

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

DIEGO PEREIRA RODRIGUES

O RETRATO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO ESPAÇO DA REGIÃO
METROPOLITANA II DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

DIEGO PEREIRA RODRIGUES

O RETRATO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO ESPAÇO DA REGIÃO
METROPOLITANA II DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof. Dr^a Ângela Maria e Silva

RIO DE JANEIRO

2019

DIEGO PEREIRA RODRIGUES

**O RETRATO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO ESPAÇO DA REGIÃO
METROPOLITANA II DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Banca Examinadora:

Prof. Dr^a Ângela Maria e Silva (Presidente)

EEAN/UFRJ

Profa. Dra. Cláudia Maria Messias (1º Avaliador)

EEAAC/UFF

Prof. Dr. Raimundo Nonato Silva Gomes (2º Avaliador)

EEAN/UFRJ

RESUMO

A presente pesquisa é um recorte da dissertação de mestrado intitulada: Violência obstétrica no processo do parto e nascimento da região metropolitana II do estado do rio de janeiro: Percepção de mulheres/puérperas. O estudo tem como propósito de responder a seguinte questão norteadora: Qual a percepção das mulheres em relação a assistência oferecida durante o parto e nascimento nas maternidades públicas da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro ? Assim, tem os seguintes objetivos: Identificar a assistência à parturiente durante o processo ao parto e nascimento em maternidades públicas da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, a partir da percepção das mulheres; identificar a assistência a parturiente durante o parto e nascimento, sob a percepção das mulheres; descrever a assistência prestada no parto e nascimento, na percepção das mulheres, relacionando com as situações configuradas como violência obstétrica. Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa realizada com cinquenta e seis mulheres assistidas nas maternidades públicas dos municípios de Niterói e São Gonçalo, descritas a saber: Hospital Universitário Antônio Pedro; Hospital Estadual Azevedo Lima; Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira; Hospital Municipal da Mulher Gonçalense. A técnica de coleta de dados foi por meio de entrevista semiestruturada, e que foram transcritas na íntegra, e submetidas a análise de conteúdo na modalidade temática. Após a análise, foi construída as seguintes categorias: 1) as intervenções obstétricas no campo do parto e nascimento: a sustentação da violência obstétrica; 2) condutas desrespeitosas no cotidiano da atenção obstétrica: dando voz as mulheres no processo de nascimento. Os resultados mostraram que as mulheres apontaram práticas obstétricas que são utilizadas no cotidiano do trabalho de parto e parto como atitudes fundamentadas na autonomia do profissional, como a manobra de kristeller, episiotomia, toque vaginal, ocitocina de rotina; a introdução de rotinas institucionais como o impedimento da alimentação sólida e líquida; impedimento da livre posição; além da violência em forma de agressão física e verbal. Desse modo, o estudo conclui que com o processo de transição de modelo tecnocrático para o modelo humanístico para o cuidado ao parto e nascimento, que estão configuradas pela indução das Políticas Públicas de saúde no campo reprodutivo. Assim, mesmo com o processo de mudança de modelo mencionado, ainda há inúmeros cenários culminantes de situações configuradas como violência obstétrica. Essa violência é inerente da assistência dos profissionais de saúde com as mulheres no campo do parto e nascimento, frente a sua prática exercida e ancorada pela instituição de saúde.

Descritores: Violência de gênero. Mulheres maltratadas. Direitos humanos. Parto Humanizado. Autonomia profissional.

ABSTRACT

This research is an excerpt of the master's dissertation entitled: Obstetric violence in the process of labor and birth of the metropolitan region II of the state of Rio de Janeiro: Perception of postpartum women. The study aims to answer the following guiding question: What is the perception of women regarding the care offered during childbirth and birth in public maternity hospitals in the metropolitan region II of the State of Rio de Janeiro? Thus, it has the following objectives: To identify the assistance to the parturient during the process of childbirth and birth in public maternity hospitals of the metropolitan region II of the State of Rio de Janeiro, from the women's perception; identify the assistance to parturient women during childbirth and birth, from the women's perception; describe the care provided at childbirth and birth, in the perception of women, relating to situations configured as obstetric violence. Descriptive, exploratory study with a qualitative approach conducted with fifty-six women assisted in public maternity hospitals in the cities of Niterói and São Gonçalo, described as follows: Antônio Pedro University Hospital; Azevedo Lima State Hospital; Alzira Reis Vieira Ferreira Municipal Maternity; Gonçalense Women's Municipal Hospital. The data collection technique was through semi-structured interviews, which were transcribed in full, and subjected to content analysis in thematic modality. After the analysis, the following categories were constructed: 1) obstetric interventions in the field of childbirth and birth: the support of obstetric violence; 2) disrespectful behaviors in daily obstetric care: giving voice to women in the birth process. The results showed that women pointed to obstetric practices that are used in daily labor and delivery as attitudes based on professional autonomy, such as the kristeller maneuver, episiotomy, vaginal touch, routine oxytocin infusion; the introduction of institutional routines such as preventing solid and liquid food; impediment of free position; beyond violence in the form of physical and verbal aggression. Thus, the study concludes that with the process of transition from technocratic model to humanistic model for the labor and birth care, which are configured by the induction of public health policies in the reproductive field. Thus, even with the process of model change mentioned, there are still numerous culminating scenarios of situations configured as obstetric violence. This violence is inherent in the assistance of health professionals with women in the field of childbirth, given their practice and anchored by the health institution.

Descriptors: Gender violence. Mistreated women. Human rights. Humanized birth. Professional autonomy.

LISTA DE QUADROS

Quadro I Temas e unidades de registro para a construção das categorias	30
--	----

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	07
2.	FUNDAMENTAÇÃO TEMÁTICA	11
3.	CAMINHO METODOLÓGICO	24
4.	RESULTADO E DISCUSSÃO	32
5.	CONSIDRAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICES	47
	ANEXOS	50

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa é um recorte da Tese intitulada: *Os valores dos profissionais de saúde e sua influência no cuidado obstétrico: cotidiano das maternidades*, do curso de Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense

A violência obstétrica é um tipo de violência que não se restringe ao parto e nascimento (MATERNIDADE ATIVA, 2012); ao contrário, abrange todo o período de gestação, o parto, o puerpério e o abortamento caracterizando-se, também, pela ausência de uma atenção qualificada à mulher e sua família.

Desse modo, o estudo pretende subsidiar a discussão acerca dessa violência no âmbito do parto e nascimento, com amplitude do olhar a partir do cuidado obstétrico dispensado às mulheres pelos profissionais de saúde, considerada uma faceta desse fenômeno, pois as suas principais formas são cometidas contra elas principalmente pelas intervenções desnecessárias durante o processo parturitivo, que acabam por anular o seu protagonismo e o direito a um parto digno e respeitoso, visto que o cuidado estará centrado na prática desses profissionais.

Dessa forma, este tipo de violência tem sido abordado em estudos, desde o final da década de 80, em decorrência das atitudes discriminatórias e desumanas no cuidado à mulher, em especial as de ordem étnica, social, econômica e espiritual. Então, a expressão violência obstétrica está sendo utilizada para descrever essas formas de violência contra a mulher no período reprodutivo (DINIZ *et al.*, 2015), tornando-se uma temática relevante e que tem sido objeto de atenção, principalmente nas ciências humanas e nas ciências da saúde. (SOARES *et al.*, 2012; TERÁN, 2013; SILVA *et al.*, 2014; POZZIO, 2016).

Assim, de acordo com a literatura científica a respeito, a Violência Obstétrica inclui seus diversos tipos: violência física, verbal, psicológica, sexual, institucional, midiática, além da negligência no que concerne à assistência integral a que a mulher tem direito, frente às legislações e recomendações das instituições de apoio ao parto digno, principalmente a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde (GUERRA, 2008; FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010; AGUIAR, 2010; D’GREGORIO, 2010; AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011; FANEITE; FEO; MERLO, 2012; STRAPASSON; NEDEL, 2013; PULHEZ, 2013; AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; RODRIGUES, 2014; LUKASSE *et al.*, 2015; MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNANBUCO, 2015), que tem relação com um processo

mutuamente desrespeitoso e discriminatório, que ocorre envolvendo questões de gênero, etnia, socioeconômicas, além de ser medicalizante e violento.

É preciso considerar a humanização do cuidar na assistência obstétrica às mulheres em período reprodutivo, a qual envolve ouvir, analisar e interpretar as linguagens verbais e não verbais que expressam, o que certamente permitirá compreender suas expectativas e percepções. Tendo em vista a importância do princípio da integralidade nas ações de saúde como determinante de uma assistência humanizada, desconsiderar a mulher como cidadã e o parto como um evento cultural valorizado, favorece a caracterização de uma violência obstétrica.

Então, essa contextualização constitui o atual cenário do parto no Brasil, que necessita ser significativamente repensado e modificado para melhor atender as demandas atuais dos movimentos sociais, visando um parto respeitoso e que atenda a todas as necessidades das mulheres.

A partir das minhas experiências profissionais, direcionei minhas reflexões para o desenvolvimento da assistência no cenário obstétrico, em especial para as rotinas institucionais das maternidades, que poderiam ensejar a violência na assistência obstétrica, principalmente quanto à real necessidade de introdução dessas rotinas. E, assim, essas práticas e reflexões me possibilitaram identificar o desrespeito aos direitos sexuais, reprodutivos e humanos das mulheres, além da constante falta de atenção qualificada e humanizada nas unidades hospitalares em que acompanho o processo parturitivo.

Nesse sentido, o cotidiano de algumas unidades/maternidades da Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, percebi a existência de uma proposta de prática assistencial compreendendo a mulher como cidadã e usuária do serviço de saúde, com enfoque no Programa de Humanização do Parto e Nascimento preconizada pelo Ministério da Saúde. Já em outras maternidades da Região Metropolitana II, observei uma atenção obstétrica mais fragilizada em suas propostas no sentido de cumprir o referido programa, tendo como consequência maior possibilidade de promover agravos à saúde da mulher e do seu conceito, como o desrespeito e a violência obstétrica.

1.2 QUESTÃO NORTEADORA

- Qual a percepção das mulheres em relação a assistência oferecida durante o parto e nascimento nas maternidades públicas da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro ?

1.3 OBJETIVO GERAL

- Identificar a assistência à parturiente durante o processo ao parto e nascimento em maternidades públicas da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, a partir da percepção das mulheres.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a assistência a parturiente durante o parto e nascimento, sob a percepção das mulheres.
- Descrever a assistência prestada no parto e nascimento, na percepção das mulheres, relacionando com as situações configuradas como violência obstétrica.

1.4 JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO

O tema proposto está inserido na Sub-agenda de Saúde nº 8, relacionada à saúde da mulher, da Agenda de Prioridade de Pesquisa em Saúde, que mostra a necessidade de aprofundar pesquisas nessa área. Do mesmo modo, a problemática abrange um dos grupos populacionais estudados na referida Agenda, tendo como foco o Cuidado de Enfermagem à Saúde da Mulher. Então, há incentivos para a produção de conhecimentos nessa área, no âmbito da violência obstétrica, justificando a necessidade de estudos que propiciem novos saberes científicos a respeito.

Não é demais lembrar que a Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde constitui um incentivo para o estudo de grupos populacionais e das temáticas a eles relacionadas. Nesse sentido, esta pesquisa vai ao encontro dessa perspectiva, a fim de promover e ampliar o conhecimento nessa área, especialmente quanto aos valores dos profissionais de saúde no contexto do parto e nascimento.

Sob outra perspectiva, a ampliação do conhecimento científico. Assim, com o apoio pretende-se contribuir com a propagação do conhecimento relacionado ao objeto focado, promovendo discussões acerca da temática e a valorização da pesquisa, como parte da mudança de pensamentos em prol da qualidade de saúde.

Quanto às Políticas Públicas, primeiramente o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, instituído em 2000 pelas Portarias de números 569-570-571/2000, teve como objetivo maior a transformação da assistência à saúde. O Programa tinha como intuito

assegurar a melhoria ao acesso da cobertura e da qualidade no acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério, na perspectiva dos direitos de cidadania, pois, a humanização aborda pontos fundamentais, um dos quais a convicção do dever ao serviço de saúde, garantindo dignidade à mulher numa atitude ética e solidária, criando um ambiente acolhedor e adotando condutas hospitalares que rompem com o seu tradicional isolamento durante o parto.

Desse modo, torna-se importante a adoção de estratégias para a redução de intervenções desnecessárias no contexto do parto e nascimento, pois permite evitar inúmeros riscos à saúde materna e neonatal (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Essa perspectiva de cuidado torna-se essencial para a promoção de uma atenção frente às necessidades das mulheres e não aos dos profissionais de saúde, que podem comprometer a assistência com iniciativas consideradas violentas e desumanas.

