

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Curso de Enfermagem Obstétrica-Modalidade Residência**

**Violência obstétrica e enfermagem obstétrica: reflexões sobre o trabalho de
cuidado e educação.**

**Belo Horizonte
2021**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Curso de Enfermagem Obstétrica-Modalidade Residência
Violência obstétrica e enfermagem obstétrica: reflexões sobre o trabalho de
cuidado e educação.**

**Monografia de especialização
apresentada à Escola de Enfermagem
da Universidade Federal de Minas
Gerais, como requisito parcial à
obtenção do título de Especialista em
Enfermagem Obstétrica.**

**Discente: Tamires Aparecida da Silva
Santos**

Orientadora: Profa.Dra.Érica Dumont

**Belo Horizonte
2021**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



ESCOLA DE ENFERMAGEM
Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica
 Av. Prof. Alfredo Djalena, 190 - Santa Lúcia
 CEP: 30.130-100 Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
 Tel.: 3409-9860 Fax: 3409-9859. e-mail: emi@emf.ufmg.br



ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

Aos 03 dias do mês de fevereiro de 2021, em sessão pública por web conferência utilizando a plataforma RNP, a Comissão Avaliadora composta pela Profª. Drª. Érica Dumont Pena (orientadora), Drª. Amanda Aparecida Marcatti, Msª. Débora Lucas Viana Gonçalves e Profª. Drª. Kleyde Ventura de Souza, reuniu-se para avaliação do trabalho final intitulado "Violência obstétrica e enfermagem obstétrica: reflexões sobre o trabalho de cuidado e educação" da aluna **Tamires Aparecida da Silva Santos** do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - modalidade residência. A avaliação do trabalho obedeceu aos critérios definidos pela Coordenação do Programa, a saber: I) Quanto ao documento escrito: redação e observância de normas da ABNT/Vancouver; relevância do tema; delimitação do problema e/ou justificativa; revisão de literatura (abrangência, pertinência e atualização); descrição da metodologia (coerência com objetivos); resultados alcançados e considerações finais. II) Quanto à apresentação oral: estruturação e ordenação do conteúdo da apresentação, coerência com o trabalho escrito. No processo de avaliação, a residente obteve um total de 90 pontos, conceito A, sendo considerada **Aprovada**. Participaram da banca examinadora os abaixo indicados, que, por nada mais terem a declarar, assinam eletronicamente a presente ata.

.....
 Profª. Drª. Érica Dumont Pena
 Orientadora

.....
 Drª. Amanda Aparecida Marcatti
 Avaliadora

.....
 Msª. Débora Lucas Viana Gonçalves
 Avaliadora

.....
 Profª. Drª. Kleyde Ventura de Souza
 Avaliadora

.....
 Tamires Aparecida da Silva Santos
 Especializanda Residente



Documento assinado eletronicamente por **Érica Dumont Pena, Membro**, em 24/03/2021, às



14:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kleyde Ventura de Souza, Professora do Magistério Superior**, em 25/03/2021, às 14:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Débora Lucas Viana Gonçalves, Usuário Externo**, em 17/05/2021, às 12:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Aparecida Marcatti, Usuário Externo**, em 17/05/2021, às 17:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tamires Aparecida da Silva Santos Santos, Usuário Externo**, em 19/05/2021, às 14:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0636402** e o código CRC **1DC2E4BD**.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	OBJETIVOS.....	12
2.1	Objetivo Geral.....	12
2.2	Objetivos Específicos.....	12
3	JUSTIFICATIVA.....	13
4	MÉTODO.....	14
4.1	Comitê de Ética.....	17
5	ANÁLISE DE DADOS.....	18
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
	ANEXOS.....	37
	REFERÊNCIAS.....	50

RESUMO

Resumo: Objetivo: Analisar a percepção das mulheres sobre violência obstétrica.

Método: Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, realizado em Belo Horizonte, que integra um estudo maior, internacional e multicêntrico intitulado “Abordagem da violência obstétrica no Brasil: perspectivas de cuidado no contexto do programa de humanização do parto e nascimento”, desenvolvido em um dos centros da pesquisa em Belo Horizonte/MG, abrangendo uma unidade básica de saúde (UBS) e duas Maternidades públicas. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas e grupos focais com mulheres, seus parceiros (as)/cônjuges/acompanhantes, outros membros da família, líderes comunitários e profissionais de saúde. Resultados: Emergiram três categorias temáticas: O olhar da mulher em foco: quando foi violência Obstétrica? Enfermeira obstétrica: elo entre a parturiente e o conhecimento científico; Assistência da enfermeira obstétrica, métodos não farmacológicos de alívio da dor e boas práticas orientadas pela OMS: aproximações e discordâncias

