



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

Giovanna Vivacqua Mendes

Determinantes sociais e o papel do enfermeiro na APS: Violência obstétrica e a contribuição da Residência em Enfermagem na mudança de paradigma da educação em saúde em uma Clínica da Família na Rocinha

Rio de Janeiro

2024

Giovanna Vivacqua Mendes

Determinantes sociais e o papel do enfermeiro na APS: Violência obstétrica e a contribuição da Residência em Enfermagem na mudança de paradigma da educação em saúde em uma Clínica da Família na Rocinha

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em
Saúde da Família e Comunidade

Determinantes sociais e o papel do enfermeiro na APS: Violência obstétrica e a contribuição da Residência em Enfermagem na mudança de paradigma da educação em saúde em uma Clínica da Família na Rocinha

Orientadora: Prof.^a Me. Carla Aparecida Galvão Grajaú

Rio de Janeiro

2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família, por todo apoio, amor e cuidado nesses dois anos de residência. Sem eles nunca seria possível concluir esse ciclo. Aos meus amigos Residentes, por toda parceria, amparo e força diária para ultrapassarmos todos os desafios juntos. Agradeço também a todos os preceptores que por mim passaram e que muito me ensinaram, a residência não teria sido a mesma se não fosse vocês. E também a minha equipe que foi tão acolhedora e tanto me agregou nesses dois anos, tornando a experiência muito mais enriquecedora.

RESUMO

Mendes, Giovanna Vivacqua. *Determinantes sociais e o papel do enfermeiro na APS: Violência obstétrica e a contribuição da Residência em Enfermagem na mudança de paradigma da educação em saúde em uma Clínica da Família na Rocinha*. 2024 23 f. Monografia em Enfermagem de Família e Comunidade – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Resumo: O parto é um evento único e desafiador na vida da parturiente e, para além dos aspectos fisiológicos, é atravessado por aspectos históricos e culturais que são perpetuados por várias gerações. A assistência prestada durante o parto é um marcador na vida da mulher, e está diretamente relacionada a posição que a mulher ocupa na sociedade: classe social, raça/cor, gênero, estado civil, aspectos culturais, entre outros. A Violência Obstétrica é o termo utilizado para descrever diversas violências que ocorrem na prática profissional obstétrica, podendo ser física, verbal ou psicológica, que causam dano à saúde da mulher. Sabe-se que essa violência ainda está presente em inúmeras práticas profissionais, apesar de pouco notificada. Nesse contexto, é essencial que as mulheres sejam informadas sobre violência obstétrica, desde o pré natal, a fim de que tenham seus direitos garantidos e fisiologia respeitada. Destaca-se a Atenção Primária a Saúde como fundamental na disseminação de informação e educação em saúde, a fim de promover a autonomia dessas mulheres. **Objetivo:** Identificar as violências obstétricas relatadas por mulheres que pariram no último ano. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, realizada com mulheres de uma equipe de uma Clínica da Família na Rocinha, município do Rio de Janeiro (RJ), através de uma entrevista guiada por um formulário impresso. **Resultados:** A maioria das entrevistadas possuíam algum conhecimento prévio sobre a temática de violência obstétrica, apesar disso não ter sido falado durante as consultas de pré natal. Ainda que as mulheres tenham referido uma boa experiência de parto, foram vítimas de diversas práticas inadequadas, no entanto, pela falta de educação em saúde pré natal, não identificaram como violência obstétrica. **Conclusão:** Destaca-se o pré natal na APS como um espaço de educação em saúde para prevenção da violência obstétrica, bem como o plano de parto como uma excelente ferramenta para promoção da autonomia da gestante. Urge que haja uma ampliação de discussões sobre a temática nas instituições de saúde e espaços de formação, buscando a qualificação profissional e melhoria da assistência.

Palavras Chaves: Atenção Primária à Saúde; Violência Obstétrica; Educação em Saúde.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Orçamento
Quadro 2 –	Cronograma

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização das mulheres	31
------------	-----------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
OMS	Organização Mundial da Saúde
PREFC	Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
PP	Plano de Parto
ESF	Estratégia de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento
RC	Rede Cegonha
VO	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Situação Problema	10
1.2 Justificativa	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo geral.....	12
2.2 Objetivos específicos	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 Determinantes Sociais e Saúde	12
3.2 A Atenção Primária e Violência Obstétrica.....	14
4 METODOLOGIA	15
4.1 Público-alvo	17
4.2 Orçamento.....	17
4.3 Cronograma de execução.....	17
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
5.1 Experiência de parto e violência obstétrica	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	32
APÊNDICE A - Roteiro para Entrevista	35
APÊNDICE B – Projeto de Intervenção	36

1. INTRODUÇÃO

O parto é um evento fisiológico, único e por muitas vezes desafiador na vida da mulher. Pode ser percebido como um acontecimento angustiante, imprevisível e de vulnerabilidade, devido às inseguranças, medo e solidão, mas também pode ser experienciado de maneira transformadora (Carvalho et al, 2009).

A assistência prestada durante o parto é um marcador na vida da pessoa gestante, visto que para além dos aspectos fisiológicos, existem determinantes culturais e sociais que impactam na experiência de parto vivenciada pela mulher, e também na assistência prestada. Segundo Mattar e Diniz (2012), raça/cor, classe social, tipo de parceria e o lugar que essa mulher ocupa na sociedade pode impactar diretamente nos seus direitos sexuais e reprodutivos, e também na experiência de parto. (Mattar et al, 2012).

A violência obstétrica (VO) pode ser considerada um conjunto de práticas assistenciais que causam prejuízo à saúde física e mental da pessoa que gesta. É caracterizada pelo tratamento assistencial desumanizado, contendo violências verbais, físicas ou psicológicas a pessoa no processo gravídico-puerperal, tanto no pré natal, parto e pós parto. É retratada por práticas que desrespeitam e ameaçam a integridade física e mental, causando dor e dano, através de intervenções desnecessárias ou sem o consentimento da pessoa. Patologizando o que é fisiológico e desrespeitando a autonomia do indivíduo. Além disso, é considerada uma violação de direitos, impactando na saúde sexual e reprodutiva e, conseqüentemente, na qualidade de vida da mulher. (Tesser et al, 2015)

Correspondem a VO atos realizados por profissionais da saúde, como: procedimentos sem o consentimento da pessoa ou sem embasamento científico, desrespeito a lei do acompanhante (lei 11.108/2005), violência verbal, com gritos, xingamentos, discriminação e autoritarismo, realização de episiotomias e cesarianas sem real indicação para prática cirúrgica. O uso de ocitocina de rotina sem indicação clínica, manobra de Kristeller e impedimento a alimentação ou deambulação pela sala de parto, mantendo a pessoa restrita ao leito, também são práticas violentas e que, portanto, não devem acontecer (Lansky et al, 2019)

A pesquisa Nascido no Brasil, realizada em 2011 pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), entrevistou mais de 23 mil mulheres em 266 maternidades públicas e privadas. Das mulheres entrevistadas, 70% foram puncionadas de forma rotineira, 40% receberam ocitocina e 40% tiveram rotura artificial de membranas, das mulheres que pariram (48%), 92% estavam em posição litotômica e em 50% dessas foi realizado o procedimento de episiotomia. Sobre manobra de Kristeller, 37% das mulheres foram submetidas. Somente 26%

foram permitidas a se alimentar durante o trabalho de parto e 46% pôde se movimentar durante o parto. Apenas 18,7% tiveram direito a acompanhante e só 5% dos partos não tiveram nenhuma intervenção. Esses dados mostram que as que práticas configuradas como VO ainda são realizadas rotineiramente no país.

