só me cortou e mandou eu ficar empurrando a barriga. Eles apertaram minha barriga, subiram duas doutoras em cima de mim e viram que ele não ia sair de jeito nenhum” (P1; P6; P12).*

Quando questionadas acerca do uso de medicamentos durante o trabalho de parto, o DSC apontou que algumas mulheres fizeram uso de indutores do trabalho de parto sem serem informadas sobre a indicação e efeitos das medicações.

A ICS para tal questionamento foi: Falta de orientação adequada sobre uso de fármacos.

### **DC 2: Uso de ocitocina sem informação adequada a gestante.**

*“Foi usada uma medicação lá pra eu sentir dor mas não me informaram o motivo. Eu perguntei pra que era e elas disseram assim bem por cima mesmo sabe, daquele jeito que se você perguntasse algo a mais se chateava. A pessoa ficava sem entender o pra quê daquilo” (P1; P4; P6).*

No que se refere ao direito ao acompanhante o DSC apontou que houveram dificuldades impostas pelas instituições de saúde e ainda problemas relacionados ao momento da pandemia do COVID-19, dificultando o acompanhamento integral durante o parto.

Diante desse contexto, foi extraída a seguinte ICS: “Estrutura hospitalar e pandemia covid-19 como empecilhos para acompanhamento”.

### **DC3: Dificuldades para acompanhamento: pandemia COVID-19 e estrutura hospitalar inapropriada.**

*“Tem uma complicação lá a respeito do homem, porque a sala lá que é pra indução, tinha mais quatro na mesma sala e eles não tem uma aceitação legal porque tem outras mulheres na sala. Então eu tive alguns problemas com isso que acabou me chateando durante o processo né... E também meu marido. ele não entrou dentro da sala na hora do parto por causa dessa pandemia, mas ele ficou lá dentro do hospital o tempo todo” (P5; P6; P10).*

Acerca das posições para facilitar o trabalho de parto a seguinte ICS emergiu: “Falta de acompanhamento da equipe de saúde durante o trabalho de parto”

### **DC 4: Falta de orientação quanto as posições ideais pela equipe de saúde.**

*“Minha mãe foi me orientando, me ajudando. Os profissionais nem tavam lá... Mãe fez praticamente o parto sozinha comigo... Aí quando ela viu que o menino tava já pra sair ela chamou e aí eles vieram e viram que o menino tava pra sair. Eu fiquei deitada e segurando as pernas pra cima, em posição de parir mesmo, já na sala de parto” (P3; P6; P12).*

A respostas a pergunta: Quanto tempo depois do nascimento seu filho ficou com você? Você deu peito quanto tempo depois que ele nasceu? levou a seguinte ICS: “Contato pele-a-pele inapropriado e ausência de amamentação na primeira hora de vida”.

**DC5: Contato pele-a-pele imediato insuficiente e falta de estímulo a amamentação na primeira hora de vida.**

*“Quando o bebê nasceu eles colocaram o rostinho dele no meu e depois levaram ele e depois de uns 20 minutos mais ou menos ele veio. A enfermeira em relação a amamentação orientou assim, bem grosseiramente, disse que a acompanhante é que tem que orientar e aí minha mãe meio que sem saber né... Aí depois de 2 horas de nascido colocaram ele para mamar” (P1; P5; P11).*

## **DISCUSSÃO**

No tocante a realização da manobra de Kristeller e episiotomia, o DC relatou vivência dessas práticas durante o parto. A manobra de Kristeller é uma prática muito temida pelas mulheres em trabalho de parto. Essa manobra não é recomendada pelas diretrizes do Ministério da Saúde (AZEVEDO, 2020). Consiste na pressão no útero para a expulsão do bebê e se caracteriza por um procedimento agressivo e que traz consequências deletérias para o binômio mãe-filho (LANSKY, 2019).

Já a episiotomia “se caracteriza como uma incisão cirúrgica realizada na região do períneo com o intuito de aumentar o lúmen do introito vaginal já na fase expulsiva do parto” (CARNIEL; VITAL; SOUZA, 2019). Para os mesmos autores só deve ser realizada em casos restritos para primíparas ou mulheres com episiotomia em parto

anterior. De acordo com a OMS e o Ministério da Saúde, o procedimento só deve ser realizado, no máximo, de 15% a 30% dos partos normais.

O relato de violência obstétrica é associado a práticas assistenciais antiquadas. Há um número muito elevado de mulheres que são colocadas em posição litotômica no parto, são submetidas à manobra de Kristeller, à episiotomia, à episiotomia sem informação e à separação do bebê após o nascimento o que revela a persistência de práticas questionáveis na atenção ao parto (AZEVEDO et al., 2020).

O estudo de Azevedo et al (2020) realizado na cidade de Fortaleza com 110 mulheres no pós parto mostrou que no grupo de mulheres que teve parto vaginal, 46,4% ficaram na posição litotômica no momento do parto; 23,7% foi submetida a manobra de Kristeller e em 30,4% foi realizada a episiotomia. Ademais, no total das mulheres submetidas a episiotomia, 35,6% não foi informada sobre a realização de tal procedimento.

A pesquisa de Lansky et al (2019) realizada com 555 mulheres apontou que 20 das participantes foram submetidas à manobra de Kristeller durante o parto e 18% a episiotomia. Além da própria realização destes procedimentos já ser fato preocupante, os autores apontam ainda que apenas 21,7% e 29% das pacientes submetidas ao Kristeller e a episiotomia, respectivamente, perceberam-se como vítimas de VO (LANSKY, 2019).

Em relação a episiotomia, caso seja necessária a realização do procedimento, este deve ser realizado com a devida justificativa e a parturiente deve receber analgesia efetiva prévia à realização. Além disso, o Ministério da Saúde recomenda a solicitação de permissão à parturiente antes de qualquer procedimento, devendo a mulher ser o foco principal em qualquer tomada de decisão (LANSKY, 2019).

No trabalho desenvolvido por Koettker et al. (2018), são descritas as práticas obstétricas que ocorrem nos partos domiciliares planejados no Brasil, onde os mesmos são assistidos por profissionais qualificados. Das 667 parturientes utilizadas na amostragem, 84,4 % dessas mulheres pariu em casa. Foi mostrado que 99,1% das mulheres pariram em posição não litotômica, 0,2% receberam a manobra de Kristeller e nenhuma parturiente foi submetida à episiotomia. Tal estudo mostra que as práticas obstétricas utilizadas estão em conformidade com os estudos científicos, mas que ainda ocorrem manobras e procedimentos desnecessários, e que o parto domiciliar pode ser uma opção para mulheres que buscam um parto mais humanizado.

Os níveis de intervencionismo e medicalização durante o processo do parto na Espanha foram demonstrados num trabalho realizado por Mena-Tudela e colaboradores (2021), onde percebe-se que a violência obstétrica pode ser parcialmente representada pelo alto número de procedimentos ocorridos nesses partos. Os percentuais encontrados de intervenção foram de 34,2% para a manobra de Kristeller e 39,3% para episiotomia.