Conclusão: Destacou-se as percepções das mulheres diante desse cenário contemporâneo da assistência obstétrica prestada por enfermeiras obstétricas. Consideramos em meio à análise dos relatos obtidos que a presença da enfermeira obstétrica no cenário do parto e nascimento favorece a implementação de práticas de humanização e ao resgate do protagonismo da mulher. Foi possível observar o papel marcante da comunicação como ferramenta no processo de educação em saúde, bem como a percepção das mulheres sobre a assistência prestada durante seu trabalho de parto. **Contribuições:** tornam-se relevantes estudos que evidenciem a percepção das mulheres em relação ao tema e que descrevam as diferentes realidades locais dos serviços de atendimento do trabalho de parto e parto. O presente estudo constitui uma ferramenta importante na aproximação dos futuros profissionais de enfermagem obstétrica com a realidade existente atualmente no cuidado prestado às mulheres no seu processo reprodutivo e contribui na construção do conhecimento e análise crítica sobre o tema na construção de um cuidado livre de ações consideradas violentas por parte dessas mulheres.

Palavras-chave: violência contra a mulher, obstetrícia, parto obstétrico, cuidado de enfermagem, violência obstétrica.

RESUME

Objective: To analyze women's perception of obstetric violence. **Method:** This is a qualitative, descriptive study, carried out in Belo Horizonte, which integrates a larger, international and multicentric study entitled "Approach to obstetric violence in Brazil: perspectives of care in the context of the humanization program for childbirth and birth", developed in one of the research centers in Belo Horizonte / MG, comprising a basic health unit (UBS) and two public maternities. Data collection was carried out through interviews and focus groups with women, their partners / spouses / companions, other family members, community leaders and health professionals.

Results: Three thematic categories emerged: The focus of the woman in focus: when was Obstetric violence? Obstetric nurse: link between the parturient and scientific knowledge; Assistance of obstetric nurses, non-pharmacological methods of pain relief and good practices guided by WHO: approaches and disagreements

Conclusion: The women's perceptions of this contemporary scenario of obstetric care provided by obstetric nurses stood out. In the midst of the analysis of the reports obtained, we consider that the presence of the obstetric nurse in the setting of childbirth and birth favors the implementation of humanization practices and the rescue of the role of women. It was possible to observe the remarkable role of communication as a tool in the health education process, as well as the perception of women about the assistance provided during their labor. **Contributions:** studies that highlight the perception of women in relation to the topic and that describe the different local realities of labor and delivery services become relevant. The present study constitutes an important tool in the approximation of future obstetric nursing professionals with the reality that currently exists in the care provided to women in their reproductive process and contributes to the construction of knowledge and critical analysis on the theme in the construction of care free from actions considered violent violence on the part of these women.

Keywords: violence against women, obstetrics, obstetric delivery, nursing care, obstetric violence.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho propõe uma análise sobre as implicações do trabalho da enfermagem obstétrica na prevenção da violência obstétrica e, de forma ampliada, na construção do cuidado na perspectiva da humanização.

A violência obstétrica se caracteriza como aquela vivida no momento da gestação, parto, nascimento e pós-parto e reflete as desigualdades de gênero e o histórico controle, por parte das instituições sociais, dentre elas a medicina, sobre corpo das mulheres. Dessa forma, cada vez mais fragilizavam-se os direitos das mulheres sobre o seu próprio corpo e conseqüentemente sobre o seu parto, cujo aumento do número de intervenções no corpo das mulheres consolidou um tecnicismo construído ao longo do tempo em detrimento do protagonismo da mulher (NASCIMENTO, 2019).

O ato de partejar e de cuidar de mulheres grávidas e parturientes sempre foi ao longo do tempo desempenhado por mulheres. O cuidado e a assistência ao parto eram realizados dentro dos domicílios pelas parteiras, entretanto, o surgimento do fórceps tirou do parto sua naturalidade e lhe deu atribuições cirúrgicas. Com o surgimento do curso de enfermagem no século XIX, desperta o interesse dessas profissionais em relação aos cuidados gravídicos puerperais. Assim, a partir do recente conceito de humanização no processo do partejar, o trabalho da enfermeira obstétrica tornou-se mais solicitado (DUARTE, 2015).

Uma pesquisa realizada com mulheres brasileiras em espaços públicos e privados revelou que 25% das entrevistadas foram vítimas de violência obstétrica (Fundação Perseu Abramo, 2010). Nessa direção, a pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada entre 2011 e 2012, analisou intervenções obstétricas em mulheres de risco habitual e revelou uma assistência aquém da qualidade necessária, refletindo de forma negativa no perfil de mortalidade materna e neonatal no país. A pesquisa mostra que o número de cesárias sem indicação permanece alto, correspondendo a mais da metade dos nascimentos, sendo que, no setor privado, o valor é de 88%, situação extremamente preocupante quando levamos em consideração a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que somente 15% dos partos sejam realizados por meio desse procedimento cirúrgico. Além disso, a pesquisa mostra que a maior parcela das mulheres não tem acesso a informações e cuidados

humanizados realizados com base nas evidências científicas mais atuais no momento do parto e, conseqüentemente, fator que aumenta os desfechos fatais para a mulher e seu bebê (LANSKY, S. et al., 2014).