A mesma pesquisa supracitada enfatizou que a taxa de cesarianas chega a 88% no setor privado, e 46% no setor público, sendo estimado pela Organização Mundial da Saúde que as taxas de cesariana não ultrapassem de 15%, devido aos riscos elevados para saúde da mãe e do bebê.

Apesar do Brasil possuir uma alta cobertura de pré natal, apenas 40% das mulheres tem o tema parto abordado durante as consultas. Dessa forma, faz-se necessário que os profissionais que prestam assistência as mulheres na Atenção Primária realizem o pré natal para além de um modelo biomédico e protocolar, mas também com uma perspectiva de explorar expectativas do momento do parto, medos e compartilhar informações relevantes para promover autonomia a usuária. (Tesser et al, 2015)

1.1 Situação Problema

Durante o período de residência, sempre me interessei em saber as experiências de parto vivenciado pelas mulheres, seja durante as consultas de puericultura, ou até mesmo na primeira consulta pós parto, ou seja, durante o acolhimento família-bebê. Sempre me inquietaram os relatos de VO vividos por essas mulheres e, especialmente, o relato delas sem o reconhecimento de que haviam passado por uma violência.

Durante as consultas, observei que poucos profissionais realizam o plano de parto ou abordam sobre VO com a mulher. Seja por desconhecimento, ou pela alta demanda que gera sobrecarga de trabalho, resultando em pouco tempo para realização das consultas e, consequentemente, impactando na qualidade da assistência ao pré natal.

Além disso, é possível observar nos relatos que algumas práticas violentas são sutis, e, por vezes, a mulher não percebe, como: perda de direito ao acompanhante, estar restrita ao leito, impedimento a alimentação, proibição do uso de medidas não farmacológicas para o alívio da dor, episiotomias ou cesarianas sem real indicação e realização de procedimentos sem o consentimento da mulher.

Nesse sentido, é importante ressaltar que para além da qualificação profissional no cenário obstétrico, faz-se necessário uma qualificação dos profissionais da Atenção Primária

(APS), no que diz respeito à prevenção de VO nas consultas de pré natal, a fim de que a mulher seja informada sobre a temática e tenha mais autonomia em seu processo de parto.

1.2 Justificativa

As informações fornecidas no pré natal são cruciais para mulher e seu acompanhante, no que tange ao mecanismo fisiológico do parto e nas orientações baseadas em evidências para que a mulher se torne protagonista do processo. Com isso, a humanização da assistência ao pré natal é essencial para garantia de direitos, visto que aproxima o profissional da usuária, possibilitando vínculo e fortalecendo ações de promoção e prevenção que permitem a autonomia da mulher. Ademais, uma boa assistência ao pré natal também reduz taxas de mortalidade materno infantil, pois é realizada com maior vigilância e garantindo acesso da gestante a equipe de saúde. (Gaiva et al, 2017)

Com isso, diante da prática vivenciada durante o período da Residência na Clínica da Família, especialmente durante as consultas de pré natal e acolhimento família-bebê, foi possível compreender a relevância de uma boa assistência ao pré natal para um melhor desfecho puerperal, no que tange ao respeito a autonomia da mulher, direitos sexuais e reprodutivos e qualidade de vida.

Portanto, a APS tem um papel fundamental no cenário da VO, na prevenção de agravos e na promoção a garantia de direitos. Esse estudo visa contribuir para o conhecimento das violências que as mulheres estão sofrendo e, a partir disso, a construção de um material educativo que possa informar, de forma didática, as mulheres durante as consultas de pré natal, visando reduzir a morbimortalidade materna e infantil e melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar as violências obstétricas relatadas por mulheres em uma Clínica da Família

2.2 Objetivos específicos

Buscar estratégias de prevenção da violência obstétrica a serem realizadas na Atenção Primária

Elaborar um material educativo que auxilie profissionais na prevenção da violência obstétrica durante as consultas de pré natal

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Determinantes Sociais e Saúde

Os determinantes Sociais de Saúde (DSS) se definem, de forma ampla, em como as condições de vida e trabalho estão relacionados com a situação de saúde da população. Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), são eles: fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais. Com isso, é importante ressaltar que as desigualdades sociais e escassez de recursos pela falta de investimentos por parte governamental na melhoria da qualidade de vida das pessoas (moradia adequada, transporte, saneamento básico, educação, acesso a saúde e alimentação) impactam diretamente no processo saúde-doença das pessoas, devido ao aumento de iniquidades, resultando na falta de acesso a direitos básicos. (Buss, Filho; 2007)

Pode-se considerar que a concepção dos DSS promove uma visão ampla do processo saúde-doença, colocando em questão todo o contexto e interseccionalidade que permeiam a vida do indivíduo. É pensar na saúde como intrínseca a organização da sociedade, especialmente quando se coloca em questão a distribuição de riquezas. (Galvão, et al; 2021)

Nesse estudo de Galvão et al (2021), que buscou explorar o conhecimento científico sobre determinantes estruturais de saúde, identificou que o racismo estrutural é um contribuinte para exclusão de povos pretos e pardos no acesso aos direitos, impactando diretamente na

expectativa de vida dessa população. Segundo Pagano (2014), pessoas brancas vivem 5 anos a mais do que pessoas pretas no Brasil.

Nesse sentido, é preciso destacar que as desigualdades segundo raça/cor têm tomado relevância nas pesquisas em saúde, uma vez que é uma população vulnerabilizada e, com isso, apresenta maiores níveis de adoecimento por causas evitáveis. Sabe-se que, no Brasil, embora tenha alcançado melhores resultados na cobertura de pré natal e assistência hospitalar ao parto após a implementação da Rede Cegonha (RC), ainda apresenta problemas na garantia de uma assistência de qualidade, contribuindo para desfechos desfavoráveis e mortalidade materna. (Leal, et al; 2017) Ademais, segundo o SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), a razão de mortalidade materna em mulheres negras é duas vezes e meia maior do que em mulheres brancas.

Considerando que questões de gênero também são determinantes quando falamos em saúde, vale ressaltar que o papel social dado as mulheres se organizam através de uma estrutura patriarcal, que se configura com triplas jornadas de trabalho que, em sua maioria, é atrelado ao trabalho formal, com o trabalho doméstico e o papel de cuidadora da família. Dado que são jornadas extremamente exaustivas, impactam diretamente na saúde da mulher, causando sofrimento físico e mental, para além das outras questões de violência de gênero que produzem sofrimento. (Cruz, et al; 2023)

Além disso, o ambiente do parto é compreendido pela sociedade e instituições de saúde como um espaço de medicalização do corpo e patologização do processo de parir, que são atravessados pelo patriarcado, onde os corpos das mulheres se tornam objetos de intervenção. Com isso, a VO é decorrente desse sistema onde o corpo da mulher deixa de pertencer a ela mesma, sendo compreendido apenas como um meio de nascimento para o bebê e objeto de instrumentalização médica. (Decarli, 2018)

No estudo de Curi et al (2020), além de abordar a medicalização dos corpos femininos a partir da lógica masculina e patriarcal como forma de controle e exercício de poder sobre as mulheres, destaca também como a VO está diretamente ligada a cor. Nesse sentido, as autoras trazem relação do racismo e as práticas violentas retratadas nas maternidades, como mulheres negras serem mais violentadas pela crença racista de que são mulheres mais fortes, que conseguem suportar mais e que, quando manifestam vontades, são negligenciadas pelos profissionais.