É nítida a percepção do quão agressiva e desnecessária é a manobra de Kristeller e a realização da episiotomia de rotina nas parturientes. Apesar das evidências científicas apontando este fato, ainda se observa nas maternidades do país a prática desses dois procedimentos e no presente estudo não foi diferente.

Na análise do DSC deste estudo foi descrito que duas profissionais “subiram” no seu abdome com o propósito de desferir pressão sobre o fundo uterino para a saída do feto. Esse tipo de relato é no mínimo assustador e demonstra o quanto ainda temos profissionais despreparados para assistir com o mínimo de humanidade nossas mulheres.

Ademais, é claro o quanto as mulheres vitimadas pela VO não entendem a seriedade do problema, apesar de compreenderem que foram de alguma forma agredidas. Isso é reflexo da baixa divulgação da VO pela mídia, da falta de amparo da própria instituição de saúde e dos órgãos jurídicos e do não preparo destas mulheres durante o pré-natal, onde poderiam ser empoderadas e preparadas para reconhecer e se defender contra esses maus-tratos.

No que se refere ao uso de ocitocina no intraparto, parte das mulheres entrevistadas fez uso de indutores do parto, mas não foi informada sobre a instalação da medicação. Através da utilização de fármacos ou de instrumentos específicos, pode-se realizar a indução do parto em algumas mulheres. Assim sendo, a gestante que passa por indução do trabalho de parto, tem o direito de conhecer todos os riscos e benefícios que o procedimento possui, como também receber informações acerca da conduta dos profissionais de saúde que estão lhe assistindo, pois, a mulher como dona do seu corpo, deve possuir autonomia para tomar as próprias decisões (SCHINCAGLIA, 2017).

A ocitocina sintética é um dos medicamentos mais utilizados na prática obstétrica. Esse medicamento deve ser utilizado quando existe falha do trabalho de parto, com o intuito de permitir a efetivação do parto vaginal. O uso da medicação então baseia-se na reversão da distocia de parto, evitando a evolução para um parto

cesáreo. No entanto, o uso dessa medicação precisa ser bem indicado. (LOPESOZA; MAESTRE; BORREGO, 2016).

No estudo realizado por Bor et al., (2015) há evidências de que o uso da ocitocina pode resultar em hipotensão, taquicardia, arritmias, náuseas, vômito, cefaleia e inflamação. Mostra que o uso de altas dosagens podem gerar retenção líquida por seu efeito antidiurético, hiponatremia, isquemia miocárdica, convulsões e coma. Relata que também pode ocorrer redução da efetividade de indução do parto com aumento de complicações devido a um longo espaço de tempo durante a indução ou aumento do trabalho de parto em virtude do uso da ocitocina.

No estudo de Lemes et al., (2015), é mostrado que algumas parturientes optaram pelo uso da ocitocina para acelerar o trabalho de parto e auxiliar na diminuição do desconforto causado pela extensão de tempo, mas também relataram que há a intensidade das dores sentidas após a administração do fármaco.

Destarte, a ocitocina é de fato uma aliada na evolução do trabalho de parto quando se percebe distocias e quando bem indicada pode garantir a efetivação do parto normal em diversos casos. No entanto, a sua administração deve ser discutida com a parturiente e esclarecidos todos os seus efeitos, garantindo a essa mulher o direito ao conhecimento sobre todo o processo que diz respeito ao seu corpo e processo de parturição.

É essencial que durante a assistência em saúde a paciente seja orientada e tenha conhecimento sobre todos os cuidados que lhe serão prestados. Portanto é desrespeitoso e desumana a administração de ocitocina ou qualquer outra medicação durante o trabalho de parto sem a informação e consentimento da mulher.

Outra prática seguramente encorajada pela OMS é o estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto e a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto. Várias evidências científicas apontam a efetividade de liberdade de movimentos durante o trabalho de parto. Estes estudos apontam que determinados mecanismos favorecem a dinâmica do parto: ação da gravidade, compressão dos grandes vasos maternos, aumento dos diâmetros do canal de parto e do ângulo de encaixe da cabeça fetal, ventilação pulmonar e equilíbrio ácido-base (FERRÃO; ZAGÃO, 2017).

Para Gomes et al. (2020), a posição vertical auxilia a melhor angulação de abertura da pelve, estimula as contrações uterinas, favorece a descida e expulsão do

recém-nascido, diminui a distensão do períneo, a incidência de episiotomias e de roturas uterinas.

O estudo de Leal et al (2014) baseado na pesquisa “Nascer no Brasil” realizada nos anos de 2011 e 2012 com uma amostra de 23.894 mulheres, evidenciou que aproximadamente 45% delas referiram ter se movimentado durante o trabalho de parto.

O estudo de Sousa et al (2016) realizado em Belo Horizonte com 238 puérperas, evidenciou que 96% destas tiveram livre movimentação durante o parto. As autoras fizeram um comparativo deste resultado com outros estudos semelhantes, porém realizados em períodos diferentes. Inferiram que há mudanças importantes quanto à prática da deambulação ao longo dos anos.

Entre os anos 1998 e 2001, estudos que assumem a centralidade do médico na assistência ao parto salientaram que apenas 11,4 a 20,4% das parturientes tiveram permissão para deambular. Já entre os anos 2003 e 2007, evidenciou-se a participação da enfermeira obstétrica na assistência, com taxa entre 47,6 e 56,2% de utilização dessa prática. As autoras reforçam ainda que os resultados positivos em relação ao cumprimento dos princípios da humanização do parto estão intrinsecamente relacionados a inserção da enfermagem obstétrica no cenário do parto (SOUZA et al., 2016).

Trabalho mais recente, realizado por Santana *et al.* (2019) em Salvador-BA com uma amostra de 112 parturientes apontou que aproximadamente 99% das mulheres se movimentou durante o trabalho de parto, com deambulação ou agachamento. Neste serviço, 100% das mulheres utilizaram algum tipo de método não farmacológico para alívio da dor, durante o trabalho de parto: cavalinho, bola de bobath, banho quente, massagem e outros que incluíam respiração, musicoterapia, aromaterapia, agachamento e vocalização.

É possível inferir, portanto, que o incentivo a verticalização e a liberdade de posição durante o trabalho de parto e parto é uma prática baseada em fortes evidências. O profissional deve estar capacitado para oferecer as orientações adequadas, indicar o movimento correto e ter empatia para apoiar a mulher durante todo o processo de parturição.

No presente estudo, o sujeito coletivo apontou dificuldades e falta de assistência por parte da equipe para orientar e auxiliar na execução das posições verticalizadas. Esse tipo de conduta demonstra o quanto ainda as instituições de

saúde precisam sensibilizar seus profissionais quanto aos benefícios das posições supina tendo em vista o quanto o uso dessa tecnologia leve impacta positivamente na humanização do parto.