Dados gerais da pesquisa Nascer no Brasil sugerem que as mulheres brasileiras estão sendo expostas aos riscos de iatrogenia no parto e que, apesar de ser considerado um marcador de segurança e qualidade do atendimento, a presença contínua de um acompanhante ainda não é garantida para a maioria delas (81,2%) (Diniz, C.S.G; et al, 2014).

Nesse sentido, como uma das formas de enfrentamento da violência obstétrica surge o movimento de humanização do parto, com críticas a visão alienante e desumanizadora do parto/nascimento (Carta da Rehuna, 1993), procurou reafirmar o protagonismo das mulheres e a concepção do respeito a fisiologia do parto. Entre as estratégias de humanização do parto está a adoção das boas práticas no parto e nascimento da Organização Mundial de Saúde.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2000 foi lançado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, um “marcador de águas”, ao anunciar o paradigma da humanização como direção para o modelo de atenção às mulheres e seus bebês, buscando assegurar melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, ao parto e puerpério, na perspectiva dos direitos de cidadania (SERRUYA et al, 2004).

Na mesma direção, em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) e em 2004 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), esta última, com o objetivo de qualificar e ampliar atenção integral à saúde da mulher no SUS. Nesse contexto, em 2005 a lei 11.108 passa a garantir às mulheres o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Em 2007 outra lei (11.634) passa a garantir a vinculação da gestante à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. Mais recentemente, em 2011, foi lançada a Rede Cegonha propondo estratégias para um modelo de pré-natal mais humano e eficiente baseado em evidências científicas e em boas práticas nacionais e internacionais. Para induzir a mudança do modelo de atenção ao parto, nascimento e ao abortamento e, a ampliação da integração ensino-serviço, tanto na qualificação das práticas de cuidado quanto na formação profissional, o MS lançou o Projeto ApiceON – Aprimoramento e Inovação no

Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, buscando a mobilização de hospitais de ensino de todo o país para mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão, balizadas por uma ética de cuidado e pela incorporação de um modelo centrado nas necessidades e direitos das mulheres, seus bebês e famílias (BRASIL, 2017). Apesar da linha traçada acima, reconhecemos que a violência obstétrica tem sido pensada a partir de diferentes perspectivas jurídicas, dos movimentos sociais e individuais e encontra-se como um conceito em disputa (NASCIMENTO, 2019). Um dos países que mais avançou na legislação sobre a temática na América Latina foi a Venezuela, onde foi promulgada a lei 38668/2007 intitulada “Lei Orgânica sobre os Direitos das Mulheres a uma Vida Livre de Violência” que defende os direitos das mulheres e estabelece 19 formas de violência, dentro das quais se encontra a violência obstétrica. De acordo com essa lei, a violência obstétrica é: a violência exercida pela equipe de saúde sobre o corpo e processos de saúde reprodutiva, expressa em um tratamento desumanizado e deficiente, um abuso de medicalização e patologização de processos naturais (VENEZUELA, 2007; LANSKY et al., 2014; DINIZ, et all., 2014).

No Brasil alguns estados também elaboraram leis com o objetivo de proteger as mulheres contra esse tipo de violência. Os estados de Minas Gerais (Lei 23175 de 21 de dezembro de 2018), Santa Catarina (Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017), Pernambuco (Lei nº 16499, de 06 de dezembro de 2018), e Mato Grosso do Sul (Lei nº 5217, de 26 de junho de 2018) delimitam e caracterizam o evento nos serviços de atenção à saúde. Todas essas leis têm um conceito de violência obstétrica bastante amplo e semelhante entre elas, além disso, encontramos aproximações na definição dos atos com destaque para as ações que são consideradas violação dos corpos ao realizar procedimentos sem o consentimento e/ou conhecimento da mulher.

Nesse contexto, as leis citadas acima procuram reforçar as boas práticas instituídas pela Política de Humanização do Parto e do Nascimento. Essa política vem desde 2003 norteando ações que possam promover cuidados integrais à gestante e seu bebê, com ênfase principalmente na qualidade do pré-natal e assistência humanizada durante todo o processo de parto e nascimento nas instituições vinculadas ao SUS.

No Brasil, apesar de alguns avanços à nível de legislação estadual, em 03 de maio de 2019, o Ministério da Saúde (MS) emitiu um despacho relativo a utilização do termo violência obstétrica por instituições, profissionais, mulheres e sociedade civil, proibindo o uso do termo. Este episódio reforçou necessidade de debater sobre o tema de forma ainda mais ampliada e intensa. Diversas entidades se posicionaram a favor da necessidade de discussão da temática e questionando o posicionamento do Ministério Público, entre elas, a Associação Brasileira de obstetras e enfermeiras obstétricas (ABENFO) e a Rede pela humanização do Parto e Nascimento (REHUNA). As entidades médicas, em sua maioria, apoiavam a posição do Ministério Público. Em contrapartida, a REHUNA se posicionou firmemente em defesa do direito das mulheres em nomear como violência as ações que destoam das boas práticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o trabalho de parto e parto. Mediante ao tema, a REHUNA elaborou uma nota técnica direcionada ao Ministério Público Federal e encaminhou um ofício ao Ministro da Saúde apresentando características atribuídas ao termo violência obstétrica de acordo com diversas fontes bibliográficas.