Dessa forma, infere-se que todas as Políticas Públicas supracitadas ensejam uma perspectiva da valorização da mulher como sujeito de direito, além da qualidade da assistência obstétrica, focalizando a sua humanização. Desse modo, busca-se também a compreensão das necessidades das mulheres, o qual abre espaços para uma interação com o fenômeno da violência obstétrica, a fim de perscrutar o (des)velamento do sentido desse fenômeno, destarte permitindo uma reflexão acerca do seu entendimento do cuidado obstétrico e sua relação com a violência obstétrica.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEMÁTICA

2.10 CONTEXTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOS ESPAÇOS INTERNACIONAIS

A mobilização do movimento social tem se voltado, sobremaneira, para a qualidade e a humanização da assistência nos serviços de saúde. Especificamente, o termo humanização refere-se a um tratamento respeitoso, livre de maus tratos e de violência no atendimento, em especial à gestante, que se vê diante da anulação de seus direitos instituídos (RODRIGUES, 2014).

A violência obstétrica é caracterizada pelo desrespeito aos direitos sexuais, reprodutivos e humanos, tema que vem sendo objeto de estudos, especialmente na perspectiva dos direitos das mulheres durante o parto e nascimento, em face das atuais evidências científicas a esse respeito (AGUIAR, 2010; RODRIGUES, 2014). Ocorre, sobretudo, nas maternidades públicas, desvelando o (des)cuidado com as mulheres durante a parturição.

Essas práticas decorrem da utilização de protocolos, regras, normas e rotinas institucionais, estabelecidas para utilização durante assistência obstétrica por ocasião do processo de parturição (FIGUEIREDO *et al.*, 2004; AGUIAR, 2010; RODRIGUES, 2014). Contudo, apesar do entendimento dos seus efeitos danosos, há lacunas para uma discussão acerca desse fenômeno. A esse respeito, serão apresentadas no decorrer deste texto, algumas medidas importantes que culminaram na conceituação e em medidas de enfrentamento desse problema.

Por ser considerado um tema de recente relevância e um novo campo de investigação, o sofrimento das mulheres durante a assistência ao parto é registrado com diferentes denominações. No final da década de 50, conforme Diniz *et al.* (2015), as mulheres eram submetidas a uma forma de tortura em seu tratamento, que era exercido pelos profissionais de saúde em detrimento de sua autonomia profissional. Uma das condutas questionáveis, como a administração de medicamentos à base de morfina que resultava em profunda sedação, culminava no emprego de inúmeras intervenções durante o processo de parto e nascimento.

Ainda segundo relato desses autores (2015, p. 378),

Em 1958, no Reino Unido, houve um movimento para a criação de uma Sociedade para a prevenção da crueldade contra as grávidas [...] Pois, nos hospitais as mulheres tem enfrentado a solidão, a falta de simpatia, privacidade e consideração, a comida ruim, e redução do horário de visita, a insensibilidade, a ignorância, a privação do sono, a impossibilidade de descansar, a falta de acesso ao bebê, rotinas estupidamente rígidas e grosseria no tratamento. Sendo as maternidades muitas vezes, um local com memórias de experiências infelizes.

O movimento de mulheres tomou para si a responsabilidade de um tratamento respeitoso às gestantes, sendo que uma das teóricas feministas, *Adrienne Rich*, alavancou uma revolta com as experiências vividas por mulheres que tinham seu parto em hospitais negligentes, sendo "drogadas e amarradas contra a sua vontade, além da falta de acesso aos seus filhos recém nascidos" (DINIZ *et al.*, 2015, p. 2). As críticas a essa forma de atenção continuaram na década de 60, chegando aos anos 80 com livros feministas que contribuíssem com essa sensibilização, além da inspiração de novos profissionais de saúde e de ativistas no campo da saúde sexual e reprodutiva, com denúncias de práticas sem base científica e consideradas danosas ao corpo e ao processo fisiológico da mulher.

Foram fatos importantes que contribuíssem, de acordo com Diniz *et al.* (2015, p. 2), para que em 1998, no Peru, fosse publicado no "Centro Latino-Americano dos Direitos das Mulheres, um relatório alertando sobre a violência contra a mulher nos espaços públicos, inerentes à violação dos direitos humanos durante o processo de parto e nascimento".

A Venezuela foi o primeiro país a garantir os direitos das mulheres a um tratamento humano, livre de violência e respeitoso, resguardado por dispositivos legais. Constituiu-se em marco conceitual para a violência obstétrica, sendo pioneiro na criação de mecanismos para o entendimento do significado da modalidade de violência obstétrica. Então, em 25 de novembro de 2006, ao celebrar-se o Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher, a Assembléia Nacional da República Bolivariana da Venezuela aprovou a Lei Orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre da violência, publicada no Diário Oficial nº 38.647, de 19 de março de 2007 daquele país (TERÁN *et al.*, 2013).

É importante destacar que a nova Lei apresentou dezenove formas de violência contra a mulher, e sendo inserida nesse contexto a mais recente a violência obstétrica (GUERRA, 2008), desvelando novos valores para uma assistência obstétrica segura e humanizada, além de ser descrita no meio acadêmico-científico pelo então presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, D'Gregorio (2010), em seu editorial no periódico *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, contribuindo para que a terminologia ganhasse força e visibilidade social, principalmente nos movimentos de mulheres e de humanização da assistência ao parto e nascimento (PULHEZ, 2013).

Nesse editorial, D'Gregorio (2010, p. 201) valoriza esse fenômeno para um enfrentamento e também tipifica a violência obstétrica como:

Toda apropriação dos processos do corpo e reprodutivos da mulher por profissional de saúde, que se expressa como tratamento desumano, um abuso de medicamentos, e para converter os processos naturais em patológicos, trazendo com isso a perda da

autonomia e a capacidade de decidir livremente sobre o seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres. Além disso, forçar a mulher a dar à luz em decúbito dorsal, com as pernas levantadas, quando os meios necessários para realizar um parto vertical, está disponível; impedir a fixação precoce da criança com sua mãe, sem uma causa médica evitando assim que o apego precoce, impedindo a possibilidade de realizar os cuidados e o aleitamento materno ainda no local do parto; a alteração do processo natural do parto de baixo risco pelo uso de técnicas de aceleração, sem obter voluntária, expresso e informado consentimento da mulher; a execução de entrega via cesariana eletiva, quando o parto natural é possível, sem obter voluntária, expresso e informado consentimento da mulher.

Essa descrição começa a impulsionar a visibilidade do fenômeno. E a esse respeito, o Estado sente-se na obrigação de prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres, possibilitando o movimento social em prol da garantia de recursos legais para o estabelecimento de ações visando a erradicação da violência contra a mulher, seja no espaço privado ou público, inclusive a violência obstétrica que afeta as mulheres em diferentes espaços de seu desempenho social (MATERNIDADE ATIVA, 2012).

Com isso, criam-se mecanismos e medidas de punição para o enfrentamento da violência obstétrica, uma delas a multa ao profissional de saúde, contudo, sem qualquer penalidade à Instituição de saúde onde ele estivesse trabalhando. Além disso, o Tribunal de Execução envia automaticamente uma cópia da sentença ao respectivo Órgão de fiscalização profissional daquele que foi multado, para que também adotasse as medidas disciplinares cabíveis para a garantia dos direitos das mulheres e o enfrentamento da violência obstétrica (VENEZUELA, 2007).

Essas conquistas constituem fruto dos movimentos social e de mulheres pelo reconhecimento dos seus direitos humanos, sociais, políticos e de respeito à sua dignidade mas, principalmente, da Rede Venezuelana de Humanização do Nascimento, que tem sensibilizado pela problema que toma conta do cuidado da mulher no campo da saúde sexual e reprodutiva, e a garantia de mecanismos para assegurar o respeito aos seus direitos nos diferentes campos simbólicos da vida feminina (MATERNIDADE ATIVA, 2012).

Apesar de o texto legal estar em vigor, a violência obstétrica ainda encontra-se presente na prática dos profissionais de saúde da Venezuela, com base nos seus valores. A propósito, pesquisa realizada por Faneite, Feo e Merlo (2012, p. 8) apontou que:

87% desses profissionais conheciam a Lei vigente sobre os direitos das mulheres a uma vida sem violência; 89,2% conheciam essa tipologia de violência; que qualquer profissional de saúde podia exercê-la, segundo 82,4% dos entrevistados; 63,6% já haviam presenciado atitudes abusivas durante o cuidado, principalmente quando exercidas pelo médico (42,7%) e por enfermeiros (42,45%). Contudo, apenas 27,4% dos participantes do estudo alegaram conhecer mecanismos para denunciar a violência obstétrica.

Desse modo, o estudo demonstra a realidade atual das mulheres venezuelanas, com a presença de uma prática obstétrica violenta, exercida pelo médico ou enfermeiro, apesar do conhecimento da Lei Orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência de qualquer tipo.

Na Argentina instituiu-se a Lei Nacional nº 25.929, de 25 de agosto de 2004 (Lei do Parto Humanizado), garantindo uma série de direitos ao parto e nascimento, tais como:

Informação das intervenções, podendo a mulher se opor livremente quando existirem alternativas; tratamento respeitoso; garantia de privacidade em todo o processo assistencial; participação do processo de cuidado, sendo protagonista do seu próprio parto natural e evitando práticas invasivas; informação da evolução do parto e estado de saúde do concepto; não ser submetida a nenhum exame ou intervenção cujo propósito seja o de investigação, salvo com o consentimento manifestado por escrito e sob protocolo aprovado pelo Comitê de Bioética; acompanhamento de todo processo parturitivo desde o pré-parto culminando no pós-parto; ser informada dos benefícios do aleitamento materno e dos cuidados maternos (autocuidado). (MATERNIDADE ATIVA, 2012, p. 27)

Em 1º de abril de 2009, no mesmo país, foi editada a Lei nº 26.485 (Lei de Proteção Integral das Mulheres), conceituando a violência e classificando-a em cinco tipos que se manifestam em cinco modalidades: física, psicológica, sexual, econômica ou patrimonial e simbólica (MATERNIDADE ATIVA, 2012). Além disso, a mesma Lei apresentou modalidades de violência, de acordo com os tipos apresentados, configurando as violências doméstica, institucional, laboral e contra a liberdade reprodutiva e obstétrica, conforme se pode inferir do conceito descrito a seguir, como um processo que se apropria do próprio corpo da mulher, tornando o parto em evento de risco à sua saúde.

A manipulação e a intervenção, quando desnecessárias, sem permitir o protagonismo da mulher e a autonomia feminina, ocorrem devido à desinformação, basicamente implicando em protocolos em favor do exercício do profissional de saúde, uma vez que bloqueia os mecanismos fisiológicos da parturição causando um tratamento desrespeitoso e até mesmo desumano (MATERNIDADE ATIVA, 2012).

Contudo, diferentemente da lei venezuelana, a lei argentina não criou mecanismos para o enfrentamento da violência, a exemplo da punição dos infratores (profissionais de saúde/Instituições de saúde), como também indenização ou multa por seus atos de violência ou desrespeito ao processo reprodutivo da mulher. Ressalta-se, entretanto, um avanço significativo na legislação desses países, mas torna-se necessária uma ampliação na discussão das medidas de proteção à mulher (MATERNIDADE ATIVA, 2012).

A partir desse entendimento, dos aspectos de distintas formas de violência contra a mulher no processo do parto e nascimento, a Organização Mundial de Saúde, em 2014, promoveu uma discussão acerca da temática em prol da prevenção e eliminação dos abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto nas instituições de saúde, realizando clarificações sobre a violência obstétrica, com os abusos cometidos contra as mulheres, além do abuso de sua autoridade culminando no desrespeito e anulação dos direitos das mulheres, como a violência "física, verbal, humilhação, utilização de procedimentos coercivos, violação da privacidade, desinformação, negligência a uma assistência em saúde, como a recusa a um atendimento" (OMS, 2014, p. 1-2), representando uma violação aos direitos humanos fundamentais das mulheres.

Em 2015, uma síntese sobre as formas de abuso e desrespeito contra a mulher em situação de parto e nascimento, enumerou tais abusos em categorias, conforme pontuado por Diniz *et al.* (2015, p. 379), a saber:

Abuso físico; imposição de intervenções não consentidas, intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas; cuidado não confidencial ou não privativo; cuidado indigno e abuso verbal; discriminação baseada em certos atributos; abandono, negligência ou recusa de assistência; detenção nos serviços.

A construção desses mecanismos conceituais e de enfrentamento, tornou-se viável graças às contribuições da mobilização social, dos movimentos de mulheres e de humanização, dos profissionais de saúde e da sociedade civil para a luta democrática em prol da qualidade da assistência, todos reivindicando a elaboração de Políticas Públicas para as mulheres, garantidas pelo Estado, cujo propósito era o de romper com estruturas paradigmáticas em prol da mudança de uma realidade: a violência obstétrica.