No que se refere ao incentivo ao contato pele-a-pele (CPP) imediatamente ao nascimento e amamentação, o DSC permitiu inferir que houve um contato pele-a-pele tímido, rápido e, portanto, inadequado. Ademais, não ocorreu incentivo ao aleitamento materno, parte essencial do CPP.

O CPP e incentivo a amamentação na primeira hora de vida constituem o quarto dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno recomendado (OMS, 2018) e Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Esse contato precoce que consiste na entrega imediata do recém-nascido a sua genitora objetiva incentivar o aleitamento materno precoce (SAMPAIO; BOSQUAT; BARROS, 2016). O recém-nascido despido é colocado em posição prona sobre o peito da mãe, para favorecer a adaptação na transição do espaço intra para o extrauterino, incentivando a amamentação imediatamente após o parto (SILVA et al, 2016).

Os benefícios desse contato inicial incluem melhor efetividade da primeira mamada, regulação e manutenção da temperatura corporal do recém-nascido e estabilidade cardiorrespiratória. Já para a mulher, ocorre diminuição da dor causada pelo ingurgitamento mamário, segurança e diminuição da ansiedade desenvolvida ao longo da gestação, contribuindo para melhores índices de aleitamento materno nos primeiros quatro meses após o parto, maior duração da amamentação, melhor comportamento de afeto e apego da mãe, vínculo, sentimentos de tranquilidade e conforto para o binômio mãe-filho (CAMPOS *et al.*; 2020).

Além disso, o CPP e AM têm importância na contração uterina e consequente redução do risco de hemorragia pós parto, justificado pelo estímulo vagal e liberação da ocitocina induzidos pelo toque, calor e odor. A longo prazo, a adoção dessas práticas funciona para mães como fator de proteção para diabetes tipo 2 e para os cânceres de ovário e mama; amenorreia lactacional e maior perda de peso no puerpério. Já para o recém-nascido, o estímulo precoce e o sucesso da amamentação podem favorecer o seu desenvolvimento motor (JUNG; RODRIGUES; HERBER, 2020).

A pesquisa de Campos *et al.* (2020) realizada em um hospital universitário do Rio Grande do Sul, apontou que de um total de 586 puérperas, 60,1% (350) dos recém-nascidos realizou o contato pele-a-pele com suas mães imediatamente após o

parto e em apenas 44,9% o aleitamento materno ocorreu imediatamente ao nascimento.

O trabalho de Jung, Rodrigues e Herber (2020) desenvolvido com puérperas no alojamento conjunto de um hospital privado evidenciou que o contato pele a pele não fora realizado, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. As autoras apontam a predominância de uma assistência tecnicista, onde o que se prioriza é a realização de procedimentos iniciais no recém-nascido e posterior apresentação deste a sua genitora, mesmo que o RN tenha nascido em boas condições de vida.

De acordo com o Ministério da Saúde, o contato pele a pele deve ser estabelecido antes da realização de qualquer procedimento de rotina e não deve ser interrompido enquanto não houver o consentimento da mulher (BRASIL, 2014).

Monteiro (2019) desenvolveu um trabalho observacional onde foram acompanhados 105 nascimentos. O objetivo do estudo foi descrever os fatores que interferem no contato pele a pele entre mãe e bebê na chamada hora dourada. O estudo permitiu identificar que nos serviços analisados o CPP entre o binômio mãe-filho foi oportunizado somente para três nascimentos, diferente dos demais que tiveram seu direito interrompido por condutas hospitalares.

Dado relevante da pesquisa de Monteiro (2019) é que a maioria dos recém nascidos teve um índice de apgar considerado tranquilizador. Dos neonatos avaliados, 81,9% (n=86) apresentaram APGAR no 1º minuto entre 8-10 e 91,4% (n=96) dos neonatos tiveram no 5º minuto de vida APGAR entre 8-10. Esse dado aponta que os recém nascidos nasceram em boas condições, o que não justifica então a não realização do CPP como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Para Barboza (2016) os benefícios psicológicos e fisiológicos do CPP e AM são claros e cientificamente comprovados. Klaus; Kenned e Klaus (2000) chamam atenção para o chamado período sensitivo, um curto espaço de tempo após o nascimento, fundamental para o desenvolvimento do apego seguro, que nunca mais irá se repetir e por conseguinte deve ser priorizado e levado muito a sério pela equipe de saúde.

Contudo, apesar da reconhecida importância, o sucesso desse processo pode ser dificultado diante de hábitos e rotinas hospitalares, entre eles, os cuidados imediatos ao recém-nascido, maior incidência de cesarianas, acentuada analgesia do parto, contribuindo para a sonolência materna e redução do estado de alerta do RN (SILVA et al, 2016).

Diante do exposto, é inquestionável a compreensão do papel essencial que o contato precoce e o estímulo ao aleitamento materno no desenvolvimento do binômio mãe-filho, em diversos aspectos. Portanto, o CPP e AM devem ser prioridade após o nascimento por serem situações onde o vínculo adquirido se perpetua na vida do binômio mãe-filho.

Muitas vezes, a sobrecarga de trabalho e a rotina tecnicista de alguns profissionais de saúde levam a não realização dessas etapas ou a sua realização com restrições, como o ocorrido nesse estudo. Para superação desse tipo de atitude é preciso sensibilização e acompanhamento constante da atuação dessas equipes a fim de garantir a efetivação dessa tão importante prática.

## **CONSIDERAÇÃO FINAIS**

O sujeito coletivo vivenciou o uso de indutores do parto sem consentimento, manobra de Kristeller/episiotomia, falta de incentivo as posições não-supina durante o trabalho de parto, desrespeito à lei do acompanhante e CPP inadequado, além de falta de incentivo ao aleitamento materno na primeira hora de vida. A vivência dessas práticas na cena do parto certamente trás sentimentos de dor, angústia, medo e rejeição.

Procedimentos agressivos, principalmente quando se trata de realização de Kristeller e episiotomia, sabidamente proscritos pelas autoridades em humanização do parto, não baseados em evidências e prejudiciais à saúde da mulher, podem causar não apenas transtornos mentais, mas físicos no binômio mãe-filho.

É inconcebível hoje as maternidades brasileiras ainda darem espaço para profissionais que realizam tais condutas rotineiramente. Infelizmente o que se percebe na literatura nacional e foi evidenciado também nesse estudo é que as práticas de violência se perpetuam e se reproduzem de forma semelhante pelas instituições do país e muito pouco é feito para superação dessa problemática.

Informar as grávidas ainda no pré-natal sobre a existência da VO seria um importante passo para o empoderamento dessas mulheres e uma barreira as atitudes preditoras de violência no parto. Ademais, estas mulheres precisam saber que podem denunciar e quais são os caminhos para tal, o que facilitaria a tomada de decisão.

Destarte, a literatura nacional vem trabalhando de forma mais regular com a importante temática da VO e dando visibilidade a esta situação. Falar sobre este

problema, divulgar, direcionar as mulheres é uma estratégia essencial para a inibição de novos casos. A VO deixa sequelas na vida de mulheres e de suas famílias e precisa ser levada a sério e combatida, para que o nascimento do recém-nascido e dessa nova mulher seja respeitado e humanizado independente de qualquer circunstância.