Campanhas como a campanha mundial Nursing Now para o fortalecimento da enfermagem e Obstetrícia exemplificam o engajamento de diversos setores sociais na busca de uma assistência melhor para todos e de maior reconhecimento para a essa categoria. No campo da saúde das mulheres, há décadas a enfermagem obstétrica se encontra na linha de frente de atuação no movimento da humanização do parto e nascimento, especialmente com a fundação da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstétricas (ABENFO-Nacional) – pauta ético-política (SILVA e SOUZA, 2020).

Entretanto, ainda que o debate sobre a violência obstétrica esteja em ascensão, estudos indicam que as mulheres têm dificuldade em reconhecer que passaram por essas experiências violentas em suas vidas e a violência, por sua vez, precisa ser analisada de acordo com as particularidades. Nessa direção, faz-se necessária a ampliação do debate de modo a compreender as perspectivas e percepções das mulheres, às diferentes realidades, e seu tratamento sob a luz de uma análise crítica (LANSKY et al., 2014).

O presente trabalho resulta, para além das lacunas apresentadas em diálogo com a literatura, das buscas relativas às inquietações construídas durante minha

trajetória como residente no Programa de Especialização em Enfermagem Obstétrica/Modalidade Residência da Universidade Federal de Minas Gerais. Nesse percurso de formação profissional, vivenciei plantões em que, situações consideradas como violência obstétrica, muitas vezes não eram identificadas dessa forma por suas vítimas (e mesmo pelos profissionais), fazendo aflorar em mim o desejo de compreender como as mulheres percebiam o cuidado da enfermeira obstétrica durante o seu trabalho de parto, as contradições dessas percepções e os desafios que elas colocam para a própria enfermagem obstétrica. Estaria a enfermagem obstétrica incluída, de forma positiva ou negativa, nas percepções das mulheres sobre a violência obstétrica? Sendo as percepções, algumas vezes, distantes da violência descrita pela literatura, o que temos a aprender com esses relatos?

Também no curso de residência tive a oportunidade de participar de um projeto que investigava a violência obstétrica. Este trabalho resulta da pesquisa “Abordagem da violência obstétrica no Brasil: perspectivas de cuidado no contexto do programa de humanização do parto e nascimento”, cujo objetivo é compreender as estratégias de cuidado implementadas por organizações de saúde em cidades no Brasil no contexto do Programa de Humanização do Parto e Nascimento.

Os dados construídos pela pesquisa apresentam uma preciosa coletânea das percepções das mulheres e seus familiares. Atentaremos-nos neste trabalho especialmente às mulheres que se consideram vítimas de violência obstétrica, nos debruçando sobre suas percepções sobre a violência obstétrica em diferentes dimensões, com destaque para a relação com profissionais da enfermagem.

Espera-se com este estudo evidenciar a percepção das mulheres em relação ao tema e que descrevam as diferentes realidades locais dos serviços de atendimento do trabalho de parto e parto. Visto que, as narrativas das mulheres em processo de gestação e parturição são fundamentais para compreensão dos modos de enfrentamento à violência obstétrica, desenvolver estudos que reforcem a percepção dessas mulheres quanto à assistência prestada e que valorizem suas falas na construção de uma assistência mais humanizada, constitui uma estratégia importante na busca pela adoção de boas práticas obstétricas.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção das mulheres sobre o cuidado da enfermagem obstétrica durante o seu trabalho de parto e suas interfaces com a violência obstétrica.

3 MÉTODO

Formatado: Fonte: (Padrão) Arial, 12 pt, Negrito

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, realizado em Belo Horizonte, que integra um estudo maior, internacional e multicêntrico intitulado “Abordagem da violência obstétrica no Brasil: perspectivas de cuidado no contexto do programa de humanização do parto e nascimento”, desenvolvido em um Centro de Saúde e em duas Maternidades públicas, por meio de entrevistas e grupos focais com mulheres, seus parceiros (as)/cônjuges/acompanhantes, outros membros da família, líderes comunitários e profissionais de saúde.

Neste artigo, focalizaremos na abordagem qualitativa realizada em um dos hospitais, com as mulheres assistidas durante os anos de 2019 e 2020 .

O local do estudo constitui uma maternidade de caráter filantrópico, localizada na periferia de Belo Horizonte e que assiste a uma população de aproximadamente 600 mil habitantes. São realizados cerca de 900 partos por mês na maternidade. A instituição possui 185 leitos: 87 obstétricos, 40 em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI), 30 em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), 15 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) e 12 de outras clínicas.