Um outro estudo realizado sobre cuidados obstétricos mostrou que mulheres pardas habitualmente tem menos números de consultas de pré natal, e comumente sem a presença do acompanhante. Concomitante a isso, as mulheres pretas são as que menos tem vínculo com a

maternidade de referência, sendo sujeitas a maior peregrinação e também são as que menos recebem anestesia local quando submetidas a episiotomia. (Lima et al, 2021) Em relação a violência verbal e física, o estudo de Brüggemann et al (2014) encontrou que as mulheres negras, com baixa escolaridade, nordestinas e com idade entre 20 e 34 anos, são as mais expostas a sofrerem estes tipos de violência.

Dessa forma, entende-se que não se pode pensar em raça/cor e gênero como determinantes dissociados a saúde, visto que o racismo estrutural e a desigualdade de gênero são inerentes ao adoecimento das mulheres, e devem ser pautados na formulação de políticas públicas em saúde, a fim de promover equidade e ampliar acesso a populações vulnerabilizadas e violentadas pelo sistema.

3.2 A Atenção Primária e Violência Obstétrica

A Constituição Federal Brasileira compreende a saúde como direito de todos e dever do estado, efetivando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade, igualdade e integralidade, através de políticas públicas que busquem a redução do risco de doenças e agravos, além do acesso igualitário as ações e serviços. Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha (RC), através da Portaria GM/MS nº 1.459/2011, que consiste numa conjuntura de cuidados às mulheres, garantindo-as direitos relacionados a saúde materno infantil, como melhorias na assistência ao pré natal, boas práticas de segurança na atenção ao parto e nascimento, planejamento sexual e reprodutivo, entre outros. (Theophilo et al, 2016)

Ainda, o Ministério da Saúde (MS) instituiu na Portaria Nº 569 de 1º de Junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento (PHPN), objetivando qualificar a assistência, ampliar acesso e reduzir as taxas de morbimortalidade materna e neonatal. No documento são expostas boas condutas a serem prestadas na assistência ao pré natal e parto, como direitos da gestante e as atribuições dos serviços de saúde, afim de prevenir complicações gestacionais e propiciando um atendimento de melhor qualidade.

A APS é compreendida como a porta de entrada dos serviços de saúde, tendo como uma das linhas de cuidado o enfoque na saúde da mulher e assistência ao pré natal, visando evitar complicações na saúde da gestante e do feto. A equipe multiprofissional exerce um papel essencial no processo gravídico-puerperal e do processo de parturição, devendo prestar assistência de forma humanizada e acolhedora, promovendo uma escuta qualificada. O enfermeiro, por sua vez, é o profissional habilitado para o atendimento ao pré natal de risco

habitual, traçando ações de cuidado baseando-se em princípios éticos e com ações de promoção à saúde e prevenção de agravos. (Costa et al, 2022) (Gomes et al, 2019)

Vale ressaltar que o pré natal se constitui para além da detecção precoce de doenças e prevenção de agravos no cuidado a gestante, mas também é uma ocasião favorável para promover ações educativas. O cuidado de enfermagem é fundamental no processo de educação em saúde, sendo uma estratégia que permite a integração entre os profissionais e a pessoa gestante, fortalecendo vínculo, incluindo a mulher como participante ativa no seu próprio cuidado, informando-as sobre seus direitos e partilhando conhecimentos que possibilitam voz ativa a usuária para que tenha uma assistência digna. (Pohlmann et al, 2016)

Nesse contexto, destaca-se o plano de parto (PP), que é uma excelente ferramenta na prevenção quaternária frente à violência obstétrica. Trata-se de um documento elaborado pela gestante, em conjunto com o profissional de saúde, de natureza legal, que dispõe sobre seus direitos e suas vontades durante o período de parto, baseado em informações de qualidade. O PP tem o objetivo de mitigar medos e evitar a prática de violências obstétricas, melhorando a comunicação com a equipe que prestará assistência e preparando também o acompanhante que fornecerá apoio no momento de inseguranças e incertezas da parturiente. (Nascimento et al, 2022)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a execução do PP desde 1996, pois compreende como uma tecnologia leve de grande potencial, que elucida expectativas e desejos da usuária, além de estimular a busca por informações, dialogando com profissionais. Por conseguinte, o trabalho do enfermeiro é essencial nessa construção, já que é o profissional que atua diretamente na assistência e construção de vínculo, se fazendo essencial a orientação sobre PP e sua relevância, devendo ser construído em conjunto com a gestante nas consultas de pré natal. (Feltrin; Manzano; Freitas, 2022)

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada com mulheres que pariram nos últimos 12 meses, de uma equipe de saúde da família, em uma Clínica da Família localizada no bairro da Rocinha, no município do Rio de Janeiro (RJ). A pesquisa se deu no período de Novembro a Dezembro de 2023.

A escolha do tempo se deu para abranger um número maior de mulheres que pariram recentemente, oportunizando a coleta de dados com mulheres em consultas puerperais de segmento pós parto, e realizando essa captação também nas consultas de puericultura. Além

disso, a coleta também foi realizada em visitas domiciliares e no território, devido aos desafios da realização da pesquisa durante as consultas, impactando no tempo de espera dos outros usuários e na agenda da equipe.

Para a coleta de dados, foi oferecido um formulário impresso com perguntas referentes às práticas realizadas durante o período de pré natal e parto dessas mulheres, independente da via de parto e da maternidade em que pariram. Após a leitura e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o formulário foi lido pela pesquisadora e utilizado um gravador de áudio para posteriormente ser realizada a transcrição de respostas. A coleta de dados se iniciou apenas com autorização, através de Termo de Anuência enviado à direção da instituição de saúde onde deu a pesquisa e após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura (CEP/SMS-RJ)

Os critérios de inclusão foram: Puérperas ou mulheres que pariram há 12 meses ou menos, ser cadastrada na equipe selecionada da Clínica da Família onde foi realizada a pesquisa, ter mais de 18 anos, estar de acordo com TCLE. Os critérios de exclusão foram: Mulheres de outras equipes da unidade, ter menos de 18 anos de idade, não estar de acordo com o TCLE e mulheres que pariram há mais de 12 meses. A Clínica da Família onde foi realizada a pesquisa possui dez equipes de saúde da família, sendo selecionada para pesquisa a equipe a qual a autora está alocada durante a Residência de Enfermagem de Família e Comunidade, devido ao vínculo já existente da pesquisadora com as usuárias cadastradas na equipe.

Os riscos da realização da pesquisa foram explicados as participantes, devido a possibilidade de ocorrer incômodo ao responder as perguntas, já que se trata de um assunto de experiência própria, onde envolvem emoções e lembranças de acontecimentos que possam ter sido desagradáveis. Caso a participante se sentisse desconfortável, não precisaria responder as perguntas e poderia interromper a pesquisa a qualquer momento.

A pesquisadora assegurou a confidencialidade dos dados coletados e privacidade das participantes da pesquisa, sendo garantido o anonimato. Foi utilizando a codificação alfanumérica (M1, M2, M3...) onde o “M” corresponde a “mulher”. Os benefícios da participação da pesquisa são contribuir com a melhoria da assistência de pré natal na unidade de Atenção Primária onde será realizada a pesquisa, além de auxiliar em medidas preventivas de violência obstétrica.