Torna-se necessário, portanto, o apoio governamental em prol desses direitos; melhorias nos programas de saúde materna com foco no cuidado respeitoso, que é um componente essencial para a qualidade da assistência (privacidade, acesso a saúde e a informação, mecanismos de justiça em caso de violação de seus direitos, e uma assistência centrada na mulher); ênfase nos direitos das mulheres na gravidez e no parto e produção de dados relativos a práticas desrespeitosas por meio de pesquisas, com o intuito de trazer à tona a questão de como as mulheres estão sendo tratadas e envolver governo, profissionais de saúde e as próprias mulheres para que discutam ações que objetivem mudanças nas práticas e atitudes relacionadas ao processo de nascimento, visando uma ação construtiva para a qualidade assistencial e o respeito às mulheres (OMS, 2014).

Assim, em relação ao movimento para uma atenção livre de violência contra as mulheres, podemos compreender que

o indivíduo não é um valor acabado, visto que ele se realiza progressivamente enquanto pessoa. O ser do homem é o seu dever ser, porque só ele, dentre todos os entes, de maneira originária, é enquanto deve ser. (ALVES, 2003, p. 11)

2.2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: ESPAÇO DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL

No Brasil, a temática veio a ser abordada em trabalhos feministas na área acadêmica. A propósito, Diniz *et al.* (2015, p. 2) explicam que "o pioneiro livro "Espelho de Vênus", do grupo CERES, publicado na década de 80, já apontava para a institucionalização do parto que se estabelecia sob um ótica violenta". Além desse estudo, com a realização de uma pesquisa, a Prefeitura de São Paulo, Diniz *et al.* (2015) apontou para o tratamento violento recebido pelas mulheres, que foram executados pelos profissionais de saúde.

Apesar de ter comprovação explícita de que as mulheres sofrem abusos, desrespeito e violência durante a gravidez, parto, puerpério e abortamento, por parte dos profissionais de saúde, o País ainda não apresenta, em nenhuma legislação, uma definição concreta que trate da problemática na saúde reprodutiva das mulheres brasileiras. Contudo, expõe ensaios para uma discussão profunda e paradigmática dos cuidados à saúde da mulher (MATERNIDADE ATIVA, 2012).

Essas experiências remetem-se a estudos científicos e discussão dos grupos de mulheres, de direitos humanos, de humanização e de profissionais de saúde, com o propósito de resgatar a figura feminina e assegurar seus valores e direitos, já instituídos legalmente, a um parto com segurança e livre de violência. Esse resgate está intimamente ligado à concepção de valores na sociedade, redirecionando o ser - valor do objeto em sua perspectiva da visão de mundo, com uma dimensão valorativa do cuidado às mulheres no processo do parto e nascimento.

Assim, desde o final da década de 80, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, já apontava para repensar o tratamento direcionado às mulheres que, muitas vezes, mostrava-se sob a forma de uma atenção agressiva no campo do parto e nascimento. Nesse sentido, a partir da década de 90, houve iniciativas para o aprimoramento de profissionais de saúde, por meio de um manual informativo acerca da temática, visando a superação da violência obstétrica (DINIZ *et al.*, 2015).

O assunto voltou à ser debatido ainda na década de 90 (STRAPASSON; NEDEL, 2013) e ganhou mais visibilidade nos anos 2000, principalmente em com a realização de um estudo publicado em 2010, com a Fundação Perseu Abramo (MATERNIDADE ATIVA, 2012), contribuindo para mostrar à sociedade a real problemática da violência obstétrica, especialmente a Acadêmica. A propósito, nos últimos dez anos a temática tem sido objeto de estudos científicos, sendo um dos seus marcos, segundo a Maternidade Ativa (2012), a Tese de Doutorado da Janaína Marques de Aguiar, onde se estabeleceu a discussão acerca da violência contra a mulher promovida por profissionais de saúde, mas sendo caracterizada como uma violência institucional, interligada em atos privativos dentro de um espaço público.

Apesar de a autora (AGUIAR, 2010), naquele momento, não caracterizar a violência obstétrica, o estudo resultou em grande impacto e visibilidade para o enfrentamento da violência contra a mulher, pois continha dados importantes que precisavam ser discutidos e aprofundados com o movimento social, a sociedade civil e as autoridades, tendo como propósito resguardar os direitos a um tratamento respeitoso (MATERNIDADE ATIVA, 2012). Ao considerar a violência institucional, a autora (2010) ainda compreendeu a atuação do profissional de saúde caracterizada pela assimetria da relação, exercida pela autoridade e poder instituído pela serviço de saúde.

Diante dessas colocações, a violência institucional está inserida no contexto da violência obstétrica, que se dá na construção de um saber acerca

dos abusos cometidos pelo profissional de saúde no cotidiano das maternidades públicas brasileiras. Outro fator importante constitui-se na omissão do Estado em relação a uma atuação negligente, imprudente e danosa do profissional de saúde em seu exercício cotidiano, confirmando que a violência obstétrica está nitidamente hierarquizada nas relações institucionais de poder. (MATERNIDADE ATIVA, 2012, p. 51-52)

Nessa perspectiva, nos últimos anos, foram ampliadas as discussões para mudanças de modelos e de atitudes no campo da parturição, frente ao processo de mobilização social (LIMA, 2010) e no meio acadêmico, em particular, acerca da pertinência de adoção de políticas públicas para o enfrentamento dessa questão a consolidação de medidas de confrontação para a garantia dos direitos das mulheres, como uma discussão do fenômeno.

Nesse contexto, em 2012, por uma limitação de referências na produção técnica, científica e jurídica brasileiras, foi elaborada pela Organização não Governamental (ONG) -

Parto do Princípio - Rede de Maternidade Ativa¹, um manual clarificando o fenômeno e conceituando a violência obstétrica praticada no Brasil contra as mulheres, durante o processo do parto e nascimento. Desse modo, atos caracterizados como violência obstétrica foram considerados todos aqueles exercidos por profissionais de saúde, técnicos administrativos e instituições de saúde públicas ou privadas, que desfavorecem a condição humana da mulher e o desrespeito às questões inerentes à sua saúde sexual e reprodutiva.

Além disso, essa mesma ONG - Parto do Princípio trouxe à público seis distintas modalidades de violência obstétrica, a saber:

A Violência obstétrica de caráter físico - favorece a perpetuação de ações sobre o corpo feminino, que resultem em algum dano transitório ou permanente, causado por estímulos dolorosos, seja de leve ou grande intensidade, sem a sustentação das evidências científicas (MATERNIDADE ATIVA, 2012).

A Violência obstétrica de caráter psicológico - promovida por meio de toda conduta de ordem verbal ou comportamental resultante de uma relação desigual, causando sentimentos depreciativos à mulher, fazendo com que ela sinta-se inferior, infringindo a sua dignidade como pessoa (MATERNIDADE ATIVA, 2012).

A Violência obstétrica de caráter sexual – que se estabelece com toda invasão da intimidade da mulher, sem o seu devido consentimento, agindo na integralidade sexual e reprodutiva (MATERNIDADE ATIVA, 2012).

A Violência obstétrica de caráter institucional - configura-se nas formas de normatização e organização dos serviços de saúde, diante das ações dos profissionais de saúde perante a sua autonomia, que favoreçam o desrespeito aos direitos instituídos das mulheres (MATERNIDADE ATIVA, 2012).

A Violência obstétrica de caráter material – que tem uma relação com as condutas ativas e passivas de obter vantagem de recursos financeiros das mulheres em processos da saúde sexual e reprodutivas, violando os seus direitos instituídos e já garantidos por Lei (MATERNIDADE ATIVA, 2012).

A Violência obstétrica de caráter midiático - voltada para as práticas dirigidas nas redes sociais e nos meios de comunicação, que favorecem a violação dos direitos, com apologias de conduta em desacordo com as evidências científicas, com fins sociais, econômicos ou de dominação (MATERNIDADE ATIVA, 2012).

¹ Rede de mulheres que trabalham na divulgação de informações sobre a gestação, parto e nascimento baseado em evidências científicas e nas recomendações da OMS. Para tanto, elaborou o manual intitulado “Violência obstétrica: parirás com dor”.

Esse documento foi fruto do movimento social, principalmente do Parto do Princípio, cujos propósitos são resguardar os direitos das mulheres e enfrentar a violência obstétrica. E com a discussão sob a perspectiva da violência, as práticas institucionais, os maus tratos, a discriminação, a humilhação e o impedimento em garantir os direitos das mulheres, tornaram-se uma problemática de saúde pública, que permeia uma relação assimétrica, configurando uma “crise de confiança” e da ética no exercício das relações (MATERNIDADE ATIVA, 2012).

Desse modo, tendo em vista a disseminação de informações acerca dos direitos sexuais, reprodutivos e humanos e os direitos da mulher, instituídos e resguardados em Lei, torna-se essencial o enfrentamento desse fenômeno. E a partir desse momento, nos meios de comunicação começa uma exposição junto à sociedade, de algumas situações de desrespeito, abusos de poder e maus tratos às mulheres, trazendo à tona a vivência de inúmeras mulheres no processo do parto e nascimento.

A esse respeito, tem-se um caso emblemático e pioneiro da negação dos direitos das mulheres (caso Adelir), em que a gestante Adelir Carmem Lemos viu-se obrigada a ser submetida a uma cesariana por decisão da Juíza Liniane M. da Silva (Titular da Vara Criminal de Torres - Rio Grande do Sul), que proferiu a sentença em 2014, no sentido de que a gestante deveria ser encaminhada ao hospital para a realização de seu parto, por suposição de risco iminente de morte (dela e da criança), com isso tendo o seu parto “roubado”. Nesse caso, pode-se observar a violência obstétrica pela anulação de um direito e manipulação de seu corpo sem prévio consentimento, iniciativas resguardadas pelo Judiciário, pois, além da violência praticada pelo profissional de saúde, houve uma violência do Estado pela ação do Judiciário em prol das alegadas justificativas médicas (BALOGH, 2014).

A partir desse momento, começam as audiências públicas pelo País, além de Fóruns Perinatais, para discutir uma conceituação, medidas de enfrentamento e punitivas, com políticas públicas eficazes e uma legislação para prevenir e erradicar a violência contra a mulher, aliás, um dos propósitos da mobilização do Movimento de Mulheres. Segue-se a menção de alguns eventos ocorridos em diversos locais do Brasil.

Em Minas Gerais ocorreu, em 2012, a primeira audiência pública promovida pela Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa de Minas Gerais acerca da violência contra as mulheres no momento do parto, a qual apontou que essa modalidade de violência constituía uma violação dos direitos humanos das mulheres.

No Ceará, com o apoio da Vereadora Toinha Rocha e de entidades que lutavam a favor da humanização do parto, como o Grupo Ishtar², na Câmara Municipal de Fortaleza foi realizada no mês de maio de 2014, uma audiência pública a respeito da violência obstétrica, dando início ao movimento social a favor da mulher e do enfrentamento dessa questão (GRUPO ISHTAR, 2014).

Em Brasília, no ano de 2014, no Congresso Nacional por meio da Comissão de Direitos Humanos e Minorias, houve um debate acerca da violência obstétrica no País. Essa audiência pública foi fruto do “caso Adelir” e proposta pelo Deputado Federal Jean Wyllys, a pedido da ONG Artemis³, cujo propósito visava assegurar a autonomia feminina, erradicar todas as formas de violência contra a mulher e pautar, junto ao Legislativo, medidas de cobrança de solução legal.

Não é demais lembrar que, além dos casos apontados acima, atualmente há uma espécie de ‘epidemia’ de cesarianas eletivas no País, com intervenções no momento do parto, traduzindo uma carência de evidência científica para a sua utilização (SERRA, 2014), sendo empregadas no cotidiano das maternidades como rotina obstétrica, em um ritual da obstetrícia moderna respaldado pelos valores do Paradigma Tecnocrático. Essas questões precisam ser objeto de uma discussão ampla para garantir o direito da mulher a um parto humanizado e livre dessas intervenções.

Assim, a partir dos desdobramentos da Audiência Pública, o Deputado Federal Jean Wyllys protocolou o Projeto de Lei nº 7633/2014, que garante à mulher um parto humanizado, com mínima intervenção médica e somente em casos com embasamento científico, além da definição da terminologia como o enfrentamento da violência obstétrica.

Em São Paulo, o Ministério Público juntamente com a Defensoria Pública Estadual e o Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher realizaram, em 2014, a Audiência Pública sobre a violência obstétrica, destacando a importância do Projeto de Lei nº 7633/2014, embora reconhecendo que a legislação precisa ser aperfeiçoada e lembrando a importância de o Ministério Público “abraçar” essa causa, tendo em vista futura mudança da formação acadêmica na Saúde para médicos e enfermeiros (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2014).