Essas mulheres foram selecionadas através de um convite pessoal feito pelos profissionais de saúde e serviço social que prestam cuidados às gestantes e puérperas, e estão em contato com as mulheres, parceiro(a)/acompanhante nas unidades de atenção primária e secundária (centros comunitários de saúde, maternidades). Esses profissionais referenciaram o possível participante às pesquisadoras (es) que apresentaram a pesquisa para os participantes em perspectiva.

Além disso, foram utilizados cartazes postados nos fóruns de comunicação dos centros comunitários de saúde e instituições de saúde (sala de consulta, posto de enfermagem, quadro de comunicações nos corredores, centro e era agendada sua participação (presencial ou por telefone) com a definição da data/hora e modalidade de participação.

Foram incluídas puérperas, com idade de 18 anos ou mais, assistidas pela enfermagem obstétrica, ou por ambos os profissionais (médico e enfermeira) durante o trabalho de parto; mulheres com idade de 18 anos ou mais que tiveram seus filhos nos últimos 12 meses; participantes do sexo feminino ou masculino com 18 anos ou mais; foram excluídas as gestantes com 18 anos ou mais cuja gravidez tenha sido relatada como resultado de estupro ou qualquer tipo de violência sexual; participantes que estejam em tratamento médico para transtornos mentais; participantes que apresentem deficiência cognitiva; participantes que não são capazes de manter conversa oral; participantes que se auto-identificam de origem indígena; participantes que não expressem a vontade de oferecer consentimento livre e autônomo.

Entendemos que ao se pesquisar esse tema no puerpério temos como risco o abalo psicológico e/ou emocional ao fazer com que os participantes relembrem de situações, experiência ou contextos que podem ter trazido danos físicos ou emocionais no passado. Para dar suporte a este possível risco, a todas as participantes que apresentaram qualquer alteração de comportamento ou indicaram seu desconforto ao relatar os casos, foi oferecido carta de referência para o serviço de psicologia associado à unidade de atenção à saúde a qual pertenciam para que fizessem acompanhamento psicológico junto ao profissional qualificado e para que novos riscos futuros relacionados a esta investigação fossem minimizados.

O estudo apresentou como benefícios diretos a promoção de espaços seguros de discussão sobre violência obstétrica; o fortalecimento de uma rede de apoio entre as mulheres e ainda entre as mulheres e os profissionais de saúde e serviço social para que possam compartilhar ideias, experiências e criar alternativas ou ações na resolução deste problema; e ainda, o incremento da capacidade de escolha informada e da autonomia das mulheres no contexto obstétrico. Já como benefício indireto indica-se a criação de redes de discussão e combate à violência obstétrica a nível nacional, para a melhoria da qualidade dos serviços de atenção obstétrica; e também a discussão sobre a qualificação dos profissionais para detectar e combater a violência obstétrica. Para as mulheres e comunidades, entende-se que o estudo incentiva o empoderamento, o conhecimento sobre os

direitos à saúde sexual e reprodutiva bem como sobre a Política de Humanização do Parto e Nascimento no Brasil, minimizando a ocorrência de novos casos e divulgando o conhecimento entre seus pares.

Uma vez que a participante interessada tenha recebido as informações necessárias sobre o estudo, as formas de participação e tenha confirmado a vontade de fazer parte do estudo, a coleta de dados foi programada em local de escolha do participante para garantir privacidade e anonimato.

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLE) (APÊNDICE 2) foi obtida pelo estudante auxiliado pelo seu supervisor local ou profissional de saúde/agente comunitário de saúde (durante as visitas domiciliares), respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 466, de 12 de dezembro de 2012, e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde. O TCLE foi lido pelo estudante em voz alta em conjunto com o participante garantindo tempo e espaço para perguntas e esclarecimentos.

As entrevistas foram gravadas com a autorização das participantes em horário e local escolhido pelas mesmas. A confidencialidade dos dados foi assegurada mediante a realização das entrevistas em local tranquilo, reservado, minimizando também os riscos de constrangimento e interferência de outras pessoas. Para ser o mais fidedigno aos relatos enunciados, os conteúdos foram gravados e transcritos na íntegra.

Após a etapa de coleta de dados procurou-se realizar as transcrições das entrevistas feitas com puérperas atendidas na instituição objeto do estudo e analisar minuciosamente as falas dessas mulheres, a fim de apreender as percepções das mesmas sobre o cuidado prestado pela enfermeira obstétrica durante seu trabalho de parto. Para manter o sigilo das participantes usou-se a letra "P" equivalente à palavra participante, com o referente número da entrevista para indicar as doze participantes.

A pesquisa do projeto VOE passou por todos os processos de inclusão na Plataforma Brasil. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, localizado em Belo Horizonte-Minas Gerais. Sendo aprovado, após análise pelos membros do comitê, com o parecer de número CAAE: 30084320.6.0000.5149. No presente estudo utilizamos a análise de conteúdo descrita por Bardin. A análise de conteúdo é

uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto na comunicação. Sendo assim, ela se constitui em um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2011; DUARTE 2015).