## REFERÊNCIAS

ALVÂNTARA, A.N.; VESNE, G.E.P. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. 2008.

AMROUSSIA, N., HERNANDEZ, A., VIVES-CASES, C., GOICOLEA, I. "Is the doctor God to punish me?" An intersectional examination of disrespectful and abusive care during childbirth against single mothers in Tunisia. **Reproductive Health**, v. 14, n. 32, 2017.

ANDRADE, P. de O. N.; SILVA, J. Q. P. da; DINIZ, C. M. M. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 16, n. 1, p. 29-37, 2016.

AZEVEDO, A.S. et al. Percepção de puérperas quanto às boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto. **Rev Med UFC**, v.60, n.1, p. 28-34,2020.

BARBOZA, L.A. Contato mãe-filho e amamentação na primeira hora de vida: avanços, desafios e influência da enfermagem, Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade de Brasília. Brasília: 2016. 29 fls.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasil: Ministério de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2014.

CAMPOS, P.M. et al. Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, n. 41. 2020.

FERRÃO, A.; ZANGÃO, O. Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. **Revista RIASE**, 2017.

FIGUEIREDO, M.D.A.; CHIARI, B.M.; GOURLART, B.M.G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa, **Rev. Distúrb Comun**, v. 25, n. 1. São Paulo: 2013, p. 45.

GOMES, M.M.S. et al. A educação em saúde no pré-natal: conhecimento das gestantes sobre as posições maternas durante o parto normal. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, 2020.

KLAUS, M.; KENNEL, J.; KLAUS, P. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

IRAJ, A. et al. Associations between mistreatment by a provider during childbirth and maternal health complications in Uttar Pradesh, India. **Maternal and Child Health**, v. 21, p. 1821-1833, 2017.

JUNG, S.M.; RODRIGUES, F.A.; HERBER, S. Contato pele a pele e aleitamento materno: Experiências de Puérperas. **Rev. de Enfer. Centro Oeste Mineiro**. 2020.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. de M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto contexto – Enfermagem.**, Florianópolis, v. 26, n. 2, 2017.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes, **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 24, n. 8, p. 2811-2823, 2019.

LEAL, M.C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014.

LEVEFRE, F.; LEVEFRE, A.M.C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas, **Rev. Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 2. Florianópolis: 2014.

LEMES et al. Percepção das puérperas em relação à indução do parto. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba. v. 17, n. 2, 2015, p. 86-91.

LOPEZOSA; P.H.; MAESTRE, M.H.; BORREGO, M.A.R. Estimulação do parto com oxitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais; **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.24, p.1-8, 2016.

MARTINS, F. L. et al. Violência Obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. **Rev. Saúde em Foco**, n. 11, p. 413-423, 2019.

MEDEIROS, N.C.M. et al. Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal. **Temas em saúde**, v. 3, n. 16. 2016.

MENA-TUDELA, D. et al. Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals, Times, and Areas, **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Espanha, v.18, p. 8-17, 2021.

MENEZES, F. R. de.; REIS, G. M. dos; SALES, A. de A. S.; JARDIM, D. M. B.; LOPES, T. C. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, 2020.

MONTEIRO, B. R. Fatores intervenientes no contato pele a pele entre mãe e bebê na hora dourada, Dissertação de Mestrado apresentando a Universidade Federal do Rio Grande do Norte. NATAL: 2019. 69 fls.

MORAIS, L.O et al. O Parto Humanizado no contexto atual: Uma revisão integrativa. **Rev. Elet. Acervo Saúde**, v. 37. 2019.

KOETTKER, J.G. et al. Práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados assistidos no Brasil, **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, n. 54, p 1-7, 2018.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: OMS, 2018.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. de M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto contexto – Enfermagem.**, Florianópolis, v. 26, n. 2, 2017.

RAJ, A. et al. Associations between mistreatment by a provider during childbirth and maternal health complications in Uttar Pradesh, India. **Maternal and Child Health**, v. 21, p. 1821-1833, 2017.

SAMPAIO, A.R.R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança, **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 2, n. 25, 2016

SANTANA, T.A. et al. Atuação de enfermeiras residentes em obstetrícia na assistência ao parto, **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, 2019.

SANTOS, R. A. A., MELO, M. C. P., CRUZ, D. D. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. **Caderno de Cultura e Ciência**, Ano IX, v. 13, n. 2, 2015.

SENA, L.M.; TESSER, C.D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências, **Rev. Comunicação e Interface**, v. 60, n. 21, 2017.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. de F. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, 2019.

SCHINCAGLIA, CY et al. As consequências do uso de ocitócitos durante o parto. **Revista Recien**, São Paulo, v. 7, n. 19, 2017.

SILVA, C.M. et al. Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto, **Rev. Nutr.**, Campinas, 2016.

SOUSA, A.M.G. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais, **Revista da Esc Anna Nery**, 2016.

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

QUATTROCCHI, P. Obstetric Violence Observatory: Contributions of Argentina to the International Debate. **Medical Anthropology**, v. 38, n. 8., p. 762-776, 2019.

VAZ, A. P. O enfrentamento da violência obstétrica de viés racial na América Latina sob a ótica dos direitos humanos, Universidade Federal de Integração Latina Americana, Trabalho de conclusão de curso de especialização (direitos humanos), 2019. Foz do Iguaçu, 43 p.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

O ato de parir no Brasil é de extrema coragem e abnegação. A mulher que irá se transformar em mãe precisa enfrentar duas situações conflitantes: dar à luz ao seu tão esperado/desejado recém-nascido e aceitar muitas vezes todo um cenário de violência e sofrimento para que esse acontecimento seja possível, embasadas na premissa de que o parto está intrinsecamente relacionado a um momento de dor necessária.

A violência obstétrica no Brasil machuca ainda mais por ser um fenômeno invisível. Invisível para a sociedade, para os profissionais de saúde, para a justiça e muitas das vezes para a própria mulher que não possui alternativa e se vê obrigada a aceitar toda forma de agressão em prol de uma assistência em saúde durante o parto, ainda que totalmente precária e desumanizada.

Existe no Brasil uma clara falta de informação a população, o que leva a continuidade da VO nos serviços, sejam eles públicos ou privados. Essa desinformação leva ao desconhecimento dos maus-tratos como violação de direitos e conseqüentemente a aceitação dos mesmos como algo naturalmente inerente aos procedimentos médicos.

Quanto a proposta da pesquisa, os objetivos foram alcançados. Pôde-se perceber um entendimento ainda que tímido da maioria das mulheres a respeito de comportamentos preditores de VO como atitudes dos profissionais de saúde não baseadas em evidência científicas, destrato verbal, omissão de informações relacionadas ao processo do parto, negligência, violência psicológica e estrutural, dentre outras.