No mesmo ano, o Ministério Público e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, promoveram outra Audiência Pública acerca da episiotomia, prática realizada por médicos e

² Refere-se a um Grupo de apoio à gestante e ao parto ativo - pelo respeito ao tempo de gestar, parir e amamentar.

³ Uma organização comprometida com a promoção da autonomia feminina e prevenção e erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres, em direção a uma sociedade mais justa e igualitária.

enfermeiros obstetras sob o fundamento de facilitar a passagem do conceito. Contudo, essa intervenção é considerada como exemplo de violência obstétrica, quando realizada sem a consulta da mulher, sem o seu consentimento e, até mesmo, sem anestesia local.

Tomando como base as audiências públicas realizadas em São Paulo e os grupos de discussão, o Ministério Público desse estado da Federação, elaborou uma Cartilha acerca da Violência Obstétrica a respeito da sua definição, violência, caracterizando-a pela apropriação do corpo e processo reprodutivo pelos profissionais de saúde, por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decisão, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres, além da indicação dos locais que as mulheres podem procurar para a denúncia de relatos de violência, orientações para a denúncia com a cópia do prontuário do paciente e a ligação para os números 180 (violência contra a mulher) e 136 (disque saúde) (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013).

Nessa perspectiva, São Paulo conseguiu alcançar um grande salto de visibilidade, tendo a Promotoria Pública à frente das denúncias de violência obstétrica e das medidas de seu enfrentamento, com orientações às mulheres por intermédio dessa cartilha. Desse modo, a partir dos desdobramentos da questão, o município de Diadema conseguiu a aprovação do Projeto de Lei nº 77/2013 que dispõe sobre a violência obstétrica, constituindo-se em importante marco para o esse Estado.

No Rio Grande do Sul, os Ministérios Públicos Federal e Estadual promoveram uma Audiência Pública sobre a humanização do parto e nascimento, em que enfatizaram que o País precisa avançar quanto à uma legislação mais específica a respeito desse tipo de violência, assim como ocorreu na Venezuela e na Argentina (MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO SUL, 2014).

No Espírito Santo foi realizado um Fórum de Mulheres que deu origem a duas cartilhas: uma relacionada à episiotomia e outra acerca da violência obstétrica, considerados importantes documentos para a informação das mulheres nesse Estado e no País, obtendo o apoio do Fundo Brasil de Direitos Humanos e da Associação de Mulheres Unidas de Serra, um importante município desse Estado.

No Rio de Janeiro, em 28 de maio de 2015, a primeira Audiência Pública a respeito de Saúde da Mulher, Mortalidade Materna e Violência Obstétrica foi presidida pela deputada estadual Enfermeira Rejane de Almeida, sendo o evento promovido pela Comissão de Defesa dos Direitos das Mulheres da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, em comemoração ao

Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher e ao Dia Nacional para Redução da Mortalidade Materna.

A referida Audiência teve como proposta a construção de uma agenda que envolvesse: poder público, profissionais de saúde, movimentos sociais, instituições de formação (Universidades) e sociedade civil, a fim de que pudessem transformar essa realidade que persiste no Estado, com a criação de Projeto de Lei acerca da violência obstétrica e a mobilização dessa Comissão junto aos municípios para o enfrentamento desse tipo de violência contra a mulher.

Na ocasião, foram apresentados os resultados de uma pesquisa de mestrado da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense (RODRIGUES, 2014), cujo autor enfocava que os direitos das mulheres no parto e nascimento, são anulados reiteradamente, seja pela instituição ou pelo profissional de saúde, configurando uma violência obstétrica por meio da peregrinação por assistência (RODRIGUES *et al.*, 2015) e pelo impedimento do acompanhamento da mulher ao pré-parto, parto e pós-parto. Essa discussão ganhou força, visibilidade institucional e política, sendo proposto que a questão fosse debatida com outros movimentos no Fórum Perinatal, um evento permanente para debate mais amplo sobre temas relacionados à assistência obstétrica no Estado do Rio de Janeiro.

Além das Audiências aqui mencionadas, outras foram realizadas nos Estados do Amazonas, Pará, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte, em prol dos direitos das mulheres para uma discussão no País, a fim de se criar uma legislação para o enfrentamento da violência e medidas para a sua erradicação, tal como ocorre na Argentina e Venezuela, onde os infratores estão sujeitos à punição.

Dentre essas medidas, incluem-se: denúncia dos profissionais infratores ao Ministério Público; criação de um disque denúncia acerca de violência contra a mulher; notificação dos casos de violência obstétrica; promoção de fóruns de debate; mudanças na formação dos profissionais de saúde; criação de legislação em esferas municipal, estadual e federal com a definição da terminologia, e medidas de punição aos profissionais de saúde, gestores e instituições; criminalização da violência obstétrica; dentre outras. Espera-se que tais medidas possam contribuir para a prevenção e erradicação da violência obstétrica no Brasil e, sobretudo, demonstre a necessidade de acompanhamento do governo federal a respeito do assunto em todo mundo.

Nesse sentido, tornam-se necessários documentos mostrando os direitos das mulheres quanto à sua sexualidade e reprodução, ou seja, seus direitos sexuais, reprodutivos e humanos, que são inegáveis e não podem ser anulados. Além disso, as medidas propostas devem apontar

situações caracterizadas como de violência obstétrica, que favoreçam informações acerca desse fenômeno e a forma de enfrentá-lo, enfatizando a importância da Humanização do Parto e Nascimento como uma importante Política governamental para os direitos das mulheres. Para tanto, o Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco editou uma cartilha relacionada aos principais direitos relacionados à humanização do parto, constituindo-se mais um instrumento de cidadania para promover o respeito e dignidade do parto e nascimento (MINISTERIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO, 2015).

Desse modo, os valores éticos amparam o movimento da Mobilização Social de Mulheres, profissionais de saúde e direitos humanos no País, estando embasados em prol de uma mudança de práticas no cuidado à saúde da mulher e no retorno ao seu protagonismo, enquanto sujeito de direito no campo da saúde sexual e reprodutiva. Ainda, deve haver uma ruptura da cultura da Obstetrícia moderna para a garantia desses direitos instituídos.

Dessa forma, para garantir os direitos das mulheres a um parto seguro e sem violência, deve haver uma mudança estrutural na relação profissional-mulher em uma relação mais humanizada, além da fundamentação do exercício profissional, que deve estar respaldado nas melhores evidências científicas.

3. CAMINHO METODOLÓGICO

A presente pesquisa é um recorte da tese do mestrado intitulada: Os valores dos profissionais de saúde e sua influência no cuidado obstétrico: cotidiano das maternidades, do curso de Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense .

Para viabilizar o estudo, utilizou a pesquisa exploratória, descritiva que permite, segundo os autores, pautar se no principal objetivo: a descrição das características de determinada população ou fenômeno, que observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los (FIGUEIREDO; SOUZA, 2011).

A pesquisa descritiva desenvolve-se principalmente nas ciências humanas e sociais, abordando aqueles dados e problemas que merecem ser estudados (FIGUEIREDO; SOUZA, 2011).

Para delinear e aprofundar a questão da violência obstétrica, optou-se pela abordagem qualitativa, que permite identificar os fenômenos que traduzem essa concepção, isto porque trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2012b)

Esse enfoque foi considerado o mais adequado, na medida em que o estudo tem como pressuposto a necessidade de Identificar a assistência à parturiente durante o processo ao parto e nascimento em maternidades públicas da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, a partir da percepção das mulheres.

3.1 CENÁRIOS DO ESTUDO

No presente estudo foi realizado um recorte dos cenários, optando-se por realizar a pesquisa em três municípios da região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, a saber: *Niterói*, *São Gonçalo*, totalizando cinco maternidades, por apresentarem um maior número de partos normais realizados nas instituições de saúde locais.

Os cenários foram os alojamentos conjuntos das maternidades públicas desses municípios, conforme descrito a seguir:

- **Hospital Universitário Antônio Pedro**, único hospital universitário de grande porte da região, de nível quaternário, de alta complexidade, vinculado à Universidade Federal

Fluminense, sendo referência na assistência de gestação e parto de alto risco. Localizado no município de Niterói, dispõe no momento doze leitos de alojamento conjunto.

- **Hospital Estadual Azevedo Lima**, hospital estadual de médio porte, de média e alta complexidade, sendo referência na assistência de gestação de alto risco. Localizado no município de Niterói, dispõe trinta e dois leitos de alojamento conjunto.
- **Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira**, maternidade municipal de pequeno porte, de baixa complexidade na atenção obstétrica, realiza atendimento de gestação de risco habitual. Está localizada no município de Niterói e dispõe de dezoito leitos no alojamento conjunto.
- **Hospital Municipal da Mulher Gonçalense**, maternidade municipal de pequeno porte, de média e alta complexidade na assistência obstétrica, e realiza atendimento de gestação de alto risco. Localizado no município de São Gonçalo, dispõe de treze de alojamento conjunto.

Ressalta-se que quatro dentre as maternidades descritas, autorizaram a pesquisa permitindo o livre acesso ao espaço físico dos respectivos cenários do estudo, bem como aos seus prováveis participantes, assim viabilizando o início da coleta de dados, e que somente a maternidade do município de Rio Bonito não concedeu a autorização, sendo excluída da pesquisa (ANEXO A).

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram cinquenta e seis (56) mulheres assistidas nas maternidades públicas dos municípios configurados como cenário do estudo, sendo quatorze (14) mulheres por maternidade.

A determinação das participantes da pesquisa obedeceu ao número de mulheres do projeto mencionado. Assim, o número de mulheres foi calculado de acordo com o de partos realizados no ano de 2017, totalizando dez mil e oitenta (10.080), quantitativo que foi dividido por doze equivalendo aos meses do ano, obtendo-se um valor de oitocentos e quarenta partos/mês (840). Assim, a partir da importância desse quantitativo, foi calculada uma amostra equivalente a 10%, resultando em oitenta e quatro (84) mulheres. O ano de referência, foi em 2012 na época da determinação do número de mulheres na pesquisa.

Desse modo, com o número de oitenta e quatro mulheres do projeto já citado, foi dividido por seis, equivalente aos seis cenários do projeto, e para cada cenário obteve-se

quatorze (14) mulheres a serem entrevistadas. A partir dessa determinação, ficou estabelecida a participação de cinquenta e seis (56) participantes. Ressalta-se que a pesquisa qualitativa não aponta a necessidade de se determinar um número de participantes, contudo, a determinação foi feita para dar maior representatividade do estudo, em razão do tema abordado na pesquisa.

Na pesquisa, foram considerados como **critérios de inclusão**: 1) mulheres em puerpério imediato; 2) mulheres maiores dezoito (18) anos de idade; 3) mulheres que tiveram parto vaginal nas maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro; 4) mulheres com permanência maior ou igual a doze (12) horas na unidade do alojamento conjunto; 5) mulheres que não apresentassem qualquer alteração fisiológica e psicológica que inviabilizasse a sua participação. As mulheres que atenderam os critérios de inclusão, receberam o convite para participar da pesquisa.

Os **critérios de exclusão** estabelecidos foram os seguintes: 1) mulheres que permaneceram na sala de pré-parto, enfermaria de gestantes, centro obstétrico e alojamento conjunto de alto risco nas maternidades públicas; 2) mulheres que apresentaram um pós-parto patológico; 3) mulheres em pós-abortamento; 4) mulheres de outra nacionalidade.

Ressalta-se que as mulheres que se submeteram à cesariana, por necessidade obstétrica, foram excluídas do estudo, tendo por base a minimização dos possíveis riscos.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro - Universidade Federal Fluminense, sob protocolo nº 1.737.132/16 (ANEXO B), como preconizado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a qual estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.

Nesta perspectiva, após a aproximação e seleção das mulheres, com as informações pertinentes à sua participação no estudo, foi-lhes requisitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), documento que ratifica a ciência da participante em relação à pesquisa, a identificação dos pesquisadores e das instituições envolvidas, assim viabilizando o início da coleta dos dados.

É importante informar que cada participante recebeu esclarecimentos sobre dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa, sendo-lhes garantida a liberdade de escolha em participar ou recusar-se a dar sua contribuição em qualquer fase da pesquisa. A privacidade e o sigilo quanto aos dados coletados foram

assegurados pelo pesquisador, sendo todas identificadas pela letra **P** (*Puérperas*) seguida de um algarismo arábico (P1, P2, P3,..., P56), conforme a realização das entrevistas.

A pesquisa não apresentou riscos diretos para os participantes, porém, subentendeu-se que poderia apresentar riscos indiretos quando e se elas identificassem que haviam sofrido violência obstétrica.