A análise dos dados se deu por meio da análise de conteúdo de Bardin, que consiste em um conjunto de técnicas de análise, que objetiva avaliar diferentes conteúdos, por meio de

uma sistematização de análise de dados, que visa interpretar os significados presentes em um determinado conjunto de dados (Bardin 2004, p. 41).

A técnica é dividida em três fases, sendo a primeira a pré análise, onde ocorre a leitura flutuante, escolha de documentos, formulação de objetivos, hipóteses e formulação de indicadores. Na segunda fase ocorre a exploração do material e a criação de categorias a partir das unidades de registro (UR) codificadas. A terceira fase, por sua vez, é onde ocorre a interpretação dos resultados, de forma crítica e reflexiva (Bardin, 2011).

Os dados foram coletados e transcritos na íntegra, buscando agrupar as ideias e conteúdos por similaridade, para categorizar os discursos das entrevistadas na pesquisa. Os resultados foram divididos em dois tópicos: Conhecimento sobre violência obstétrica e Experiência de parto e violência obstétrica.

Esta pesquisa está pautada na Resolução 466/12 e Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos.

4.1 Público-alvo

O projeto de intervenção desta pesquisa busca aprimorar o atendimento pré natal à pessoa gestante, objetivando auxiliar o profissional nas orientações acerca da prevenção da VO, através de um *folder* informativo. Dessa forma, o público alvo do projeto são as gestantes, que irão se beneficiar de um pré natal de melhor qualidade, contribuindo para sua própria autonomia e conhecimento, mitigando riscos de danos a própria saúde.

4.2 Orçamento

Quadro 1 - Orçamento

MATERIAIS	FONTES	CUSTOS
Folha de papel A4	Própria pesquisadora	R\$ 20,00
Tinta para impressora	Própria pesquisadora	R\$ 80,00
Caneta	Própria pesquisadora	R\$ 10,00
Custo total aproximado	-	R\$ 110,00

4.3 Cronograma de execução

Quadro 2 - Cronograma de execução

Atividades	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN
Referencial Teórico	X	X	X						
Formulação do questionário	X	X	X						
Submissão no CEP				X	X	X			
Início da coleta de dados após aprovação do CEP							X	X	
Análise e discussão dos dados							X	X	
Elaboração do material de intervenção							X	X	
Submissão no Siga									X

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 – Caracterização das mulheres quanto as variáveis: idade, raça/cor, risco gestacional, via de parto, presença do acompanhante e informação no pré natal.

VARIÁVEL	NÚMERO	PORCENTAGEM (%)
Idade		
18 - 29	6	85,7
30 - 45	1	14,28
Raça/Cor		
Preta	1	14,28
Parda	4	57,14
Branca	2	28,57
Risco gestacional		
Alto	1	14,28
Baixo	6	85,7
Via de parto		
Normal	5	71,42
Cesárea	2	28,57
Presença do Acompanhante		
Sim	7	100
Não	0	0

Informada no pré natal		
Sim	2	28,57
Não	5	71,42

Foram realizadas entrevistas com sete mulheres, na faixa etária entre 20 e 37 anos (média 26,4), que são cadastradas na equipe de saúde da família selecionada para a pesquisa. Em relação a raça/cor, quatro se auto declararam pardas (57,14%), uma se auto declarou preta (14,28%), e duas brancas (28,57%). Sobre risco gestacional, seis foram gestações de risco habitual e apenas uma era alto risco. Quanto ao tipo de parto, cinco tiveram parto normal e duas tiveram parto cesárea. Quando questionado sobre a presença do acompanhante, todas tiveram seu direito garantido, sendo, em sua maioria, parceiro e mãe como principais acompanhantes.

No que diz respeito ao profissional que prestou assistência ao parto normal, três referiram ter o parto normal assistido por médico e enfermeiro, uma referiu ter o parto assistido apenas pelo médico e uma referiu não ter tido nenhum profissional durante o período, tendo apenas a mãe na sala de parto durante o expulsivo.

A análise dos dados se deu a partir de duas temáticas: O conhecimento prévio sobre violência obstétrica e a experiência de parto da mulher, baseado no questionário respondido pelas entrevistadas.

Conhecimento sobre violência obstétrica

No que tange ao conhecimento sobre violência obstétrica, seis mulheres já tinham ouvido falar sobre o assunto, sendo, na maioria por pesquisa própria ou através de noticiários e mídias. Apenas duas referiram terem sido informadas sobre isso durante as consultas de pré natal.

Acerca do conhecimento prévio sobre o assunto, foram expostas práticas inadequadas, englobando, no geral, violência física e psicológica. Apenas uma mulher citou conhecimento sobre manobra de Kristeller e duas citaram a episiotomia como uma prática de VO. O toque vaginal também foi citado por uma mulher, sob o entendimento que é realizado de maneira agressiva pelos profissionais. E, apesar de todas terem tido direito do acompanhante garantido durante o parto, apenas duas citaram o não respeito a Lei do Acompanhante como uma violência, como observa-se nas respostas:

M1 – “[..] aquele que não pode subir na barriga, não pode fazer o corte, eram os que eu mais pesquisava. E que tem sim direito ao acompanhante [..]”

M2 – “Os médicos quando eles cortam a mulher, fazem aquele corte a força. Quando eles ficam de ignorância com as gestantes na sala de parto, quando não deixam ela ficar com acompanhante também [..]”

M5 – “Que eles são agressivos né, na hora do parto, que eles querem dar toque com agressividade [..]”

O tratamento dos profissionais foi algo bem presente no discurso das entrevistadas como reconhecimento de práticas de VO. Entre elas, foram citadas tratamento inadequado dos profissionais, com “ignorância” e falta de paciência, além de maus tratos. Ademais, a violência sexual e abuso também foram citados por duas mulheres, que evidenciaram o conhecimento do tema através de notícias.

M5 – “[..] às vezes não tem paciência com a gente, eles mal tratam. No meu caso eles foram muito ignorantes comigo, tipo, quando eu tava sentindo dor ela as vezes dava um grito assim: – cala a boca, você está gritando muito. Você é uma criança.”

M4 – “Que a mulher é mal tratada, violência sexual também já ouvi, já ouvi em jornal o pessoal falando, mas comigo nunca aconteceu.”

M7 – “Na verdade eu vejo mais no jornal sobre médicos abusando ali da gestante né, na hora do parto, também negligência na hora do parto. Isso que eu vi mais foi em questão de jornal.”

5.1 Experiência de parto e violência obstétrica

No que diz respeito a pergunta “Você considera que sofreu violência obstétrica no seu parto? Se sim, pode me falar um pouco sobre?” Todas as mulheres responderam “não” para a pergunta, e uma não respondeu, já que não tinha conhecimento prévio sobre a temática. Três mulheres referiram terem tido um parto tranquilo. Contudo, apesar dos relatos parecerem positivos em relação a experiência de parto, ao discorrerem sobre o assunto, algumas foram citando práticas violentas que ocorreram.

M1 - “Não. Foi bem tranqüilo o parto, a equipe que acompanhou também foi maravilhosa”

M3 - “Não. Só foi a falta das pessoas mesmo, porque depois foi tranqüilo. As pessoas iam lá e faziam de mal jeito, depois que trocou o plantão que ficou melhor.”

M4- “Não, foi tranqüilo. Pelo contrario, fui muito bem atendida”

M5 – “Não. Violência comigo não, mas verbal sim. Na última vez eu recusei o toque, que eu não agüentava mais, e eles diziam: – você tem que fazer, tem que fazer. Teve uma hora que eu tava com tanta contração e eles queriam fazer o toque.”