A maior parte do DC apontou falhas no processo de humanização do parto. O estudo apontou que o DC vivenciou o uso de indutores do parto sem consentimento, manobra de kristeller/episiotomia, falta de incentivo as posições não-supina durante o trabalho de parto, desrespeito à lei do acompanhante e CPP sem incentivo ao aleitamento materno. Destarte é inconcebível a manutenção dessas práticas de VO nos serviços de saúde e as parturientes e seus familiares devem ser informados sobre como atuar para denúncias de ocorrências desse tipo.

Houve no entanto o levantamento de experiência positivas na condução de parto de algumas mulheres, vivências estas comprometidas com a humanização do momento. Atitudes como a oferta de líquido e alimentos sólidos durante o trabalho de

parto, contato pele-a-pele imediato e amamentação na primeira hora de vida, incentivo a posições facilitadoras do trabalho de parto e direito ao acompanhamento em tempo integral e de escolha da parturiente. Sabe-se que estas são algumas das práticas baseadas em evidência científica sobre os benefícios para o binômio mãe-filho e devem ser realidade em todos os serviços de saúde comprometidos com o bem-estar físico e psicológico das suas usuárias.

Dessa forma, é perceptível que o respeito e o acolhimento direcionados para a gestante pode definir a qualidade da experiência do parto. A presença e funcionamento das diretrizes de humanização nestes serviços pode garantir uma experiência acolhedora e tranquila para a mulher. O não prosseguimento dessas diretrizes, pode gerar sofrimento para essa pessoa que pode se estender para além do período passado no hospital.

No entanto, apesar desses relatos de experiências exitosas, o que predominou na presente pesquisa foi a ocorrência de diversas formas de VO na grande maioria do DC construído. Esse tipo de resultado não é incomum nas maternidades do país e há uma série de trabalhos de cunho semelhantes apontando informações parecidas. Isso mostra o quanto a VO ainda é realidade no Brasil como um todo e o quanto nossas mulheres são vitimadas em um momento onde só deveria existir respeito e empatia.

Enquanto enfermeira obstetra acredito que há muito a ser superado no campo da atenção obstétrica humanizada ao parto no Brasil. Profissionais despreparados, mulheres desinformadas, familiares ansiosos pelo desfecho do parto, equipe de saúde naturalizando atitudes hostis e desrespeitosas de seus colegas de trabalho e o círculo vicioso da violência se perpetuando. Nesta situação, a formação continuada dos profissionais de saúde é essencial para que se lance no mercado de trabalho em saúde indivíduos comprometidos com o partear, com o cuidado a saúde do binômio mãe-filho, indivíduos treinados para a escuta qualificada, a empatia e o cuidado.

É salutar uma ampla divulgação desse tipo de violência contra a mulher nos veículos públicos, de forma a encorajar estas vítimas a falarem sobre as dores geradas durante o parto e para que outras gestantes, puérperas ou mulheres em situações de abortamento não tenham o direito a autonomia sobre seus corpos ferido.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M. D.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013.
- ANGROSSINO, M. Etnografia e observação participante. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- ALVÂNTARA, A.N.; VESNE, G.E.P. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. Educere: 2008.
- 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.
- AMROUSSIA, N. et al. “Is the doctor God to punish me?” An intersectional examination of disrespectful and abusive care during childbirth against single mothers in Tunisia. **Reproductive Health**, v. 14, n. 32, 2017.
- ANDRADE, P. de O et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 16, n. 1, p. 29-37, 2016.
- ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, 2018.
- AZEVEDO, A.S. et al. Percepção de puérperas quanto às boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto. **Rev Med UFC**, v.60, n.1, p. 28-34,2020.
- AZZI, R. G. Desengajamento moral na perspectiva da teoria social cognitiva. **Rev. Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 208-219, 2011.
- BARBOZA, L.A. **Contato mãe-filho e amamentação na primeira hora de vida: avanços, desafios e influência da enfermagem**, Trabalho de Conclusão de Curso apresentada a Universidade de Brasília. Brasília: 2016. 29 fls.
- BARBOSA, L. de C.; FABBRO, M. R. C.; MACHADO, G. P. de R. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Rev. enferm.**, Bogotá, v. 35, n. 2, p. 190-207, 2017.
- BATISTA, S. da S.; GONÇALVES, M. F. R.; GIOTTO, A. C. Violência Obstétrica Institucional no Brasil. **Rev. Brasileira de Educação e Saúde**, v. 9, n.3, p. 115-121, 2019.

BATISTA, G. J. et al. A expressiva importância da humanização no trabalho de parto, **Research, Society and Development**, Gurupi, v. 10, n. 7, 2021.

BOARETO, M. C. **Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

BOR, F. et al. Continuation versus discontinuation of oxytocin infusion during the active phase of labour: a randomised controlled trial. **An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**- BJOG. v.143, p. 129 - 135, janeiro.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf).>  
Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.418, de 02 DE DEZEMBRO DE 2005: regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: < <https://pt.scribd.com/document/71358494/Saude-Da-Mulher-Um-Dialogo-Aberto-Part>.> Acesso em: 26 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasil: Ministério de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 10/2020  
COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Atenção à saúde ;do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, 2020.

BRIGAGÃO, M.I.J.; GONÇALVES, R. O uso das tecnologias em obstetrícia: uma leitura crítica. **Rev. Fazendo Gênero**, v. 9, p. 2-11, 2010.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Rev. Eletron. dos Pós-Grad. em Sociol. Política da UFSC**, v. 2. n. 1, 2005.

CAMPOS, P.M. et al. Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm.*, n. 41. 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/d9ZGSyPWYzSWvDv3r8fPHfp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 23 jun. 2021.

CARDOSO, F. J. da C.; COSTA, A. C. M. da; ALMEIDA, M. MM; SANTOS, T. S. dos; OLIVEIRA, F. B. M. Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. **Rev. enferm. UFPE online**, v. 11, n. 9, p. 3346-3353,.2017.

CARNEIRO, K.F.D. Uso de tecnologias do cuidado na assistência ao parto normal em um Hospital Universitário, *Tópicos em Ciências da Saúde*, v. 23, Editora Poisson, cap. 2. Belo Horizonte, 2021.

CARNIEL; F.; VITAL, D. da S.; SOUZA, T. D. P. de. Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 2, 2019.

CARVALHO, L. D. de. O reconhecimento legal contra a violência obstétrica no Brasil: Análise das legislações estaduais e projeto de Lei Federal nº 7.633/2014. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2017.

CASTRILLO, B. Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. **Sex., Salud Soc.** (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 24, p. 43-68, 2016.

CASTRO, A.; SAVAGE, V. Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. **Medical Anthropology**, v. 38, n. 2, p. 123-136, 2018.

CASTRO, R.; FRÍAS, S. M. Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. **Violence Against Women**, v. 26, n. 6-7, p.1-18, 2020.

CASTRO, T.D.V. Direito ao acompanhante, violência obstétrica e poder familiar, *Revista Pensar*. Fortaleza, 2020.