Nesses casos, os setores de psicologia das unidades hospitalares estavam articulados com o pesquisador no sentido de realizar a consulta individualizada com essas mulheres, visando evitar que ficassem expostas de alguma forma, o que seria prejudicial à qualidade de vida daquelas que apresentassem algum tipo de problema, embora nenhuma delas tenha solicitado esse atendimento.

3.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Nessa fase da pesquisa, segundo Lakatos & Marconi (2010), inicia-se a aplicação dos instrumentos elaborados e das técnicas selecionadas, a fim de efetuar a coleta de dados.

Assim, como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista individual (APÊNDICE B), elaborado a partir dos objetivos estabelecidos, com questionamentos básicos sobre o foco do estudo. Este tipo de entrevista combina perguntas abertas, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. (MINAYO, 2012a).

Em termos gerais, a entrevista parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo, à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente sua linha de pensamento, com base nas suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 2006).

A coleta dos dados sucedeu-se durante os meses de janeiro a dezembro de 2018, sendo realizada pelo pesquisador. Ressalta-se como dificuldades o número reduzido de partos vaginais, ocasionando um intervalo maior para a coleta de dados, pois estavam previstas três semanas por unidade para o término das entrevistas. Em relação ao prazo, foi estendido em até quatro semanas, tendo em vista os dias predeterminados para a realização das entrevistas e o reduzido número de partos normais nas unidades, considerando ser esse um dos critérios de inclusão no estudo.

Primeiramente, as mulheres foram abordadas pelos pesquisadores objetivando uma aproximação a fim de prestar esclarecimentos acerca do estudo e da importância da contribuição de cada uma, bem como dos riscos e benefícios de seus depoimentos. Na ocasião, foi requisitada a autorização das mesmas para a coleta de dados de informações nos respectivos prontuários, para a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Em seguida, foram entrevistadas acerca de sua perspectiva da assistência obstétrica oferecida durante o parto e nascimento.

As entrevistas das depoentes foram gravadas em aparelho digital, mediante consentimento prévio de cada entrevistada, a fim de preservar a fidedignidade dos respectivos depoimentos. De acordo com Gil (2008), o método mais confiável para reproduzir com precisão as respostas obtidas em cada pergunta, é o registro a partir de anotações ou de gravação eletrônica, considerado o melhor método de preservar o conteúdo da entrevista. Contudo, é importante considerar que o uso de gravador só poderá ser feito com o consentimento do entrevistado.

As gravações dos depoimentos foram transcritas pelo pesquisador principal na íntegra, para garantir a fidedignidade do que as mulheres relataram. Essas gravações e os respectivos textos serão armazenados por um período de cinco anos, sob a responsabilidade do pesquisador principal, e após esse prazo, excluídos, como prevê a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. E, foi utilizado as bases de dados das entrevistas realizadas, verificando a percepção das mulheres com o cuidado obstétrico e a sua relação com a violência obstétrica

3.5 ANÁLISE E TRATAMENTOS DOS RESULTADOS

Na análise dos resultados de um estudo, Lakatos e Marconi (2010) afirmam que o pesquisador entra em maior detalhe sobre os dados decorrentes da pesquisa, a fim de conseguir respostas às suas indagações, procurando estabelecer as relações necessárias entre os dados obtidos e as hipóteses formuladas, que são comprovadas ou refutadas, mediante análise.

Assim, a etapa de análise apresenta três finalidades: compreender os dados coletados e fazer descobertas a partir deles; confirmar os pressupostos ou não da pesquisa e/ou responder as questões formuladas; e ampliar o conhecimento sobre a temática pesquisada, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte (MINAYO, 2012a).

Inicialmente, após a realização das transcrições das entrevistas, foram realizadas leituras frequentes e aprofundadas dos depoimentos de modo a analisá-los tanto quanto ao conteúdo expresso como o presente nas entrelinhas “*sublimado*”.

Para tal, os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Temática que, é uma das modalidades mais aproveitadas por aqueles que aplicam a análise de conteúdo, além do fato de ser uma das mais adequadas à investigação qualitativa do material sobre a saúde. Diante dessa linha de raciocínio, essa análise consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, seja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para objetivo analítico escolhido (MINAYO, 2012a).

Outro aspecto da análise temática enfatizado por Minayo (2012b), ao abordar Bardin (2011), é o trabalho de elaborar e selecionar os vários significados contidos numa frase retirada do texto. Além das unidades de registro, devem incluir as unidades de contexto, situando uma referência mais ampla e, posteriormente, a elaboração das categorias.

Em função de fazermos parte do cenário de investigação, buscamos ter maior atenção nas diversas fases da pesquisa, principalmente, na fase de análise dos dados. As diferentes fases da análise de conteúdo na modalidade temática (BARDIN, 2011) giram em torno de pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na primeira etapa, foi necessário realizar a organização e leitura do material, buscando conhecer a estrutura, analisar e registrar as impressões sobre as mensagens dos dados, e assim definir as unidades de registro, unidade de contexto, trechos significativos e categorias, ou seja, sistematizar as ideias, a fim de conduzir o desenvolvimento das operações sucessivas (BARDIN, 2011).

A regra de exaustividade contempla recursos trabalhados, no nosso caso, as entrevistas. Por sua vez, a regra de representatividade está relacionada à frequência e ao tamanho da amostra, bem como à identificação de conteúdo recorrente sobre determinados temas (BARDIN, 2011).

Na segunda fase, a exploração do material, devemos fazer a aplicação do que foi definido na fase anterior, havendo necessidade de fazer várias leituras do material para viabilizar a organização do seu conteúdo, tendo um rigor metodológico para a aplicabilidade dos planos e objetivos formulados, consistindo essencialmente em operações de codificações, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente estabelecidas (BARDIN, 2011).

E por último, a terceira fase compreende uma análise quantitativa e qualitativa dos dados, seguindo o critério de escolha para a construção das categorias. Contudo, devemos valorizar as informações qualitativas acerca das características do fenômeno estudado -

ideologias, tendências e outras determinações (BARDIN, 2011). Essa última etapa é a de pertinência, cujos textos retidos devem ser adequados ao objeto e aos objetivos da pesquisa.

Desse modo, estamos utilizando a fase de unidade de registro (UR). Inicialmente, estamos montando um quadro de unidades de registro. Após algumas estratégias de organização, escolhemos a planilha ampliada, utilizando colorimetria com a marcação através de distintas cores no Microsoft Word®, e agrupamos as unidades de registro afins, permitindo uma visão geral das unidades.

Depois desse processo, os dados foram repassados para uma planilha “*quadro demonstrativo*” em um documento Word®. Após o agrupamento as unidades de codificação, foram avaliadas o seu percentual, e reagrupadas as que demonstraram um sentido, formando temas para cada grupo. A partir do desmembramento dos temas, foi possível a construção das categorias. É essencial lembrar que todos os passos da construção dessas categorias foram correlacionados com os objetivos do estudo.

A transcrição dos depoimentos proferidos pelas participantes do estudo, gravados em aparelho digital com a anuência de cada uma delas, foi realizada na íntegra pelo pesquisador. Com a leitura e releitura do material transcrito e digitado, foi possível destacar suas ideias centrais e, assim, imprimir uma representatividade ao que disseram.

Essas ideias centrais originaram dois eixos temáticos: o primeiro, relacionado com os aspectos das *intervenções obstétricas no parto e nascimento*; e o segundo, com ao *desrespeito da mulher no processo de nascimento*. Ambos são discutidos mais adiante, visando não só retratar a violência obstétrica, sob a perspectiva de mulheres, mas também identificar de que forma essa perspectiva se faz representar no *corpus* do estudo, além da ascensão do número de construtos envolvendo esse tipo de violência.

O **quadro I** a seguir mostra o resultado da análise realizada, que ensejou a construção da primeira categoria:

Quadro 1. Temas e Unidades de Registro para a construção das categorias

Unidade temática: As intervenções obstétricas no parto e nascimento	
Unidades de Registro	Quantidade
Desrespeito	53
Manobra de kristeller	43
Toque vaginal excessivo	32
Episiotomia	27
Abandono	40

Unidade temática: O desrespeito da condição feminina no parto e nascimento	
Unidades de Registro	Quantidade
Não acolhimento	34
Negligência	36
Rotinas institucionais	25
Falta de liberdade	33
Falta de privacidade	29
Agressão e violência	32

Fonte: RODRIGUES, 2019

As unidades de significado que emergiram do estudo possibilitaram a construção de duas categorias:

- 1) *As intervenções obstétricas no campo do parto e nascimento: a sustentação da violência obstétrica;*
- 2) *Condutas desrespeitosas no cotidiano da atenção obstétrica: dando voz as mulheres no processo de nascimento;*

Segue-se a análise temática das categorias construídas perante os conceitos de estabelecidos no estudo.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1 AS INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS NO CAMPO DO PARTO E NASCIMENTO: A SUSTENTAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Os discursos das mulheres apontaram como práticas obstétricas que são utilizadas no cotidiano do trabalho de parto e parto como atitudes fundamentadas na autonomia do profissional, mas que não há o devido respeito a mulheres e as evidências científicas, com a utilização de práticas obsoletas como a Manobra de Kristeller, que já foram abolidas e conceituadas como uma conduta que pode causar danos hemorrágicos, e que não devem ser empregados:

E, quando subiram em mim e empurraram a minha barriga, fiquei um pouco assustada, pois não falaram nada. (P5)

Ela [médica] colocou a mão na minha barriga e empurrando a minha barriga, ai eu fazendo força e ela empurrando. (P10)

E demorou já estava sem força e pedindo para fazer força, piorou, e empurrando a minha barriga ajudou a sair e deram os pontos e me trouxeram aqui [alojamento conjunto]. (P12)

O médico ficava em cima de mim empurrando a minha barriga, foi essa parte horrível que não gostei que o médico sobe na minha barriga e fica empurrando, botava o braço e fazendo força para baixo e ali estava me afundando dizia o médico, mais estava me sentindo muito mal na hora e a força que ele estava fazendo doía mais a minha barriga e a força não conseguia fazer. (P15)

A manobra de kristeller constitui uma prática intervencionista no contexto do parto e nascimento, executado pelos profissionais de saúde durante o período expulsivo, com a compressão do fundo do útero, com a finalidade da brevidade do parto. Contudo, essa conduta executada não constitui uma prática recomendada por Organizações Internacionais, e Nacionais, com o Ministério da Saúde, pois a sua aplicabilidade produz um risco maior de lesões maternas e fetais (BRASIL, 2017). Além disso, tal procedimento não é recomendado a sua execução por entidades profissionais como a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), entidades de profissionais que atuam diretamente no cuidado a mulher no campo do nascimento.

Nesse contexto, as evidências científicas mostram que a utilização da manobra de kristeller. Assim, apesar dos resultados mostraram tem uma menor duração do segundo período do parto, houve importante aumento do risco de lacerações perineais graves, ruptura uterina, dispareunia e incontinência urinária 6 meses após o parto. Além de complicações neonatais, como distocias de ombro, aumento do risco de escore de Apgar abaixo de sete no quinto minuto, de sequelas fetais, como hipoperfusão e paralisia cerebral. (CÔRTEZ *et al.*, 2018). Ainda, é preciso mencionar que essa conduta geralmente não é descrita nos prontuários médicos, constituindo uma negação do que é implementado com a mulher, tornando essas atitudes invisíveis para qualquer conduta de discordância de tais atos.

Desse modo, quando uma prática está sustentada em procedimentos já abolidos, devemos pensar que tipo de condutas estão sendo implementadas junto as mulheres no campo do parto, visto que o profissional de saúde deve estar respaldado com suas condutas perante o conhecimento científico, e quando é produzido um cuidado frente as suas próprias evidências, em conformidade com o seu ideário, produz um mecanismo que não garante um cuidado qualificado, e não respeita a segurança da mulher e do seu conceito, propagando uma atitude inerente ao seu exercício, a violência obstétrica, mesmo entendendo que as mulheres entendendo com um "auxílio", mas a sua ignorância pela falta de conhecimento, repercute ainda mais atos danosos a sua saúde e situações de violência obstétrica.