M7 - “Não. Assim, na questão por ela ta demorando a nascer, teve uma hora que a médica falou assim: – eu vou dar o corte, você autoriza? Eu falei: – não, não autorizo. E aí ela falou assim: – então ta, já que você não autoriza vai demorar pra nascer e vai sofrer você e ela. Tanto que na hora meu marido ficou nervoso e falou – deixa, deixa eles darem o corte, se não vai matar a criança. Foi a única coisa assim que eu sofri, que eu lembro foi essa fala”.

A última pergunta do questionário diz respeito sobre considerações da própria experiência de parto, e o que poderia ser melhor na concepção delas. No geral, a maioria considerou como uma boa experiência, em contrapartida, quando respondiam sobre o que poderia ter sido melhor, a maioria trouxe alguma ressalva nas respostas, que retratou algum tipo de violência sofrida.

M1 – “Foi boa, não tive nada a reclamar. A todo tempo fui bem tratada. Foi tão boa que quero ter outro”

M2 – “Poderia ser melhor se fosse normal, eu não gostei, mas foi uma cesárea de risco[...] Eu perguntei e a moça falou na visita que eu fui lá, que vocês marcaram, ela falou que eu não tinha direito a acompanhante porque lá era pequeno e não tinha espaço e que ele só podia ficar comigo na sala de pré parto e depois eu tinha que ficar sozinha.”

M3 – “Boa. Só atenção de algumas pessoas, tinha umas pessoas lá maravilhosas, mas tinham outras que não davam tanta atenção assim.”

M4 – “Eu gostei, porque das outras vezes que eu fui não tinha acompanhante homem, e agora tem. Pra mim não tenho do que reclamar. Do jeito que ta, ta bom. Fui bem atendida do início ao fim, só poderia ter sido melhor porque só me avisaram que eu tava ligada, mas não me deram nenhum papel de comprovação.”

M5 – Então, foi boa. Eu acho que a educação delas, o jeito que trata a gente e ter mais paciência também.

M6 – “Boa. Achei bom, achei ruim não. Não gostei porque além de botar força pra neném nascer sozinha em cima da cama, elas não me trataram bem e ainda deixou o cabelo dela em cima das minhas partes todo assim caindo. O higiênico foi péssimo também, era muito sujo, então o que incomodou mais foi a parte de higiene. Poderia melhorar a falta de higiene e estrutura da maternidade.”

M7 - “Eu não tenho o que reclamar do meu parto. Porque enquanto eu tava ali no pré parto, teve uma enfermeira que me ensinou a botar força pra neném encaixar e até a hora do parto pra mim foi tranquilo. Assim, acho que na questão da educação poderia melhorar, ali na hora a gente ta tão nervosa, preocupada com a criança nascer, se a gente vai ter a condições de ter um parto normal e não ter um parto cesárea e as vezes o profissional ele é muito ignorante, não da aquela tranquilizada no paciente. É uma dor insuportável, e aí um enfermeiro ta lá no pré parto e começa a cantar, começa a falar: – Se não quisesse sentir dor, não engravidasse. Eu acho que isso são coisas que a gente não deveria ouvir na hora ali. Eu tava gritando de dor, mas aí teve uma hora que eu lembrei minha mãe e minha sogra falando: – se você ficar gritando, eles vão cagar e andar pra você, vão fingir que não tão te vendo”.

Os resultados dessa pesquisa promovem uma reflexão acerca do conhecimento das usuárias sobre a temática, bem como das experiências que viveram. Nota-se que a maioria das entrevistadas possuem algum conhecimento sobre violência obstétrica verbal e psicológica, mas poucas citaram violências físicas como práticas violentas.

Diante do exposto, observa-se que nenhuma mulher citou a restrição ao leito, posição litotômica obrigatória, enema, tricotomia ou o impedimento a alimentação como conhecimento prévio de violência obstétrica. Todavia, importante considerar que a temática foi pouco falada durante as consultas de pré natal, o que fez com que elas e informassem por

conta própria, ficassem sabendo de notícias através da mídia, ou até mesmo que não tivessem qualquer conhecimento sobre o assunto.

Além disso, vale considerar que muitas sofreram diversas violências, mas sem o conhecimento de que estavam sendo violentadas. O que reforça, mais uma vez, a importância dessa orientação durante o período pré natal, a fim de reconhecer práticas inadequadas e ter autonomia do seu próprio processo de parturição.

Em uma pesquisa realizada em 2018, em um Município no Sul do Brasil, com onze enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre fragilidades e potencialidades das intervenções de enfermagem nas consultas de pré natal, evidenciou que a atenção no pré natal tem impacto direto na morbimortalidade materna e infantil, sendo uma potencialidade importante quando se fala em qualidade da assistência. (Sehnen et al, 2020)

Em relação ao conhecimento sobre a violência, uma pesquisa realizada com 20 parturientes no interior da Bahia, identificou que a maioria das mulheres possuíam desconhecimento sobre a temática, sendo as poucas que possuíam, era um conhecimento superficial sobre violência física. Sobre a vivência da violência, a amniotomia sem indicação clínica e sem o consentimento da mulher foi uma das práticas mais citadas, além do toque vaginal excessivo e de forma agressiva, que foi de encontro com um dos achados dessa pesquisa. (Nascimento et al, 2019)

Já um estudo feito em um hospital escola de alta complexidade para assistência materno infantil em Recife, com puérperas durante a internação hospitalar, sobre as práticas assistenciais no parto vaginal, identificou que apesar de ter tido um avanço na humanização da assistência, 89% das mulheres foram submetidas a práticas prejudiciais ou desnecessárias. Em contrapartida, a taxa de episiotomia foi de 2%, sendo abaixo da taxa recomendada pela OMS (apenas 10%) devido aos desfechos ruins como risco de infecção, hemorragias, e incontínências urinária e fecal. Em relação a posição litotômica, 39% das mulheres foram submetidas, o que mostrou que os profissionais tem tentado mudar o cenário obstétrico atual. (Andrade et al, 2016)

Muitas práticas assistenciais inadequadas podem impactar em uma boa experiência de parto, gerando desconforto, entre outras sensações. A pressão psicológica que é realizada através de comentários por parte dos profissionais, responsabilizando exclusivamente a mulher caso algum dano seja gerado, é uma prática muito comum e que inclusive foi um achado nesse estudo. (Leão, et al 2022).

O estudo de Martins; Barros (2016) mostrou que a violência obstétrica não chega a todas de forma igualitária, já que mulheres negras, pobres, com baixa escolaridade, com

pouco acesso aos serviços de saúde, e aquelas pouco colaborativas ou queixosas estão mais suscetíveis a receberem uma má assistência e serem violentadas pelos profissionais de saúde. Ademais, aponta a violência institucional, que se caracteriza como a falta de acesso a mulheres pobres aos serviços de saúde, além da peregrinação por várias maternidades para conseguir atendimento. Menciona também a precarização da infraestrutura, com recursos físicos e humanos precários e que por vezes se torna pretexto para o desrespeito a lei do acompanhante, sob a perspectiva de que o espaço físico é pequeno.