CESTARI, V. R. S. et al. Tecnologias do cuidado utilizadas pela enfermagem na assistência ao paciente politraumatizado. *Cogitare Enfermagem*, 2015.

CHADWICK, R. Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives. **Feminism & Psychology**, v. 27, p. 489-509, 2017.

CHATTOPADHYAY, S.; MISHRA, A.; JACOB, S. 'Safe', yet violent? Women's experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. **Culture, Health & Sexuality**, v. 20, n. 7, p. 815-829, 2017.

DIAMOND-SMITH, N., TRELEAVEN, E., MURTHY, N., SUDNINARASET, M. Women's empowerment and experiences of mistreatment during childbirth in facilities in Lucknow, India: Results from a cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 335, 2017.

DIAS, S.; PACHECO, A. Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica. **Rev. Arquivos Científicos (IMMES)**, v. 3, n. 1, p. 04-13, 18 jun. 2020.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 627-637, 2005.

DUARTE, M. R. et al. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. *Cogitare Enfermagem*, 2019.

ESTEVES-PEREIRA, A. P.; DENEUX-TRARAUX, C.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; SAUCEDO, M.; BOUVIER-COLLE, M. H.; LEAL, M. Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. **PloS one**, v. 11, n. 4, p. 1-13, 2016.

ESTEVES-PEREIRA, A. P.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; MOREIRA, M. E.; THEME-FILHA, M.; GAMA, S. G. N. da. Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil. **BMJ Open**, v. 7, n. 12, p. 1-11, 2017.

ESTUMANO, V. K. C. et al. Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, v.7, n. 19. 2017.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Posicionamento oficial do Ministério da Saúde sobre o termo “violência obstétrica”. FEBRASGO [online], 03 mai. 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/es/component/k2/item/797-posicionamento-oficial-do-ministerio-da-saude-sobre-o-termo-violencia-obstetrica>. Acesso em: 28 abr. 2019.

FERRÃO, A.; ZANGÃO, O. Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. *Revista RIASE*, 2017.

FEREY, M. P.; PELEGRI, A. Brasil é o segundo país com maior taxa de cesáreas do mundo. *Folha de S. Paulo*, 12 out. 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/10/brasil-e-o-segundo-pais-com-maior-taxa-de-cesareas-do-mundo.shtml>> . Acesso em: 26 abr. 2020.

FIGUEIREDO, M.D.A.; CHIARI, B.M.; GOURLART, B.M.G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa, **Rev. Distúrb Comun**, v. 25, n. 1. São Paulo: 2013, p. 45. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br//index.php/dic/article/viewFile/14931/11139>>. Acesso em: 19 mai 2018.

FREIRE, M. M. L.; BONAN, C.; NAKANO, A. R. Medicalização da gestação e do parto nas páginas da revista *Claudia*, 1961-1990. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 959-977, 2018.

FREY et al. Factors Associated with Higher Oxytocin Requirements in Labor. *J Matern Fetal Neonatal Med.* v. 28, n. 13, p. 1614 - 1619, setembro. 2015.

GIANTÁGLIA, F.N. et al. Humanização do cuidado em um programa de residência enfermagem obstétrica: possibilidades e desafios. **Rev. Enfermería: Cuidados Humanizados.** v. 9. 2020.

GOMES, E. C. H.; DAVIM, R. M. B. Prática do enfermeiro obstetra quanto ao alívio da dor de parturientes. **Rev. de Enfermagem UFPE**, 2018.

GOMES, M.M.S. et al. A educação em saúde no pré-natal: conhecimento das gestantes sobre as posições maternas durante o parto normal. *Rev. Eletrônica Acervo Saúde*, 2020.

GUIMARÃES, L. B. E.; JONAS, E.; AMARAL, L. R. O. G. do. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, 2018.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRIGUEZ-BORREGO, M. A. Estimulação do parto com oxitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, 2016.

JUNG, S.M.; RODRIGUES, F.A.; HERBER, S. Contato pele a pele e aleitamento materno: Experiências de Puérperas. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro.**2020.

JUNIOR, P.F.P.O.; PACAGNAN, M.N.; MARCHIORI, M. Contribuições da Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para Investigação da Estratégia como Prática, VI encontro de estudos em estratégia, Bento Gonçalves, 2013.

KLAUS, M.; KENNEL, J.; KLAUS, P. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

KOETTKER, J.G. et al. Práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados assistidos no Brasil, **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, n. 54, p 1-7, 2018. Disponível em: <  
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/33NGVhjgfXMkHr6b5SgDS6h/?format=pdf&lang=pt>>  
. Acesso em 20 jun 2019.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes, **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 24, n. 8, p. 2811-2823, 2019.

LEAL, M. de C.; GAMA, S. G. N. da; CUNHA, C. B. da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>.

LEAL, M.C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014.

LEAL, M. do C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, 2019.

LEISTER, N.; RIESCO, M. L. G. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto contexto - Enfermagem.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 166-174, 2013.

LEMES et al. Percepção das puérperas em relação à indução do parto. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba.* v. 17, n. 2, p. 86 - 91, 2015.

LEVEFRE, F. et al. O discurso do sujeito coletivo como eu ampliado: aplicando a proposta em pesquisa sobre a pílula do dia seguinte, **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.**, São Paulo, v.20, n. 3., 2010.

LEVEFRE, F.; LEVEFRE, A.M.C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas, **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, 2014.

LOPEZOSA; P.H.; MAESTRE, M.H.; BORREGO, M.A.R. Estimulação do parto com oxitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais; **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016. Disponível em: <  
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/RVcQ6KDg65jfXSnmfyctRq/?lang=pt&format=pdf>>.  
Acesso em 13 jul 2021.

MAIA, M. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MANOEL, L.F.O. Por conta e risco: O atendimento da mulher no ciclo gravídico puerperal na Estratégia de Saúde da Família... O caso Esmeralda. 2009. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2009.

MARRERO, L.; BRUGGEMANN, O. M. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1152-1161, 2018.

MARTIN, E. A Mulher no Corpo: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garland, 2006.

MARTINS, A. P. V. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MARTINS, F. L. et al. Violência Obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. **Rev. Saúde em Foco**, n. 11, p. 413-423, 2019.

MENA-TUDELA, D. et al. Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals, Times, and Areas, **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Espanha, v.18, p. 8-17, 2021. Disponível em: < <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3359>>. Acesso em 07 set 2021.

MENEZES, F. R. de.; REIS, G. M. dos; SALES, A. de A. S.; JARDIM, D. M. B.; LOPES, T. C. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, 2020.

MENEZES, M. G. B.; DIAS, D. F. S. A Humanização do Cuidado no Pré-Parto e Parto, **Revista Digital FAPAM**, Pará de Minas, n. 3, p. 24-36, 2012.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. Introdução: notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (orgs.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade, 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MONTEIRO, B. R. Fatores intervenientes no contato pele a pele entre mãe e bebê na hora dourada, Dissertação de Mestrado apresentando a Universidade Federal do Rio Grande do Norte. NATAL: 2019. 69 fls.