As mulheres apontam para a utilização de intervenção sobre o seu corpo, com a utilização da episiotomia no contexto do nascimento. A episiotomia não deve ser utilizada como uma prática de rotina hospitalar, e constitui uma conduta que deve ser evitada, conforme as recomendações do parto e nascimento da Organização Mundial de Saúde, sustentando um prática violenta com as mulheres:

O médico me costurou todo bruto (...) Foi a pior parte quando ele me costurou! Me senti igual a um animal. (P1)

E foi nessa hora que acho que me fizeram o corte, porque a gente sente muita dor, não falam para a gente o que vai acontecer. (P15)

Me senti horrível, tratada como um animal (...) o médico me costurou toda, ele foi um bruto na hora, ficou horrível e ainda dói muito no local, foi sem paciência comigo e não falou nada para mim somente falou depois de feito e antes não falou nada que deu ponto, foi horrível essa situação, e como ficou também não queria que acontecesse. (P24)

O corte foi horrível, pois eles [profissional] me cortou de um lado e o neném me rasgou de outro (...) foi um corte grande (P26)

Olha, achei uma falta de respeito comigo, pois não queria ser rasgada como o meu outro parto, mais a médica não me respeitou, acho que dava para nascer sem o corte, mais não esperou, deu logo o corte, não teve paciência, fazer o que? (P42)

A propósito, em um levantamento de 11 estudos de ensaios clínicos randomizados envolvendo 5977 mulheres, foram comparados dois grupos de mulheres, sendo que um grupo recebeu a episiotomia seletiva e o outro, a episiotomia de rotina. Nesse levantamento, foi constatado que as mulheres submetidas à episiotomia seletiva tinham menos traumas perineais graves. A justificativa para a realização desse tipo de episiotomia era prevenir trauma perineal grave, que não foi considerada verdadeira diante das evidências atuais, como também porque foi identificado não haver nenhum benefício da episiotomia de rotina para as mulheres e seus conceptos (JIANG *et al.*, 2017).

Assim, a justificativa de se realizar a episiotomia para a prevenção de traumas e lacerações perineais não se comprova, e quando utilizamos essa conduta intervencionista no parto desvalorizamos o conhecimento científico, que é estabelecido que não devemos utilizar como uma prática rotineira no nascimento. Pois, o profissional de saúde segue uma linha de atuação sustentada nos seus valores estabelecidos para aquilo que ele pensa sobre o cuidado, mas basicamente é estabelecido a intervenção pelo ato de intervir e a manipulação do corpo feminino. Dessem modo, a violência obstétrica é apoiada pelos atos inerentes da sua autonomia como agente de cuidado, mas quando o seu ideário está a frente as melhores evidências, não ocorre o cuidado, e sim um (des)cuidado inerente sobre o corpo da mulher.

Em relação a uma prática do cotidiano das maternidades, como o toque vaginal, inerente da avaliação obstétrica, mas que quando utilizada em excessos promove um desrespeito da mulher, e são configurados como condutas desnecessárias quando utilizadas em não conformidade com as evidências científicas:

E quando outro médico me atendeu era outro médico e quando ele me deu o toque não falou nada, saiu da sala pegou uma ficha e começou a preencher e vi que era ficha de internação e quando ele terminou de preencher, chamou a enfermeira para levar ela, e falou vamos andando, para subir a rampa, e ele falou que eu estava com oito de dilatação, não dá para andar não, e deixa eu correr então, e correu e me trouxe aqui para a sala de pré-parto e nessa sala fiquei, toda a hora o médico vinha e dava o toque, ele e a médica, eu pedi para me operar, ele falou que não podia operar porque vai tirar o neném muito antes, deixa vim de parto normal, mais a gente está aqui, vai te ajudar, fica calma e fui e até o momento em que a dilatação chegou a dez e a bolsa

não rompia e isso era de noite, e o médico veio me cortou e somente vi quando a cama ficou toda suja de sangue na hora. (P22)

Dessa forma, os toques vaginais devem ser realizados a cada duas horas, na fase ativa do trabalho de parto, não havendo necessidade de repeti-los na fase passiva. Já a OMS estabelece que os toques vaginais devem ser utilizados a cada quatro horas, quando é avaliada a parada de progressão, sendo suficiente o tempo estabelecido pelas instituições internacionais de obstetrícia (OMS, 2018). Portanto, o exame de toque vaginal não é recomendado antes de duas horas e após quatro horas subsequentes à realização do exame anterior (DOWNE *et al.*, 2013). E, quando realizado em não conformidade com essas realizações o profissional de saúde promove um desrespeito e invasão excessiva sobre o corpo feminino.

Nesse contexto, o corpo da mulher deve ser respeitado, e a invasão excessiva deve ser abolida, devendo o trabalho mútuo de avaliação da condição obstétrica, com o respeito a mulher, e o seguimento das recomendações de organizações internacionais que regem o processo de cuidado mais exitoso, com o respeito as condições fisiológica e emocionais das mulheres, condicionando um parto respeito, com um cuidado qualificado e seguro, e não sustentando a violência obstétrica. Mas, para isso torna-se necessário um maior envolvimento de profissionais de saúde em promover um cuidado centrado na mulher e direcionando suas condutas baseadas em evidências científicas.

O abandono constitui um ato recorrente para essas mulheres quando são colocadas para a indução do trabalho de parto, para a administração de ocitócitos, conforme os depoimentos a seguir:

Me senti abandonada! (...) Eles [profissionais] somente colocam o soro lá, e deixam você sozinha, e não falar nada! (...) Comecei a sentir mais dor, dor, dor, e quase morrendo ninguém vai lá para ver. Pois, falam para você que tem de ter 10cm de dilatação e deixam você sofrendo, sofrendo, sofrendo e quando você não suporta mais eles [profissionais] vêm e te socorrem. (P1)

Somente falaram que ia colocar um soro com a medicação (...) que iria ajudar um pouco (...) mais não ajudou nada, fiquei com mais dor e ainda quando eu chamava a médica ficava só de longe me vendo (...) não me ajudava, sabe. (P6)

Foi ruim, a gente chama, chama, mais demoram bastante para dar uma atenção a você, tem muita gestante e tem poucos enfermeiros e isso não dá para estar o tempo todo, mais foi ruim, podia ter mais para dar uma atenção, uma força, iria ajudar. (P18)

Achei que iria sofrer muito, mais não sofri tanto, foi rápido (...) fiquei sozinha na sala de pré-parto, sentindo muita dor, uma dor insuportável (...) a médica só me olhando de longe, não me ajudou (...) a outra que me deu atenção (P27)

O abandono está no cotidiano das maternidades, constituído pela introdução de uma gama de intervenções obstétricas, principalmente na administração de ocitócitos, deixando a mulher sem o devido apoio necessário durante os estágios do parto, mas com intenção de medicalização do seu corpo. Então, a medicalização pode ser compreendida como uma forma da medicina se apropriar dos fenômenos relacionados à existência humana e transformá-los em objetos da ordem médica, submetidos a processos de normatização dos corpos, de suas práticas sociais e sexuais, assim como, de seus prazeres (FERRAZA; PERES, 2016). Dessa forma, quando a mulher é submetida tenta operacionalizar o processo de patologização do parto, com intensa medicalização, favorecendo um processo fisiológico em patológico, e contribuindo pelas condutas iatrogênicas inerente ao campo do nascimento.

Ademais, com a sustentação dessa conduta, o profissional de saúde promove um abandono institucional da mulher, deixando ela "de lado", e literalmente abandonada, e desprovida de cuidado qualificado. Pois, quando é administrado a ocitocina deixa ela sentir as dores do parto, inerente a sua condição praticada da sua sexualidade, que quando a mulher é internada, parece um "castigo" institucional, de o parto ser tão negativo que ela pense em não ser submetidas a tais atos errôneos da sua sexualidade ativa. Mas, o que deve ser inserido é um apoio qualificado, com a introdução de tecnologias não farmacológicas para o alívio da dor, e respeitando a sua condição de cidadã, e da centralidade do cuidado, pois esses profissionais estão no local para promover um cuidado contínuo e qualificado. Mas, o que ocorre é uma sustentação da violência obstétrica que culmina no desrespeito de sua condição feminina.

4.2 CONDUTAS DESRESPEITOSAS NO COTIDIANO DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA: DANDO VOZ AS MULHERES NO PROCESSO DE NASCIMENTO

As mulheres eram impedidas pelas rotinas institucionais de se alimentar e hidratar, sendo a oferta de alimentos e água era algo impeditivo, pois a mulher poderia ser submetida a cesariana e potencializar uma broncoaspiração no parto:

Me senti jogada! Pois tive o meu filho de madrugada, não podia beber água e nem comer, estava sem dor (...) Quando começou a dor fiquei

mais tempo na sala e não trouxeram nada para mim, pois não podia beber e comer nada. A gente sente largada, igual a um bicho! (P1)

A gente fica passando fome (...) não deram nada para comer e beber, fica passando fome (...) me senti fraca, fraqueza na sala de pré-parto (...) vontade de desmaiar (...) a gente sente muita dor (...) foi ruim, pois estava com dor, fome, cansada, não estava mais aguentando (...) achei que ia desmaiar! (P2)

Eles [profissionais] falaram para mim, que não podia comer agora somente depois do parto e beber água também (...) fiquei muito fraca, fraca mesmo, e ainda mais com as dores e as contrações (...) quase não tive força para ter o meu filho (...) foi horrível essa sensação. (P5)

Disseram que não pode, e me deixaram sem comer e beber, sem nada, não podia (...) não gostei, pois comer nem tanto, mais beber queria fiquei morrendo de sede, com a boca seca, demorou muito, fiquei na sala um bom tempo e sem nada (...) mais eles [profissionais] falam que não podem, e que eu podia vomitar na sala de parto, e complicar, me senti mal, fiquei com raiva, falam que não pode faz mal. (P22)

Ao longo dos anos a OMS vem em um movimento constante para construção de um novo paradigma de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal. Desta maneira, busca-se o atendimento obstétrico integral permeado por uma assistência de qualidade, pautada em práticas assistenciais baseadas em evidências científicas, no direito de escolhas das mulheres e minimização de intervenções neste momento. (PINTO *et al.*, 2017). Desse modo, a partir das percepções das mulheres, elas se sentiram sem a energia suficiente para o momento do parto, por uma norma institucional, de impedimento delas de hidratarem e alimentarem durante o trabalho de parto.

Assim, os autores citados (2017) afirmam que a restrição de alimentação líquida e sólida durante o trabalho de parto constitui uma rotina comum na assistência hospitalar atual. A mesma é apoiada no receio de vômitos e na pretensão de prevenir o risco de aspiração gástrica. Entretanto, este risco está relacionado ao uso de anestesia geral no parto, a qual hoje em dia é muito pouco utilizada, ao mesmo tempo que, de acordo com evidências obstétricas, a restrição alimentar emerge como uma rotina hospitalar a ser descontinuada rotineiramente em parturientes em gestação de baixo risco. Nesse contexto, o impedimento da dieta líquida e sólida no trabalho de parto constitui um ato protocolar e que anula seu direito, como também anula os preceitos da humanização, recomendada pela OMS (2018), constituindo um desrespeito da mulheres com a anulação de suas vontades e expectativas, frente o seu protagonismo do parto.

O impedimento da livre posição na hora do parto constitui um fato da rotina institucional, onde o parto de posição ginecológica configura o ato de parir, mas pelas evidências científicas as posições mais verticalizadas contribui mais para o sucesso para um parto com segurança:

Hum, estava na sala de pré-parto e a médica disse que estava na hora, me levou até a sala para ter o neném e tive que deitar e colocar as pernas para cima, e eles [profissionais] falaram para segurar no ferro para fazer força nas contrações e ser mais fácil e rápido. Isso que aconteceu. (P22)

Quando saí para sala de parto, a enfermeira que estava comigo me levou e me colocou na cama, deitada e com as pernas para cima (...) pediu para fazer força nas contrações e empurrar e segurar no ferro para isso (...) ai ia nascer rápido e ela estava lá para te ajudar (...) e foi bom e rápido, pois levante e fiz o que ela disse e logo em seguida a cabeça saiu, e foi rápido. (P30)

Achei desconfortável, mais tive que ficar direito como ele [médico] mandou ficar, porque estava torta porque queria ver a criança saindo e ele me deu um esporro, gritou comigo para ficar direito, achei isso ruim, e depois que ele falou fique reto na cama. (P42)

As boas práticas baseadas em evidências científicas, no Brasil, o Ministério da Saúde disponibilizou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017). Dentro dessas diretrizes ressurgem a orientação do uso das posições verticais para o trabalho de parto e parto, e cabe aos profissionais de saúde incentivá-las. É direito da mulher ser informada sobre as posições de parto e escolher a que achar mais confortável para parir. (SOUSA *et al.*, 2018). Algumas das posições verticais orientadas são a posição sentada (cadeira de parto); a posição semideitada (tronco inclinada para trás 30 graus em relação à vertical); de cócoras; e em quatro apoios (mãos- e-jelhos) (SOUSA *et al.*, 2018; OMS, 2018). Os benefícios trazidos são a redução na duração do segundo período do trabalho de parto, redução de partos instrumentalizados e com episiotomia, diminuição de anormalidades na frequência cardíaca fetal e redução da dor em comparação com posições horizontais. (SOUSA *et al.*, 2018). Contudo, podemos perceber a partir dos depoimentos o impedimento das mulheres quanto a livre posição do ato de parir.