O tratamento dos profissionais para com as mulheres e o retrato da violência psicológica e verbal foi uma narrativa bem presente nas respostas das entrevistadas, tanto no conhecimento sobre a temática, quanto na própria experiência de parto vivenciada por elas. Um estudo realizado em 2008 com puérperas e profissionais da saúde em uma maternidade de São Paulo, exemplificou que todas as pacientes já chegaram no serviço público com medo de serem mal tratadas, tanto porque já haviam sofrido isso, ou por terem sido avisadas por outras pessoas. (Aguiar et al, 2013)

Os profissionais entrevistados nessa mesma pesquisa apresentaram que as dificuldades são com pacientes não colaborativas, que “fecham a perna”, “não fazem força efetiva” e chegam despreparadas para o parto ou as “escandalosas”, as referindo como pacientes descontroladas, que não ficam quietas, fazem “*showzinho*” e são pouco tolerantes a dor. Nesse sentido, entende-se que os profissionais praticam violência quando a paciente não se submete a obediência que se espera, sob a lógica que eles são autoridade dentro do serviço. Percebe-se, então, uma banalização do sofrimento das usuárias, com imposição de valores e julgamento moral. (Aguiar et al, 2013)

Outro estudo foi realizado com enfermeiros obstetras em uma maternidade em Minas Gerais acerca das percepções sobre violência obstétrica. No geral, os profissionais citaram o desrespeito a autonomia, negligência e o não respeito a fisiologia do parto como práticas violentas. O estudo concluiu que se deve aumentar discussões sobre a temática, colaborando para a aplicação de práticas baseadas em evidências e melhorando a humanização da assistência. (Miranda et al, 2019)

Em paralelo, uma outra pesquisa realizada com 20 múltiparas de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Rio Grande do Sul, mostrou que 8 referiram ter sofrido violência obstétrica no parto (40%), mesmo tendo parido há 12 anos atrás, o que mostrou que foram momentos tão traumáticos que não foram esquecidos. Por serem múltiparas, as mesmas foram vítimas de uma banalização da dor por parte dos profissionais, além do julgamento com

aquelas que já tinham muitos filhos, configurando também como uma violência de gênero. (Ribeiro et al, 2020)

Segundo a OMS (2018), profissionais de saúde podem reproduzir violência de gênero, especialmente com mulheres vulnerabilizadas, pobres, negras, adolescentes, usuárias de drogas, com privação de liberdade ou profissionais do sexo. No geral, com essa população, o tratamento tende a ser hostilizado, com violação do corpo feminino, negligência e omissão de socorro.

Um outro estudo feito nos alojamentos conjuntos de maternidades públicas na região metropolitana do Rio de Janeiro, encontrou também diversas violências que se assemelham com essa pesquisa. Principalmente a má assistência, sensação de abandono e maus tratos durante o parto que, segundo as mulheres, contribuíram para o aumento da dor. Manobra de Kristeller, episiotomia e toque vaginal excessivo também foram relatados como práticas executadas. (Rodrigues et al, 2021)

Nesse sentido, é possível perceber que os estudos supracitados se relacionam com a pesquisa atual, já que os relatos são extremamente similares e incluem diversas práticas inadequadas e que causam danos a saúde da mulher. É evidente que ainda há muitas barreiras e desafios no cumprimento de uma humanização na assistência obstétrica, com práticas baseadas em evidências científicas, empatia e cuidado.

Em 2014, a OMS destacou que assegurar a universalidade ao acesso a saúde, garantindo cuidados de saúde sexual e reprodutiva, é capaz de reduzir drasticamente taxas de mortalidade materna globalmente. Acrescenta também que ainda que houvessem melhorias da assistência ao parto nas últimas décadas, as pesquisas mostram que mulheres ainda enfrentam muitas experiências ruins, como abusos verbais e psicológicas, desrespeito, maus tratos, negligência, situações humilhantes, procedimentos realizados sem consentimento e entre outras graves violação de direitos. Esse cenário propicia que mulheres procurem e usem menos os serviços de assistência obstétrica, além de acarretar em conseqüências nocivas à saúde da gestante da criança. (OMS, 2014)

Nessa circunstancia, Mouta et al (2017) destaca que a educação em saúde realizada no pré natal é essencial para romper as barreiras do alcance de uma assistência humanizada e de qualidade, já que através de informações, é possível promover autonomia para as usuárias nos cuidados obstétricos, contribuindo para empoderamento do próprio corpo e conhecimento sobre o processo de parto, a reconhecendo como protagonista da sua própria saúde. Os autores também destacam o PP como uma ferramenta de respaldo contra violências ou procedimentos que não desejam, sendo o profissional de saúde que presta assistência na APS o responsável

por apresentar e estimular a formulação desse documento para que ela tenha possibilidade de escolha.

No entanto, é importante salientar que a enfermagem obstétrica tem um papel concomitante com a APS nessa prevenção, já que é uma categoria profissional que fica bem próxima aos pacientes na maternidade e que deve trabalhar em prol da saúde da mulher e da criança, colocando em prática as evidências científicas e a humanização da assistência, de forma digna e respeitosa. Em contrapartida, há um grande desafio de profissionais não médicos atuarem de forma humanizada, já que o modelo médico centrado e a hierarquia médica promovem limitações na assistência, que por vezes, gera embate entre categoriais profissionais. (Menezes et al, 2020) (Dias et al, 2022)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, nota-se que apesar das entrevistadas terem algum conhecimento prévio sobre a VO, muitas não identificaram terem sido vítimas de violências e práticas inadequadas durante seus processos de parturição. Percebeu-se, nos discursos, que apesar das mulheres classificarem suas experiências de parto como “boa” e “tranquila”, a maioria mencionou ter sido vítima de uma assistência inadequada. Esse cenário retrata a precarização da assistência de pré natal com ênfase na prevenção da VO, mas também a falta de qualificação dos profissionais da assistência na maternidade, que ainda trabalham de forma autoritária e hierárquica, o que vai contra a lógica de humanização da assistência.

Portanto destaca-se o pré natal na APS como um espaço essencial para educação em saúde no contexto da prevenção da VO, levando em consideração o cenário obstétrico atual, e também os determinantes sociais da população que está sendo assistida. Nesse sentido, faz-se necessário que essa temática seja discutida nos setores saúde com profissionais, e também em espaços de formação, com o objetivo de qualificar o cuidado no pré natal a fim de promover autonomia das gestantes para o momento do parto.

Por conseguinte, ressalta-se o PP como um excelente dispositivo nessa prevenção, já que é um documento com respaldo legal, construído em conjunto com a mulher que possibilita que sua dignidade, desejos e integridade física e mental sejam preservadas. Nesse sentido, os profissionais devem ser estimulados a utilização desta ferramenta nas consultas, de modo que a gestante seja informada adequadamente, se tornando protagonista e tendo voz ativa no seu próprio parto.

O estudo possui como limitação o quantitativo de mulheres que participaram da pesquisa, contudo, ainda que seja uma amostra pequena, retratou o cenário obstétrico, corroborando com outros diversos estudos semelhantes.

Conclui-se que urge a ampliação dessa discussão nos cenários obstétricos e de APS, já que o cenário atual não é favorável a humanização, se fazendo necessário aumentar a qualidade da assistência a fim de fortalecer a garantia de um serviço de saúde com equidade, qualidade e resolubilidade.

REFERÊNCIAS

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

ALVES, G. K. A. et al. Relação entre iniquidades racial e violência obstétrica no parto. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago"*, v. 9, n. 9d3, p. 11, 2023.

ANDRADE, P. O. N.; SILVA, J. Q. P.; DINIZ, C. M. M.; CAMINHA, M. F. C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 2016; 16 (1): 29-37.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Tradução . Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 13-32, mar. 2014.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1557-1566, jul. 2006.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 17, p. 77-93, 2007.