MONTESINOS-SEGURA, R. et al. Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. **Gynecology & Obstetrics**, v. 140, p. 184-190, 2018.

MORAN, AC; WAHED, T; AFSANAC, K. Oxytocin to augment labour during home births: an exploratory study in the urban slums of Dhaka, Bangladesh. **BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**. v. 118, n. 3, p. 1608 - 1615, setembro. 2010.

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). Projeto História, São Paulo, v. 25, p. 197-219, 2002.

MOURA, F, de J. S. P.; Crizostomo, C. D.; Nery, I. S.; Mendonça, R. de. C. M.; Araújo, O. D. de, & Rocha, S. S. da. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 452-455, 2007.

MOTTA, S.A.M.F. **Implementação da humanização da assistência ao parto natural**, Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(2):593-9, fev., 2016.

NICIDA, L. R. de A. A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.1147-1154, 2018.

NICIDA, L. R. de A.; TEIXEIRA, L. A. da S.; RODRIGUES, A. P.; BONAN, C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4531-4546, 2020.

NUNES, G.C.; NASCIMENTO, M.C.D; LUZ, M.A.C.A. Pesquisa científica: conceitos básicos, Rev. mult. e psicologia, Recife, v.21, p.144-21, 2016. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/390/527>>. Acesso em 07 jan 2022.

NUNES, G.F.O. et al. Violência obstétrica na visão de mulheres no parto e puerpério, Revista Perspectivas Online: Biológicas & Saúde, v. 10, n. 35, p. 12-29, 2020.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. de M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto contexto – Enfermagem.**, Florianópolis, v. 26, n. 2, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: OMS, 2018.

PALHARINI, L. A.; FIGUEIRÔA, S. F. de M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.1039- 1061, 2018.

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

PAULA, J.P.F. A prática de oferta de líquidos às mulheres durante o trabalho de parto em um hospital universitário. Trabalho de Conclusão de curso apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2016. 96 fls.

PERNAMBUCO, Diário oficial do estado. Lei nº 16.499 de 06/12/2018. Trata sobre a definição da violência obstétrica. Recife, 2018.

PICHETH, S. F.; CRUBELLATE, J. M.; VERDU, F. C. A transnacionalização do parto normal no Brasil: um estudo das últimas cinco décadas. **História, Ciências, / Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1063-1082, 2018.

PRISZKULNIK, G.; MAIA, A. C. Parto humanizado: influências no segmento saúde. **Mundo saúde**, v. 33, n. 1, p. 80-88, 2009.

QUATTROCCHI, P. Obstetric Violence Observatory: Contributions of Argentina to the International Debate. **Medical Anthropology**, v. 38, n. 8., p. 762-776, 2019.

RAJ, A. et al. Associations between mistreatment by a provider during childbirth and maternal health complications in Uttar Pradesh, India. **Maternal and Child Health**, v. 21, p. 1821-1833, 2017.

ROSA, S.G.; LIMA, P.O.; SILVA, G.S.V. A presença do acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto: compreensão das gestantes, *Revista Pró-univerSUS*. 2020.

SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women, **Cochrane Library**, 2015.

SAMPAIO, A.R.R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança, **Epidemiol. Serv. Saude**, V. 2, N. 25. Brasília; 2016.

SANTANA, T.A. et al. Atuação de enfermeiras residentes em obstetrícia na assistência ao parto, **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, 2019.

SANTOS, R. A. A., MELO, M. C. P., CRUZ, D. D. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. **Caderno de Cultura e Ciência**, Ano IX, v. 13, n. 2, 2015.

SANTOS, F.P.S. et al. Autonomia do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual, *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, V.19, N. 2. Recife, 2019.

SANTOS, R. C. S. dos; SOUZA, N. F. de. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 5, n. 1, p. 57-68, 2015.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev. Ciências Médicas**, v. 12, n. 3, p. 261-268, 2003.

SCHINCAGLIA, C. et al. As consequências do uso de ocitócitos durante o parto. **Revista Recien**, São Paulo. v. 7, n. 19, p. 78, 2017.

SENA, L. M. "Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração." A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Florianópolis, 2016.

SENA, L.M.; TESSER, C.D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências, **Rev. Comunicação e Interface**, v. 60, n. 21, 2017.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. de F. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, 2019.

SILVA, B. S. M. da. A “maternidade moderna” e a medicalização do parto nas páginas do Boletim da Legião Brasileira de Assistência, 1945-1964. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1019-1037, 2018.

SILVA, F.; NUCCI, M.; NAKANO, A. R.; TEIXEIRA, L. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde e Sociedade.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 171-184, 2019.

SILVA, C.M. et al. Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto, **Rev. Nutr.**, Campinas, 2016.

SILVIA, L. V.G.C. Ingestão de líquidos claros durante o 1ºestadio do trabalho de parto: intervenções, Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Escola Superior de enfermagem de Lisboa, 2017.

SOUZA, A. B. de S.; SILVA, L. C. da; ALVES, R. das N., ALARCÃO, A. C. J. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciências Médicas**, v. 25, n. 3, p. 115-128, 2016.

SOUSA, A.M.G. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais, **Revista da Esc Anna Nery**, 2016.

SOUZA, L. V. de. Fontes para a história da ginecologia e obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.1129-1146, 2018.

TAQUETTE, S.R. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde, **Rev Investigação Qualitativa em Saúde**, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do estado do Rio de Janeiro. 2016.

TURATO, E. R. Métodos quantitativos e qualitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus métodos de pesquisa. **Rev. de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 257, 2005.

VAZ, A. P. O enfrentamento da violência obstétrica de viés racial na América Latina sob a ótica dos direitos humanos, Universidade Federal de Integração Latina Americana, Trabalho de conclusão de curso de especialização (direitos humanos), 2019. Foz do Iguaçu, 43 p.

VENTURI, G.; GODINHO, T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2013.

VIEIRA, C. T. Trajetória dos Direitos Sexuais e Reprodutivos no Brasil à Luz dos Direitos Humanos. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Políticas) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

ZANARDO, G.L.et al. Violência Obstétrica no Brasil: uma Revisão Narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, n. 155043, p.1-11, jul. 2017..

WEIS, S. et al. Earlyamniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapyfor, delay in first stage spontaneous labour compared withroutine care. **Cochrane Database Syst Rev**. 2012.