Nesse contexto, o parto em posição mais horizontal além de não contribuir com a fisiologia do parto, colabora para o desrespeito do ato de parir das mulheres, pois frente a anulação da vontade da mulher, inibindo o protagonismo da mesma pela uma imposição institucional, pela ato do profissional de saúde, que não dá a devida liberdade do na

parturição. Assim, quando produzimos atitudes que vão ao encontro ao desrespeito da mulher sustentamos uma violência ancorada na práticas assistencial e protocolar das unidades de saúde, que não favorecer a sua livre escolha.

A agressão da mulher pode ser observada nos discursos das participantes, onde por meio de suas condutas na atenção obstétrica, o profissional de saúde expressa em atos de violência de ordem psicológica, e verbal, favorecendo o seu desrespeito da sua condição de mulheres frente o cuidado que necessitava, com um cuidado respaldado no respeito e no acolhimento:

O médico estava lá, ficou gritando comigo, tem que ajudar a gente e não gritar (...) fiquei mais nervosa ainda, e com dor (...) por isso que taquei o soro nele. (P3)

Foi muito ruim para mim (...) era meu primeiro parto e os médicos me tratando com grosseria, gritando comigo (...) não gostei mesmo (...) é devia ter me respeitado melhor, essa situação foi chata (...) Falavam, vamos embora minha filha que vou sair, e um médico se irritou comigo e saiu e me deixou lá, se eu precisa-se dele ou os outros médicos eles não ia poder me ajudar, porque não quis. (P4)

O médico ficou gritando comigo, um grosso na hora e depois disso consegui no final ter o meu filho. (P17)

O médico gritando, isso acabou me deixando um pouco nervosa, mais no final consegui ter o meu filho. (P23)

O médico a noite reclamou e gritou para eu ficar quieta e calar a boca, estava gritando por causa da dor, mais os meus gritas estava incomodando o médico e ele reclamou e fez isso, e fiquei quieta para não ter nenhum problema por causa do médico. (P37)

A violência verbal também pode ser achado em outros estudos (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018), que se destaca-se como o segundo tipo de violência mais identificado nas oito regiões de saúde do Estado do Tocantins, figurando sob a forma de tratamento grosseiro, ameaças, repressões, gritos, humilhações e desrespeito, conforme os autores citados (2018), e que se materializa-se em violência psicológica pela falta de acolhimento, negligência e tratamento recebido por parte dos profissionais de saúde na assistência obstétrica.

O abuso e maus-tratos das mulheres no contexto do parto e nascimento foram observadas em outros estudos, como Lansk *et al* (2019), tais atitudes por parte dos profissionais de saúde são constatadas na visão das mulheres como um cuidado indigno e abuso verbal. Dessa forma, com esse tratamento indigno constado mostra-se a necessidade de atender as

mulheres, frente os seus desejos de um parto seguro e qualificado, como a respeito ao seu corpo, a adoção de práticas recomendadas na literatura para aliviar as dores do parto, uma maior participação da mulher no poder decisório do cuidado implementado, favorecendo uma maior satisfação dela quanto o cuidado recebido.

Desse modo, a violência obstétrica é difusa e contempla, além das relações interpessoais, outras relações e várias faces da violência institucional, inseridas no cotidiano das maternidades (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018), assim, a violência obstétrica está estabelecida nas relações interpessoais no cuidado obstétrico, com o ser que cuida e o ser que é cuidado, e quando há um desrespeito nessa relação, o que se propaga é uma relação desigual, perpetuando um tratamento desumano da sua condição, e perpetuando atos culminante de violência contra a mulher.

Assim, mesmo com os esforços de mudança do modelo e a sensibilização quanto a mudança de posturas dos profissionais de saúde se torna um tarefa com muitos obstáculos, pois o que deve imperar nessas relações é o respeito mútuo entre os envolvidos, a mulher e os profissionais de saúde. Contudo, há bastante resistência por parte dos profissionais de saúde em atuarem conforme a ética e as recomendações do parto, pelas organizações nacionais e internacionais, principalmente subsidiada pela baixa qualificação desses profissionais e a dúvida quanto as suas competências técnicas para condução de parto qualificado e seguro (MARRERO; BRUGGEMANN, 2018). Dessa forma, a mudança se faz necessária para a garantia de um cuidado exitoso, com o foco no campo da segurança, respeito e humanidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o processo de transição de modelo tecnocrático para o modelo humanístico para o cuidado ao parto e nascimento, que estão configuradas pela indução das Políticas Públicas de saúde no campo reprodutivo, norteadas durante o período de 2001-2018, como no coletivo de mulheres, que possibilitou uma configuração para mudanças na ordem valorativa na prática assistencial obstétrica.

Assim, mesmo com o processo de mudança de modelo mencionado, ainda há inúmeros cenários culminantes de situações configuradas como violência obstétrica. Essa violência é inerente da assistência dos profissionais de saúde com as mulheres no campo do parto e nascimento, frente a sua prática exercida e ancorada pela instituição de saúde que permite que seja propagado uma atenção, muitas vezes desumanizada, com viés desrespeitosa, com as mulheres.

Nota-se uma assistência embasada no desrespeito, com a introdução de inúmeras intervenções no parto e nascimento, como a episiotomia, manobra de kristeller, medicalização do parto e os toques excessivos. Essas intervenções são amplamente divulgadas por entidades e organizações nacionais e internacionais, que devem ser evitadas e algumas abolidas no cotidiano do cuidado obstétrico. Dessa forma, a atenção deve ser sustentada nas evidências científicas, que estão disponíveis na literatura internacional, seguindo as recomendações como da Organização Mundial de Saúde, e do Ministério da Saúde, propiciando a valorização da mulher, a sua centralidade para o cuidado, e a adoção de práticas seguras e qualificadas no processo de nascimento.

Também a adoção de práticas como o impedimento da alimentação sólida e líquida, a livre movimentação para a escolha do ato de parir, e o desrespeito da mulher, culminando numa violência verbal e emocional, trazem a tona ainda que é preciso intensa mobilização para uma ruptura de modelo, um modelo que pensa em práticas humanizadas no cotidiano das mulheres nas maternidades, contribuindo para o resgate da fisiologia do parto e nascimento, e da figura feminina detentora de expectativas, vontades e desejos para uma parturição segura, respeitosa e qualificada.

Assim, torna-se necessário além do incentivo de políticas públicas, a qualificação dos profissionais de saúde, com trabalhadores qualificados e sensibilizados para uma atuação voltado para a mulher, com o resgate da fisiologia do parto. Esse processo deve estar na linha de frente das ações estratégicas para que possa pensar na mudança tão sonhada de uma atenção obstétrica voltada para o respeito e anulando a violência obstétrica.

REFERÊNCIAS

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

AGUIAR, Janaína Marques de.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 71-91, 2011.

AGUIAR, Janaína Marques de.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas.; Schraiber, Lilia Blima. 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.

ALVES, ValdecyrHerdy.; **O ato da amamentação: um valor em questão ou uma questão de valor?** Rio de Janeiro; 2003. 217 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BALOGH, Giovanna. **Meu parto foi “roubado”, afirma mãe forçada a fazer cesárea no RS**. In: Folha de São Paulo. [s.n.] [2014]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1435071-meu-parto-foi-roubado-afirma-mae-forcada-a-fazer-cesarea-no-rs.shtml> Acesso em: 20 fev. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 280 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CÔRTEZ, Clodoaldo Tentes.; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos.; SANTOS, Rafael Cleison Silva.; FRANCISCO, Adriana Amorim.; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez.; SHIMODA, Gilceria Tochika. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. **Revista Latino-Americana em Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, n. s/n, p. 1-11, 2018.

D'GREGORIO, Rogelio Pérez. Obstetric violence: a new term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. London, v. 11, n. 3, p. 201-202, 2010.

DINIZ, Simone Grilo.; SALGADO, Heloisa de Oliveira.; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar.; CARVALHO, Paula Galdino Gardin de.; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque.; AGUIAR, Cláudia de Azevedo.; *et al.* Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015.

DOWNE, Soo.; GYTE, Gillian ML.; DAHLEN, Hannah G.; SINGATA, Mandisa. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 15, n. 7, p. 1-42, 2013.

FANEITE, Josmery.; FEO, Alejandra.; Judith Toro. Grado de conocimiento de violência obstétrica por el personal de salud. **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, Venezuela, v. 72, n. 1, p. 4-12, 2012.

FERRAZZA, Daniele de Andrade.; PERES, Wiliam Siqueira. Medicalização do corpo da mulher e criminalização do aborto no Brasil. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 28, n. 1, p. 17-25, 2016.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de.; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio.; CARVALHO, Vilma de.; LEITE, Joséte Luzia. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto - uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 12, n. 6. p. 905-912, 2004.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3ª ed. São Paulo: Yendis editora, 2008. 237 p.

FIGUEIREDO, A. M.; SOUZA, S. R. G. **Como elaborar projetos, monografias, dissertações e teses: da redação científica à apresentação do texto final**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. 284 p.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Gravidez, filhos e violência institucional no parto**. São Paulo: 2010. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/node/7247>. Acesso em: 20 set. 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

GRUPO ISHTAR. **Violência obstétrica**. In: Grupo Ishtar. [s.n.]. [2014]. Disponível em: http://www.adital.org.br/hotsite_ecumenismo/noticia.asp?lang=PT&cod=75207 Acesso em: 20 fev. 2015.

GUERRA, Gidder Benítez. Violência obstétrica. **Revista de la Facultad de Medicina**, Caracas, v. 31, n. 1, p. 5-6, 2008.

GUIMARÃES, Liana Barcelar Evangelista.; JONAS, Eline.; AMARAL, Leila Rute Oliveira Gurgel do. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1-11, 2019.

LANSKY, Sônia.; SOUZA, Kleyde Ventura de.; PEIXOTO, Eliane Rezende de Moraes.; OLIVEIRA, Bernardo Jefferson.; DINIZ, Carmen Simone Grilo.; VIEIRA, Nayara Figueiredo.; et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2823, 2019

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010. 320 p.

LIMA, Márcia. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. **Novos Estudos - CEBRAP**, São Paulo, v. s/v, n. 87, p. 77-95, jul. 2010.

LUKASSE Mirjam.; SCHROLL, Anne-Mette.; KARRO, Helle.; SCHEI, Berit.; STEINGRIMSDOTTIR, Thora.; PARYS, An-Sofie.; et al. Prevalence of experienced abuse in

healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, Reino Unido, v. 94, n. 5, p. 508-517, 2015.

MATERNIDADE ATIVA. **Violência obstétrica: parirás com dor**. Brasília: 2012.

MARRERO, Lihsie.; BRUGGEMANN, Odalea Maria. Violencia institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisao integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1219-1228, 2018.

MARTINS, M. C. F. N.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para estudo das ações de humanização em saúde. **Sociedade e Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 3, p.44-57, set/dez. 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2012a. 406 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012b. 80 p.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO SUL. **Ministério Público Federal realizou audiência pública no RS sobre humanização do parto**. In: Rede Humaniza SUS [s.n.]. [2014]. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/86357-ministerio-publico-federal-realizou-audiencia-publica-no-rs-sobre-humanizacao-do-parto> Acesso em: 20 fev. 2016.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cartilha de violência obstétrica**. In: Ministério Público do Estado de São Paulo. [s.n.]. [2013]. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf> Acesso em: 20 fev. 2015.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNANBUCO. **Humanização do parto - nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos**. In: Ministério Público de Pernambuco. [s.n.]. [2015]. Disponível em: <http://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf> Acesso em: 20 set. 2019.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência obstétrica é tema de audiência pública no MP-SP**. In: Ministério Público do Estado de São Paulo. [s.n.]. [2014]. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id_noticia=12741378&id_grupo=118 Acesso em: 20 fev. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Recomendaciones de la OMS: Para los cuidado durante el parto, para una experiencia de parto positiva**. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2018.

POZZIO, Maria Rangel. La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y La violencia obstétrica. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 101-117, 2016.

PINTO, Laura Maria Tenório Ribeiro.; TREZZA, Maria Cristina Soares Figueiredo.; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira.; MELO, Géssyca Cavalcante de.; SILVA, Jovânia Marques de Oliveira.; OLIVEIRA, Larissa Lages Ferrer de. Manejo alimentar durante o parto sob a percepção da mulher. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, n. s/n, p. 1-6, 2017.

PULHEZ, Mariana Marques. A “**violência obstétrica**” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. In: Fazendo gênero 10 - Desafios atuais do feminismo [s.n]. [2013]. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1386706264_ARQUIVO_MarianaMarquesPulhez.pdf Acesso em: 20 set. 2019.

RODRIGUES, Diego Pereira.; **Violência obstétrica No Processo do parto e nascimento da região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: percepção de mulheres/puérperas**. Rio de Janeiro; 2014. 186 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense.