A primeira fase constitui a pré-análise, onde se realiza a organização propriamente dita dos dados. Para isso é feita a leitura flutuante dos dados com uma leitura exaustiva e repetida dos textos de forma a criar uma relação interrogativa com eles. Nessa fase acontece a ordenação dos dados, onde após a leitura do conteúdo do material procuramos destacar as falas/trechos/excertos relevantes, mediante a escolha de palavras que as representem (ideias centrais).

Em seguida, realizamos a exploração do material. Essa etapa consiste essencialmente em codificar o material e representa a categorização dos dados encontrados através da elaboração de sínteses descritivas após leitura exaustiva dos recortes das falas correspondentes a cada núcleo de sentido e posteriormente o agrupamento das sínteses elaboradas, aos núcleos de sentido em Temas (categorias), nomeando-os com uma palavra ou expressão que os representem.

Por último, é feita a análise final onde se dá o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos mesmos. Nela procuramos apresentar, debater e discutir os dados, mediante a seleção e citação dos fragmentos e trechos mais ilustrativos de cada categoria, com a sequência de descrição breve, inferência norteada pelo referencial teórico e a interpretação baseada na literatura, mostrando o entendimento dos pesquisadores mediante a inferência. Nessa fase, de acordo com Bardin, ocorre uma inflexão sobre o material em um movimento dialético que se eleva do empírico para o teórico em busca do pensamento concreto (BARDIN, 2011; DUARTE, 2015).

O presente estudo analisou dados referentes à entrevistas realizadas com doze mulheres. Quatro participantes haviam sido assistidas pelo médico e pelo enfermeira obstétrica, duas pelo médico apenas e outras seis somente

pelo enfermeira obstétrica. Das participantes apenas uma teve parto através da cirurgia cesariana, as demais participantes evoluíram todas para o parto vaginal. Oito dessas mulheres se diziam negras quando perguntadas sobre sua identificação étnico-racial, três possuíam o ensino médio completo, sete o ensino fundamental completo e duas possuíam o ensino fundamental incompleto. Das entrevistadas sete possuíam união estável e cinco eram casadas. Todas declararam renda familiar entre um e três salários mínimos. Todas elas chegaram ao hospital e permaneceram com seus acompanhantes. Da análise dos dados emergiram as seguintes categorias: O olhar da mulher em foco: quando foi violência Obstétrica?; Assistência da enfermeira obstétrica versus métodos não farmacológicos de alívio da dor e boas práticas orientadas pela OMS: aproximações e discordâncias; Enfermeira obstétrica: elo entre a parturiente e o conhecimento científico.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O olhar da mulher em foco: quando foi violência Obstétrica?

Os resultados dessa categoria retratam a vivência da VO no cotidiano dessas mulheres e a relação entre a literatura sobre a violência obstétrica e a percepção das gestantes e parturientes em relação ao tema, com predominância de percepções subjetivas em detrimento das percepções físicas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência obstétrica (VO) como a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento que seriam evitáveis, sendo a VO um tipo específico de violência contra a mulher durante o ciclo reprodutivo, a qual envolve as questões da assistência prestada pelos profissionais durante o abortamento, o trabalho de parto, o parto, o puerpério, e inclusive o planejamento reprodutivo. Nesse sentido, declara ser violência obstétrica qualquer abuso, desrespeito, e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde, incluindo violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações de privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento (OMS, 2014).

A lei estadual em Minas Gerais considera como violência obstétrica a prática de ações no atendimento pré-natal, parto e puerpério e nas situações de abortamento que restrinjam direitos garantidos por lei às gestantes, às parturientes e às mulheres em situação de abortamento e que violem a sua privacidade e a sua autonomia (MINAS GERAIS, 2018).

Nesse sentido, quando revisada a literatura, não se encontra uma definição única para a violência obstétrica. Assim, diante do exposto na literatura sobre o tema, observamos relatos das puérperas que se aproximam das definições sobre violência obstétrica. “Você está lá sentindo aquelas dor, a pessoa tá rindo da sua cara, tá debochando de você, deixando você sofrer, sabendo que eu não... a pessoa

não pode ter aquele parto normal e a pessoa tava nem aí para você, acho que foi isso.”(P8).(Relato referente ao profissional da enfermagem)

“Entrevistador: E aí você ouviu alguma coisa que te incomodou? Foi falado alguma coisa?

P11: É, como sempre, o que a maioria das mulheres escuta né? Que na hora de fazer é bom mas na hora de ter... é aquilo. Isso me deixou muito triste.”(P11).(Relato referente ao profissional da enfermagem)

“A médica me tocou de uma forma muito grosseira, me senti invadida sabe, foi bem ruim mas foi só isso mesmo.”(P3)(Relato referente ao profissional médico)

Estudos demonstram que a maior necessidade para uma mulher em trabalho de parto está no manejo do controle emocional, pois, as mulheres apontam como fator determinante para uma experiência de parto positiva a confiança na equipe através da qual são assistidas e ressaltam a importância de carinho, paciência e calma por parte dos profissionais, porém, o que essas mulheres desconhecem é que essa atenção humanizada deve ser uma habilidade técnica inerente à obstetrícia (JARDIM; MODERNA 2018).