WERMUTH, M.A.D.; GOMES, P.R.F.; NIELSSON, J.G. Uma análise biopolítica do parto e da violência obstétrica no Brasil, **Univertas JUS**, v. 27, n. 2, 2016.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Rev. Saúde Soc. São Paulo**, v. 17, n. 3, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: OMS, 2018.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A- Roteiro de entrevista semi-estruturada direcionada às puérperas**

### **1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

- Iniciais
- Cor
- Idade
- Escolaridade
- Renda média
- Profissão
- Estado civil
- Número de gestações
- Tipo de parto atual

### **2. PERGUNTAS EM RELAÇÃO AO PARTO ATUAL**

2.1 Como foi sua experiência do parto atual?

2.2 Como você foi tratado pelos profissionais durante o trabalho de parto e parto?

2.3 Quem acompanhou você no momento do parto?

2.4 Durante seu trabalho de parto em quais posições você ficou para facilitar o nascimento do seu bebê?

2.5 Você se alimentou e bebeu água ou outro líquido durante o trabalho de parto? (se parto normal).

2.6 Quanto tempo depois do nascimento seu filho ficou com você? Você deu peito quanto tempo depois que ele nasceu?

2.7 Se o parto foi normal, foi realizada a episiotomia (corte no períneo) ou manobra de Kristeler (foi feito pressão na sua barriga pra ajudar na saída do bebê? Você pode me descrever?

2.8 Foi necessário o uso de remédio pra aumentar as contrações? Se sim, você recebeu orientação sobre os efeitos dessa medicação?

2.9 Pra você o que é violência obstétrica?

2.10 Você sofreu violência obstétrica

## **APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: “Violência na atenção obstétrica: um olhar sobre puérperas assistidas no interior do Vale do São Francisco”. O objetivo desse estudo é compreender significados atribuídos por puérperas sobre violência obstétrica no processo de parto e pós-parto.

O desenvolvimento desse estudo se justifica pela relevância da violência obstétrica como um problema de saúde pública. Ademais a análise dessa problemática servirá de subsídio para evidenciar ainda mais o tema, debater estratégias para a mudança dessa realidade, bem como, propor estratégias de avanço, uma vez que a região do Vale do São Francisco atende a uma grande demanda obstétrica por concentrar serviços de referência para vários municípios dos estados de Pernambuco e Bahia.

Sua participação é importante, porém, você não deve aceitar participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça, se desejar, qualquer pergunta para esclarecimento.

**ENVOLVIMENTO NA PESQUISA:** Se você aceitar participar do estudo, passará por uma entrevista gravada onde será questionada a respeito da sua experiência no parto atual, com enfoque no tratamento oferecido pela equipe de saúde desde a admissão no serviço até o pós-parto.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução n. 466/2012.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** Você será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada e outra será fornecida a você.

**RISCOS E BENEFÍCIOS:** Os riscos advindos desse estudo são mínimos. Pode ocorrer de algumas mulheres que sofreram violência obstétrica passarem por estresses psicológicos ao lembrar os fatos. Nesses casos, será solicitado pela equipe da pesquisa o acompanhamento desta participante pela unidade de saúde para avaliar possíveis complicações psicológicas advindas do estudo e caso seja necessária, encaminhamento para apoio psicológico pela secretária de saúde do município.

No que se refere aos benefícios, sua participação na pesquisa não confere benefícios diretos de nenhuma espécie. Indiretamente, espera-se que a pesquisa possa contribuir para alertar a sociedade civil e os profissionais quanto a necessidade de se reconhecer e denunciar casos de violência obstétrica nos serviços de saúde.

**Garantias éticas:** É garantido ainda o seu direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO:** A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional

**CONFIDENCIALIDADE:** é garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, mesmo após o término da pesquisa. Somente o(s) pesquisador(es) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados.

É garantido ainda que você terá acesso aos resultados com o(s) pesquisador(es). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa com o(s) pesquisador(es) do projeto e, para quaisquer dúvidas éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Os contatos estão descritos no final deste termo.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

**EM CASO DE DÚVIDAS VOCÊ PODERÁ ENTRAR EM CONTATO COM:**

1. Rafaella Ayanne Alves dos Santos Ribeiro pelo telefone (87) 9 8108 2121. Endereço: Rua Jardim São Cristóvão, n. 45. Vila Mocó. Petrolina/PE. (PESQUISADORA RESPONSÁVEL).
2. Margareth Olinda e Lira pelo telefone (87) 9 9998 9795. Endereço: Avenida José de Maniçoba, s/n-Centro. Petrolina/PE. (ORIENTADORA)
3. Lúcia Marisy Souza R. de Oliveira pelo telefone (87) 2101 6769. Endereço: Avenida José de Maniçoba, s/n-Centro. Petrolina/PE (CO ORIENTADORA).

**Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIVASF

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF

Av. José de Sá Maniçoba, S/N – Centro - Petrolina/PE – Prédio da Reitoria – 2º andar  
Telefone do Comitê: 87 2101-6896 - E-mail: cep@univasf.edu.br

**O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNIVASF) é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, que visa defender e proteger o bem-estar dos indivíduos que participam de pesquisas científicas.**

Eu, \_\_\_\_\_,

declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

**Assinatura do Participante**

---

**Assinatura da Pesquisadora Responsável**

---

**Assinatura do Responsável pela aplicação do TCLE**

---

---

**Local e Data**

## **ANEXOS**

## ANEXO A: Carta de anuência para município de Juazeiro-BA



### CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito a pesquisadora, RAFAELLA AYANNE ALVES DOS SANTOS RIBEIRO, pertencente à Universidade Federal do Vale do São Francisco a desenvolver o Projeto de Pesquisa intitulado: "Violência na atenção obstétrica: um olhar sobre puérperas assistidas no interior do vale do São Francisco", sob a orientação da Professora Margareth Olinda e Lira. A pesquisa será no período agosto de 2018 a março de 2019 em Unidades Básicas de Saúde do município de Juazeiro/BA.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 CNS/MS;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa inclusive um relatório final dos resultados alcançados;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa; e
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Juazeiro, 24 de Mais de 2018.

Dra. Fabíola Dantas Lima Ribeiro  
Secretaria de Saúde do Município de Juazeiro/BA

**ANEXO B: Carta de anuência para município de Petrolina-PE.****CARTA DE ANUÊNCIA**

Aceito a pesquisadora, RAFAELLA AYANNE ALVES DOS SANTOS RIBEIRO, pertencente à Universidade Federal do Vale do São Francisco a desenvolver o Projeto de Pesquisa intitulado: "Violência na atenção obstétrica: um olhar sobre puérperas assistidas no interior do vale do São Francisco", sob a orientação da Professora Margareth Olinda e Lira. A pesquisa será no período agosto de 2018 a março de 2019 em Unidades Básicas de Saúde do município de Petrolina/PE.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 CNS/MS;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa inclusive um relatório final dos resultados alcançados;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa; e
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Petrolina, 16 DE MAIO DE 2018.

Drª Thereza Christina da C. L. Gama  
Coordenadora de Educação em Serviço  
Enfermeira / COREN 45623

Thereza Christina da Cunha Lima Gama

Supervisão de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina

**ANEXO C: Aprovação Comitê de Ética**

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO VALE DO SÃO  
FRANCISCO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA: UM OLHAR SOBRE PUÉRPERAS ASSISTIDAS NO INTERIOR DO VALE DO SÃO FRANCISCO

**Pesquisador:** Rafaella Ayanne Alves dos santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 94566218.6.0000.5196

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.814.408