Carvalho, F. A. M., Oriá, M. O. B., Pinheiro, A. K. B., & Ximenes, L. B. (2009). Significado do trabalho de parto: a perspectiva dos acadêmicos de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 767-772.

COSTA, Lediana Dalla et al. Violência obstétrica: uma prática vivenciada por mulheres no processo parturitivo. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. [1-22], 2022.

CRUZ, M. V. R.; SILVEIRA, M. C. S.; RESENDE, N. J. S.; GOMES, S. P. A Covid-19 não é democrática: determinação social do processo saúde-doença numa análise de gênero-raça-classe-sexualidade. *Saúde em Redes*, v. 9, n. 1, p. 1-12, 2023. DOI: 10.18310/2446-4813.2023v9n1.4113.

CURI, Paula Land; RIBEIRO, Mariana Thomaz de Aquino; MARRA, Camilla Bonelli. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 72, n. SPE, p. 156-169, 2020.

DE SOUSA, J. R.; DOS SANTOS, S. C. M. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesquisa e Debate em Educação*, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, 2020.

DECARLI, MARIANA OLIVEIRA. Patriarcado e violência obstétrica: a vitalidade da estrutura patriarcal no ambiente do parto. *Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*, v. 1, n. 1, 2018.

Diniz S.G, Salgado H.O, Andrezzo H.F, Carvalho P.G, Carvalho P.C, Aguiar C.A, et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições,

tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2015;25(3):377-84.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. Supl, p. S140-S153, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>.

DO NASCIMENTO, Bianca Thaís Silva et al. Uso do plano de parto como ferramenta de prevenção a violência obstétrica. *Europub Journal of Health Research*, v. 3, n. 4 Edição Especial, p. 666-671, 2022.

D'ORSI, Eleonora et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S154-S168, 2014.

FELTRIN, A.F.S; MANZANO, J.P; FREITAS, T.J.A. Plano de parto no pré-natal: conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde. *CuidArte, Enferm*, p. 65-73, 2022.

Gaíva, M. A. M., Palmeira, E. W. M., & Mufato, L. F. (2017). Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e parto nos casos de neonatos que evoluíram para o óbito. *Escola Anna Nery*, 21.

GALVÃO, Anna Larice Meneses et al. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. ***Saúde e Sociedade***, v. 30, p. e200743, 2021.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, 2019.

LEÃO, Ana Karina et al. A percepção das parturientes em relação a violência obstétrica durante o trabalho de parto no Brasil: uma revisão de literatura. ***Brazilian Journal of Health Review***, v. 5, n. 1, p. 3449-3459, 2022.

LIMA, Kelly Diogo de; PIMENTEL, Camila; LYRA, Tereza Maciel. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4909-4918, 2021.

Martins, A.C; Barros, G.M. Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. *Rev. Dor. São Paulo*, 2016, 17 (3): 215-218.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, 2012.

Menezes F.R; Reis G.M; Sales A.A.S; Jardim D.M.B; Lopes T.C. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24: e180664 <https://doi.org/10.1590/Interface.180664>

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

MIRANDA, Flávia Lima et al. Violência obstétrica: percepções de enfermeiros obstétricos em uma maternidade de Minas Gerais. **Hu Revista**, v. 45, n. 4, p. 415-420, 2019.

MOUTA, R. J. O.; et. al. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Revista Baiana de Enfermagem*; 31(4):e20275, 2017.

Muniz B.M.V; Barbosa R.M. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? *Memorias Convención Internacional de Salud Pública*. [periódico online]. 2012. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/artigo%20parto.pdf>

NASCIMENTO, Samilla Leal do et al. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 37, p. 66-79, 2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde [Internet]. Genebra: OMS; 2014.

Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996.

PAGANO, A. Everyday narratives on race and health in Brazil. *Medical Anthropology Quarterly*, Washington, DC, v. 28, n. 2 p. 221-241, 2014.

POHLMANN, Flávia Conceição et al. Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

RIBEIRO, Deise de Oliveira et al. A violência obstétrica na percepção das múltiparas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020.

ROCHA, Ana Paula. Atuação da enfermagem na prevenção da violência obstétrica. 2022.

RODRIGUES, Diego Pereira et al. Percepção de mulheres na assistência ao parto e nascimento: obstáculos para a humanização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. e20210215, 2022.

SEHNEM, Graciela Dutra et al. Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 1, p. e19050-e190050, 2020.

Teixeira N.Z.F; Pereira W.R. Parto hospitalar: experiências das mulheres na periferia de Cuiabá. *Rev Bras Enf.* 2006. 59 (6): 740-4.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer.

Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>.

World Health Organization (CH). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

TÍTULO: Determinantes sociais e o papel do enfermeiro na APS: Violência obstétrica e a contribuição da Residência em Enfermagem na mudança de paradigma da educação em saúde em uma Clínica da Família na Rocinha.

OBJETIVO DO ESTUDO: Identificar as violências obstétricas relatadas por mulheres em consultas puerperais ou consultas de puericultura

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Essa pesquisa é para coletar informações para o processamento de dados sobre a experiência de parto vivenciada pelas mulheres e sobre as possíveis violências que sofrem. Se você não quiser participar do estudo, isso não irá interferir na sua relação com a instituição ou com os pesquisadores, e não irá te prejudicar em nenhuma instância.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir por participar desse estudo, você responderá um questionário durante a consulta, o questionário contém 10 perguntas, a serem respondidas no tempo que você quiser. A entrevista será gravada para auxiliar na transcrição e coleta dos dados finais, mas sem a sua identificação como participante. Todas as informações serão utilizadas somente para coleta de dados e construção desta pesquisa, e para mais nenhum fim. Você não terá nenhum custo ou compensações financeiras decorrentes da participação na pesquisa.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações coletadas serão sobre sua experiência de parto. Dessa forma, você pode

escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodada e poderá interromper a entrevista a qualquer momento, caso queira. Com o objetivo de diminuir os riscos, os pesquisadores asseguram a confidencialidade e privacidade dos participantes da pesquisa, assim como condições de acompanhamento e orientação pela pesquisadora e instituição envolvida.

BENEFÍCIOS: Sua participação ajudará a obter informações sobre a experiência de parto e algumas violências obstétricas vivenciadas por mulheres na atualidade, contribuindo para melhor assistência das mulheres no pré natal, podendo contribuir para melhoria da assistência ao parto, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto.

INDENIZAÇÃO: É garantido ao participante da pesquisa o direito a indenização por meio judiciais, diante de eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa, previstos ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CONFIDENCIALIDADE: Como dito acima, seu nome não aparecerá nos questionários e em nenhum resultado da pesquisa. Os áudios serão armazenados apenas para coleta de dados e, após a análise dos dados, serão eliminados. Não serão armazenados em local virtual, com risco de irem para a “nuvem”. Nenhuma publicação partindo de suas respostas revelará os nomes de quaisquer participantes dessa pesquisa.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada com usuárias de uma clínica da família da Rocinha, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (BR), sendo todas maiores de 18 anos. Possui vínculo com a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (SMS-RJ) através do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC) sendo Giovanna Vivacqua Mendes a pesquisadora responsável e enfermeira Carla Aparecida Galvão Grajaú como orientadora. A pesquisadora está disponível para responder a qualquer dúvida que você tenha. Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, o(a) Sr.(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição participante: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ) - Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro, CEP: 20031-040 por meio dos seguintes contatos: Telefone (21) 2215-1485 e email: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você.