Nesse sentido, nos deparamos com relatos que reforçam e vão de encontro aos achados da literatura.

“É foi só essa, essa profissional do ultrassom que veio me questionando coisas que eu acho que é um particular da gente né? Sobre peso, sobre idade (37 anos), a decisão de ter filho ou não, é... eu acho que foi meio, aí como se diz (risos). Foi indelicadeza dela mesmo e ainda mais vim contar caso de outra pacientes e ainda citando exemplos para mim né?”(P9)(Relato referente ao profissional médico)

“Só na hora de colocar o DIU que a médica foi muito ignorante comigo, porque eu falei com ela assim que tava doendo, aí ela pegou e veio com tom de ignorância pra cima de mim e não esperou não, ela queria colocar o DIU em mim de qualquer jeito. Aí, eu sentindo dor e ela querendo colocar o DIU em mim, aí eu peguei e falei assim que era para ela acalmar que eu estava sentindo dor. Aí ela pegou e falou assim: “Você vai querer que eu coloque isso daqui em você, porque se não for querer eu vou embora” (relato com tom alto e firme), querendo sair da sala. Aí portanto eu

sentindo dor, fui lá e acabei deixando ela colocar.”(P5)(Relato referente ao profissional médico)

Desse modo, a violência obstétrica compreende também o uso excessivo de medicamentos e intervenções no parto, assim como a realização de práticas consideradas desagradáveis e muitas vezes dolorosas, não baseadas em evidências científicas. (ZANARDO; et all., 2017).

Conseguimos identificar algumas dessas intervenções nos relatos dos nossos sujeitos de pesquisa.

“para ela nascer eu fiquei em litotomia, que é uma posição horrorosa, aquela maca é horrorosa, então assim, doía meu pescoço, doía as minhas costas, doía tudo” (P7) (Relato referente ao profissional da enfermagem)

“Bom, na hora que eu tava sentindo dor, cheguei no hospital, aí já fui para a sala de parto e eu fiquei lá de castigo. foi chato que não me deixaram beber água e nem comer, fiquei de plantão, mas tá bom, deu tudo certo.”(P4)(Relato referente ao profissional da enfermagem)

“Fui eu para a sala do parto, aí comecei a sentir dor, aí as médica me pediu para fazer, fazer força, aí nasceu” (P9).(Relato referente ao profissional médico)

“No momento que você falou lá na entrevista que eles apertaram a sua barriga, empurraram? O que você achou disso?

P10: Nem reclamei acho que foi até uma ajuda, porque querendo ou não, eles falam que não pode né? Mas se não tivesse me ajudado eu não sei se teria aguentado, eu tava sem força já.”(P10)(Relato referente ao profissional médico)

Na última fala percebemos que a parturiente reconhece que o uso da “manobra de kristeler” não é recomendada, mas mesmo assim, acredita que foi necessária, que foi uma forma de ajuda durante o processo de parturição. Esse fato é preocupante por representar uma incoerência em relação às boas práticas recomendadas em diversos estudos(citações) e pela OMS(ano). Ademais, reflete a cultura de uma sociedade ainda marcada pelo intervencionismo no momento do parto, onde a autonomia e a força dessas mulheres são deixadas de lado frente à dor; com supervalorização da fragilidade e esgotamento frente ao trabalho de parto. Nesse sentido, a manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto também é vista por muitos

estudiosos do tema como formas de violência contra a mulher no momento do parto (ZANARDO; et all., 2017).

No presente estudo foi possível identificar esse desconforto vivenciado pelas parturientes em seu parto e a conotação negativa que esse evento exerce na experiência vivenciada por essas mulheres.

“tem gente que tem um trabalho de parto em uma sala com 5, 6 mulheres parindo ao mesmo tempo, então acho que isso atrapalha muito.”(P6)(Relato referente ao profissional da enfermagem).

Refletindo sobre os relatos é possível perceber que as mulheres consideraram sua experiência como positiva quando não houve esse tipo de evento.

“Acho que isso foi um dos pontos positivos, não fizeram assim exames invasivos como o toque toda hora, não ficaram me dando medicação na veia aleatoriamente, então foi bem tranquilo mesmo.”(P5) (Relato referente ao profissional da enfermagem)

Em contrapartida, percebe-se que dentro dos serviços de saúde, as usuárias por vezes não associam os maus-tratos na assistência ao parto como formas de violência. Consideram esses acontecimentos como prática rotineira ou como resposta ao esgotamento das equipes, como personalidade individual de cada do profissional entre outros, desvinculando dessa forma, muitas práticas vivenciadas por elas e descritas na literatura como violência obstétrica desse conceito.

Sendo assim, faz-se necessário o fortalecimento da compreensão de saúde como produção de subjetividade com o objetivo de resistir a todas as formas de violência e investir esforços no sentido do respeito à vida humana (PEREZ, 2010 ZANARDO; et all., 2017).