RODRIGUES, Diego Pereira.; ALVES, Valdecyr Herdy.; PENNA, Lucia Helena Garcia.; PEREIRA, , Audrey Vidal.; BRANCO, Maria Bertilla Lutterbach Riker.; SILVA, Luana Asturiano da. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 614-620, 2015.

SERRA, Maria Clara. **Comissão de direitos humanos debate violência obstétrica no país**. In: O Globo. [s.n.]. [2014]. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/comissao-de-direitos-humanos-debate-violencia-obstetrica-no-pais-12323117> Acesso em: 20 fev. 2016.

SERRUYA, Suzanne Jacob.;LAGO,Tânia Di Giácomo.; CECATTI, José Guilherme. O Panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, 2004.

SILVA, Márcia. Poder local, ideologia e representações sociais. **Mercator**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 39-51, 2014.

SOARES, Glauce Cristine Ferreira.; ANDRETTO, Daniela de Almeida.; DINIZ, Carmem Simone Grilo.; NARCHI, Nádia Zanon. Adjustment disorders in the postpartum resulting from childbirth: a descriptive and exploratory study. **Online braz. j. nurs**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 907-922, 2012.

STRAPASSON, Márcia Rejane.; NEDEL, Maria Noemia Birck. A institucionalização da violência contra a mulher no processo do nascimento: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 7, n. 11 (esp.), p. 6663-6670, 2013.

SOUSA, Joelma Lacerda de.; SILVA, Iolanda Pereira da.; GONÇALVES, Lucimar Ramos Ribeiro.; NERY, Inez Sampaio.; GOMES, Ivanilda Sepúlveda.; SOUSA, Larissa Ferreira

Cavalcante. Percepção de puérperas sobre a posição vertical do parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 32, n. s/n, p. 1-10, 2018.

TERÁN, Pablo.; CASTELLANOS, Carlos.; BLANCO, Mireya González.; RAMOS, Damarys. Violencia obstétrica: percepción de las usuárias. **Revista de Obstetricia y Ginecología. de Venezuela**, Caracas, v. 73, n. 3, p. 171-180, 2013.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2006. 174 p.

VENEZUELA. Ministério da Justiça. **Lei Orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre da violência de 19 de março de 2007**. Dispõe sobre as distintas modalidades de violência contra a mulher. Diário Oficial da República Bolivariana da Venezuela. nº. 38,647. Poder executivo, Caracas, 19 mar. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(RESOLUÇÃO Nº 466/12 - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE)

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: Os valores dos profissionais de saúde e sua influência no cuidado obstétrico: cotidiano das maternidades, que tem como objetivos identificar a caracterização sociodemográfica, obstétrica e assistencial das mulheres assistidas em maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, caracterizar as principais situações de violência a partir da percepção das mulheres acerca da assistência obstétrica durante seu processo parturitivo.

Você receberá orientações acerca da temática, e as informações que prestar durante a entrevista, além de relevantes para que o pesquisador possa compreender e analisar o seu conteúdo, serão utilizadas com a garantia de sigilo e anonimato em qualquer fase do estudo, isto porque quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será preservada por meio de um pseudônimo escolhido aleatoriamente pelo pesquisador.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que você realizou seu parto.

A presente pesquisa não apresenta riscos diretos, mas caso você entenda que sofreu violência na assistência obstétrica, se assim o desejar, poderá receber atendimento individual no Setor de Psicologia da Maternidade em que foi atendida.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista, além da coleta de seus dados junto do seu prontuário no setor da unidade. A entrevista será gravada em aparelho digital, com a sua autorização, possibilitando a sua posterior transcrição.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem em área da saúde da mulher com foco na violência na assistência obstétrica.

Você receberá uma cópia deste Termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador responsável, e demais membros de equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

- Diego Pereira Rodrigues

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2018.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO, estando de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Dados:

1. Qual sua idade?
2. Qual sua etnia/raça?
3. Qual sua religião?
4. Você estudou até que série?
5. Qual sua condição matrimonial?
6. Você trabalha?
7. Com carteira assinada?
8. Qual sua renda familiar?
9. Apresenta casa própria ou alugada?
10. Quantas pessoas moram na habitação?

• **Perguntas Norteadoras:**

1. Conte como foi a sua vivência do processo de cuidado no campo do parto e nascimento?
2. Qual a sua percepção desse cuidado implementado?

A N E X O S

ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA**

Declaro tomar ciência e autorizar, como Diretor Acadêmico do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), a coleta de dados da pesquisa intitulada: **“CRENÇAS, VALORES E SUA INFLUÊNCIA NA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: a percepção da violência obstétrica como questão axiológica”**. Esta pesquisa deverá trazer contribuições científicas, acadêmicas e sociais para os sujeitos pesquisados e para os pacientes, sendo o pesquisador **Diego Pereira Rodrigues**, ciente de suas responsabilidades; bem como o Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP), ciente de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar, conforme a Resolução CNS 466/2012.

Niterói, 2 de março de 2016.

Prof. Jochemir R. Lugon
Diretor Acadêmico do HUAP
SIAPE 0308128
CRM 22.2442-9

PROF. JOCEMIR R. LUGON
Diretor Acadêmico do HUAP

Hospital Universitário Antonio Pedro
Rua Marquês do Paraná 303 – Centro – Niterói – RJ – CEP: 24033-900
Tels: 2629-9408/9409/9421 Fax : 2629-9418
e-mail: direcao@huap.uff.br



SECRETARIA DE SAÚDE

HEAL
 HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA

Declaração de Anuência

Declaramos que esta instituição tem interesse em participar do projeto "CRENÇAS, VALORES E SUA INFLUENCIA NA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO DA VIOLENCIA OBSTÉTRICA", proposto pelos pesquisadores Prof Dr Valdecyr Herdy Alves e Diego Pereira Rodrigues, como instituição co-participante de projeto da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense - UFF, autorizando sua execução.

Declaramos ainda, conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense, responsável por sua avaliação.

Niterói, 12 de julho de 2016.

Verônica Alcoforado de Miranda
 Gerente de Ensino e Pesquisa HEAL / ISG



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos que esta instituição tem interesse em participar do projeto: **Crenças, valores e sua influência na atuação dos profissionais de saúde: a percepção da violência obstétrica como questão axiológica**, proposto pelo pesquisador **Dr. Valdecyr Herdy Alves**, autorizando sua execução.

Declaramos ainda, conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável por sua avaliação.

Niterói, 16 de março de 2016.

Adriana Cersosimo

Direção Médica

Dra. Adriana Cersosimo
Direção Geral M.MARVF
FMS 436.446

MATERNIDADE MUNICIPAL ALZIRA REIS VIEIRA FERREIRA
Rua Carlos Hermelindo Marins s nº
Charitas - Niterói
Tel: (21) 3611-0107 - 3701-1846



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALOS
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 HOSPITAL LUIS PALMEIR
 HOSPITAL DA MULHER GONÇALENSE

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos que esta instituição tem interesse em participar do projeto: **Crenças, valores e sua influência na atuação dos profissionais de saúde: a percepção da violência obstétrica como questão axiológica**, proposto pelo pesquisador Dr. **Valdecyr Herdy Alves**, autorizando sua execução.

Declaramos ainda, conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável por sua avaliação.

Niterói, 16 de março de 2016.

DIREÇÃO MÉDICA

HOSPITAL DA MULHER GONÇALENSE
 Praça Estephânia de Carvalho, s/nº
 Centro - São Gonçalo
 Tel: (21) 2199-6155

ANEXO B - PARECER DO CEP/HUAP/UFF

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: Crenças, valores e sua influência na atuação dos profissionais de saúde: a percepção da violência obstétrica como questão axiológica

Pesquisador: Valdecyr Herdy Alves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54362816.2.0000.5243

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.737.132

Apresentação do Projeto:

Emenda visa atender às recomendações do Parecer número 1.504.762, de 18 de abril de 2016.

Resumo do Projeto original:

Projeto de doutorado sobre o tema da violência obstétrica no campo assistencial, tendo como cenários o Hospital Universitário Antônio Pedro; o Hospital Estadual Azevedo Lima; a Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira e o Hospital Municipal da Mulher Gonçalense.

É um estudo fenomenológico, baseado no referencial teórico da Teoria dos Valores, de Max Scheler.

Os participantes serão profissionais de saúde de nível superior de ambos os sexos, envolvidos diretamente na assistência ao parto e nascimento. Serão utilizadas entrevistas fenomenológicas e diário de campo. Os dados serão analisados com base na hermenêutica fundamentada na Teoria da Interpretação, de Paul Ricoeur.

O objeto de estudo está focado nas crenças e nos valores dos profissionais de saúde e sua influência na percepção da violência obstétrica. Trata-se de um tipo de violência que não se restringe ao parto e nascimento, mas abrange todo o período de gestação, caracterizando-se também pela ausência de uma assistência qualificada à mulher e sua família. De acordo com a

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar

Bairro: Centro

CEP: 24.030-210

UF: RJ

Município: NITEROI

Telefone: (21)2629-9189

Fax: (21)2629-9189

E-mail: etica@vm.uff.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



Continuação do Parecer: 1.737.132

modo de acesso ao Ser, a entrevista será desenvolvida como um encontro, singularmente estabelecido entre o sujeito pesquisador e cada participante pesquisado". Para isso, poderá valer-se de anotações em um diário de campo. As entrevistas serão gravadas em meio digital, mediante consentimento prévio de participante, a fim de preservar a fidedignidade dos respectivos depoimentos.

O estudo será baseado na análise hermenêutica fundada na Teoria de Interpretação de Paul Ricoeur.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a percepção valorativa dos profissionais de saúde que atuam nas maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro acerca da violência obstétrica, considerando a dimensão axiológica de Max Scheler

Objetivos Secundários:

- Identificar as crenças e os valores dos profissionais de saúde que atuam no campo assistencial obstétrico nas maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro.
- Investigar se as crenças os valores exercem influência a partir da percepção desses profissionais no campo assistencial obstétrico, levando à violência obstétrica.
- Analisar a valorização axiológica a partir da percepção dos profissionais de saúde e sua correlação com a violência obstétrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo informa o pesquisador:

"Riscos:

É importante destacar que os riscos da pesquisa são constrangimento, desconforto com a temática abordada durante a coleta de dados. Ressalta-se que o pesquisador é treinado, se tornando capacitado para a aplicação do instrumento de coleta de dados, com o propósito de evitar os riscos aos participantes, e se compromete a resguardar a integridade física, psíquica e emocional dos participantes.

Benefícios:

O estudo traz como benefício desvelar as crenças e valores que a prática dos profissionais foram construídas, e a partir desse pensamento trazer a questão do direito da mulher a uma prática frente aos seus valores e suas necessidade, contribuindo para a qualidade da assistência."

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar

Bairro: Centro

CEP: 24.030-210

UF: RJ

Município: NITEROI

Telefone: (21)2629-9189

Fax: (21)2629-9189

E-mail: etica@vm.uff.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



Continuação do Parecer: 1.737.132

Não houve questionamentos por parte deste Colegiado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto aborda um importante tema da atualidade e o faz de forma clara e objetiva, à luz de um referencial teórico adequado. Todas as recomendações do parecer anterior foram acatadas e o protocolo foi ajustado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi ajustado. As cartas de anuência foram anexadas. Todos os documentos encontram-se de acordo com as normas do Sistema CEP-CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_703493 E1.pdf	12/07/2016 18:19:41		Aceito
Outros	carta.docx	12/07/2016 18:12:04	Valdecyr Herdy Alves	Aceito
Outros	azevedo.pdf	12/07/2016 18:10:18	Valdecyr Herdy Alves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	niteroi.pdf	03/07/2016 23:44:14	Valdecyr Herdy Alves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	sg.pdf	03/07/2016 23:43:48	Valdecyr Herdy Alves	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	03/07/2016 23:38:54	Valdecyr Herdy Alves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	03/07/2016 23:38:01	Valdecyr Herdy Alves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	03/07/2016 23:37:08	Valdecyr Herdy Alves	Aceito

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar

Bairro: Centro

CEP: 24.030-210

UF: RJ

Município: NITEROI

Telefone: (21)2629-9189

Fax: (21)2629-9189

E-mail: etica@vm.uff.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



Continuação do Parecer: 1.737.132

Outros	HUAP.JPG	09/03/2016 23:56:45	Valdecyr Herdy Alves	Aceito
Folha de Rosto	Doc.docx	19/02/2016 16:50:41	Valdecyr Herdy Alves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 20 de Setembro de 2016

Assinado por:

José Carlos Carraro Eduardo
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar

Bairro: Centro

CEP: 24.030-210

UF: RJ

Município: NITEROI

Telefone: (21)2629-9189

Fax: (21)2629-9189

E-mail: etica@vm.uff.br