Se você declara estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e está de acordo em participar da pesquisa, assine no local sinalizado. Somente então

será iniciada a pesquisa. Caso contrário, não assine o termo e você não fará parte da pesquisa, não existindo qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento por isso. Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para os pesquisadores.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado: “Determinantes sociais e o papel do enfermeiro na APS: Violência obstétrica e a contribuição da Residência em Enfermagem na mudança de paradigma da educação em saúde em uma Clínica da Família na Rocinha.”

_____ Nome do participante ou responsável	Data: ____/____/____
_____ Assinatura do participante ou responsável	

Eu, Giovanna Vivacqua Mendes, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

Data: ____/____/____
_____ Assinatura e carimbo do Pesquisador

APÊNDICE A - Roteiro para Entrevista

- 1- Idade
- 2- Você se considera branca, preta, parda, amarela ou indígena?
- 3- O seu pré natal foi de alto risco ou baixo risco?
- 4- O seu parto foi normal ou cesariana?
- 5- Você teve algum acompanhante no seu parto?
- 6- O seu parto foi assistido por quais profissionais?
- 7- Você já ouviu falar sobre violência obstétrica? Sem sim, o que?
- 8- Esse tema foi abordado no seu pré natal?
- 9- Você considera que sofreu violência obstétrica no seu parto? Se sim, pode me falar um pouco sobre?
- 10- Como você considera que foi sua experiência de parto? O que poderia ser melhor?

APÊNDICE B – Projeto de Intervenção

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA



VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O QUE É VIOLÊNCIA:

TODOS OS TIPOS DE VIOLÊNCIAS QUE JÁ FALAMOS, PRATICADAS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM QUALQUER MOMENTO DA GESTAÇÃO E DURANTE O PARTO.

1 A CADA QUATRO GESTANTES SOFRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE A GESTAÇÃO OU PARTO.

ESSA PRÁTICA AUMENTA A MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL.

ESTEJA ALERTA PARA ESSAS PRÁTICAS:

- ◆ QUALQUER TIPO DE VIOLÊNCIA ACIMA;
- ◆ PEDIR OU EXIGIR QUE A PESSOA FIQUE EM SILÊNCIO, NÃO SE MEXER E NÃO MANIFESTE QUALQUER TIPO DE DOR OU SOFRIMENTO.
- ◆ RECUSAR A ADMISSÃO EM HOSPITAL OU MATERNIDADE;
- ◆ RECUSAR ESCLARECER DÚVIDAS;
- ◆ REALIZAR QUALQUER PROCEDIMENTO INVASIVO SEM CONHECIMENTO E AUTORIZAÇÃO DA PESSOA GESTANTE.



VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

ESTEJA ALERTA PARA ESSAS PRÁTICAS:

- ◆ USO DE SORO COM OXITOCINA PARA ACELERAR TRABALHO DE PARTO POR CONVENIÊNCIA MÉDICA, QUANDO O TRABALHO DE PARTO ESTÁ EVOLUINDO ADEQUADAMENTE;
- ◆ TOQUES SUCESSIVOS E POR VÁRIAS PESSOAS;
- ◆ DEIXAR A MULHER NUA E SEM COMUNICAÇÃO;
- ◆ RASPAR OS PELOS PUBIANOS;
- ◆ LAVAGENS INTESTINAIS;
- ◆ IMPEDIR A MULHER DE SE ALIMENTAR OU INGERIR LÍQUIDO;
- ◆ AMARRAR AS PERNAS E BRAÇOS DA MULHER;
- ◆ AFASTAR MÃE E FILHO APÓS NASCIMENTO SÓ POR CONVENIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE;
- ◆ IMPEDIR OU DIFICULTAR O ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA;



VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

ESTEJA ALERTA PARA ESSAS PRÁTICAS:



◆ REALIZAR EPISOTOMIA ROTINEIRA (QUANDO NO PARTO VAGINAL É REALIZADO O "PIQUE", CORTE DA MUSCULATURA PERINEAL DA VAGINA ATÉ O ÂNUS OU EM DIREÇÃO À PERNA, COM O OBJETIVO DE AUMENTAR A ÁREA DE ACESSO DO OBSTETRA AO CANAL VAGINAL DE PARTO).

ESSE CORTE (A LACERAÇÃO) PODE ACONTECER ESPONTANEAMENTE, EM ALGUNS CASOS. SE OCORRER, SUA RECUPERAÇÃO É MUITO MELHOR, NEM SEMPRE NECESSITA DE "PONTOS" (SUTURAS), TUDO OCORRE DE FORMA FISIOLÓGICA.

◆ MANOBRA DE KRISTELLER (O PROFISSIONAL SE COLOCA SOBRE A MULHER E PRESSIONA SUA BARRIGA EMPURRANDO O BEBÊ PELO CANAL VAGINAL PARA SUA SAÍDA MAIS RÁPIDA);



- ◆ RUPTURA ARTIFICIAL DA BOLSA COM PROCEDIMENTO DE ROTINA;
- ◆ NEGAR ANESTESIA A PESSOA GESTANTE QUANDO SOLICITADO E POSSÍVEL;
- ◆ REALIZAÇÃO DE CESARIANAS DESNECESSÁRIAS, SEM O CONSENTIMENTO DA MULHER OU APENAS POR CONVENIÊNCIA DO MÉDICO

Referências:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CADERNETA DA GESTANTE. BRASÍLIA: 2014. DISPONÍVEL EM: [HTTP://189.28.128.100/DAB/DOCS/PORTALDAB/DOCUMENTOS/CADERNETA_GESTANTE.PDF](http://189.28.128.100/DAB/DOCS/PORTALDAB/DOCUMENTOS/CADERNETA_GESTANTE.PDF). ACESSO EM: 23 DE MARÇO DE 2023.

DEFENSORIA PÚBLICA DE MATO GROSSO DO SUL. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: GESTAÇÃO E PARTO. BRASIL, MATO GROSSO DO SUL. 2020. DISPONÍVEL: [HTTP://WWW.NAOSECALE.MS.GOV.BR/WP-CONTENT/UPLOADS/2020/03/FOLDER-VIOLENCIA-OBSTETRICA-2019.PDF](http://www.naosecale.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/FOLDER-VIOLENCIA-OBSTETRICA-2019.PDF). ACESSO EM: 23 DE MARÇO DE 2023.

MINAYO, M. C. S. (2006). VIOLÊNCIA E SAÚDE. RIO DE JANEIRO: EDITORA FIOCRUZ NUNES, V. V., FEITOSA, L. G. G. C., FERNANDES, M. A., ALMEIDA, C. A. P. L. & RAMOS, C. V. (2020). PRIMARY CARE MENTAL HEALTH: NURSES' ACTIVITIES IN THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK. REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 73(SUPPL.1), E20190104. [HTTPS://DX.DOI.ORG/10.1590/0034-7167-2019-0104](https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0104)

RIO DE JANEIRO. LEI Nº 7.687, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2022. RIO DE JANEIRO, 2022. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://DOWEB.RJ.GOV.BR/API/FRONT/PORTAL/EDICOES/IMPRIMIR_MATERI_A/962083/5254](https://doweb.rj.gov.br/api/front/portal/edicoes/imprimir_materi_a/962083/5254). ACESSO EM: 24 DE MARÇO DE 2022.

SOUZA AB, SILVA LC, ALVES RN, ALARÇÃO ACJ. FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. REV. CIÊNC. MÉD. 2016; 25(3):115-28. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.24220/2318-0897V25N3A3641](https://doi.org/10.24220/2318-0897V25N3A3641). ACESSO EM: 23 DE MARÇO DE 2023.