Enfermeira obstétrica: elo entre a parturiente e o conhecimento científico

Os resultados da categoria retratam o papel da enfermagem na educação em saúde durante a assistência das mulheres em trabalho de parto e os principais desafios vivenciados pelas enfermeiras na busca da criação de vínculo terapêutico para realizar uma comunicação horizontal com essas mulheres.

O conceito de educação em saúde é bastante amplo. Contudo, o significado desse conceito está ancorado na promoção de saúde, conscientização individual e coletiva das responsabilidades de cada ser humano sobre a mesma, fortalecendo a confiança em si mesmo. A prática educativa busca respeitar a cultura das pessoas, considerando as experiências e valores que elas acumularam, e não pretende erradicar os mesmos da sua vivência; a ação educativa pretende, assim, que as pessoas entendam os seus problemas de saúde e tenham uma opinião crítica sobre eles (SENA; TESSER, 2008).

Os autores (Idem, 2008) chegam a um consenso sobre o ato de educar e reforçam que ele equivale a trocar experiências, respeitar a dignidade de cada um, e sua autonomia; sem tais características essa prática torna-se vazia e sem sentido. Esse conceito vai de encontro com a percepção das pacientes em relação à assistência prestada pelo enfermeira.

“Também não adianta a pessoa ter formação mas não ser um bom profissional, humano. Todos os enfermeiras que me atenderam sempre foram muito bons, sabe?! eles também sempre me deu apoio, sempre me explicou o que que tava acontecendo, a gente sente segura né?”(P3))(Relato referente ao profissional da enfermagem)

Nesse sentido, os profissionais de saúde trabalham diariamente com pessoas que possuem o seu referencial de vida, que têm os seus valores e crenças estabelecidos, e esse saber popular e suas vivências precisam ser levados em consideração. Portanto, para trabalhar num contexto de educação em saúde na prática é imprescindível que os profissionais estabeleçam uma relação entre as ciências da saúde, as ciências sociais e a educação, com a finalidade de promover uma ação educativa democrática, respeitando a liberdade individual em busca do processo de conscientização (ROECKER; NUNES; MARCON, 2016).

Assim, durante a análise dos dados foi possível encontrar relatos das puérperas onde é possível identificar o enfermeira exercendo esse papel de educador(a).

“mas no hospital público quem fica na cena é o enfermeira obstétrico, então assim esse cuidado e esse olhar e a informação, porque as mulheres, elas se sentem

menosprezadas pela falta de informação” (P12) (Relato referente ao profissional da enfermagem)

Dessa forma, pode-se ressaltar que a enfermeira trabalha com a educação em saúde constantemente, sendo o ensino uma estratégia essencial dentro de uma boa assistência em enfermagem, pois através dele se modificam padrões de estilo de vida que predisõem pessoas aos riscos de saúde. Dessa forma, é preciso que a educação em saúde e a comunicação caminhem juntas, visto que, constituem em um importante instrumento capaz de estimular, informar e interligar os indivíduos entre si, buscando alcançar o objetivo proposto sem orientações imperativas. (PEREZ, 2010).

A literatura reforça as afirmações apreendidas nos relatos durante as entrevistas, no sentido de reafirmar a enfermeira como elo constante entre o conhecimento científico e a parturiente.

“Informação, o principal é informação. Eu tive o privilégio de participar dessas rodas de conversa e... foram fundamentais para todas as decisões que eu tomei e todo o processo, então, eu tinha a informação necessário e isso me poupou muita coisa.”(P6))(Relato referente ao profissional da enfermagem)

“Acho muito importante os enfermeiras se manter atualizados e dar as informações científicas corretas.”(P1))(Relato referente ao profissional da enfermagem)

Desse modo, quando por algum motivo a enfermeira deixa de exercer esse elo entre as informações científicas e o paciente ocorre uma quebra de expectativas, onde as usuárias se sentem deixadas de lado e impotentes no contexto da assistência. Quando isso acontece, percebe-se uma falha na atuação dos profissionais em relação às atividades educativas. Desse modo, não acontece o fortalecido do vínculo entre profissionais e usuários do serviço, pois, a comunicação consiste em prescrever comportamentos e dar ordens ao indivíduo tornando a relação mecânica e carente de individualidade (PEREZ, 2010; ROECKER, NUNES, MARCON, 2016).

“Dar mais atenção, só isso. A pessoa, tá sentindo dor ali, ela esta precisando de ajuda naquela hora né? Ai tem que ter uma atenção...”(P8).)(Relato referente ao profissional da enfermagem)

“Eu acho que poderia ter um maior esclarecimento de tudo que tá acontecendo, falar para a pessoa o que tá acontecendo”(P4)(Relato referente ao profissional médico)

“Eu senti uma carência no pré-natal assim, em explicar, em incentivar o parto normal, por exemplo. Porque assim, é um pré-natal muito corrido, eles fazem os exames mas eles não te dão essa noção, de como que vai ser o parto, muita gente tem medo, tem dúvida. Mas aqui a enfermeira que cuidou do meu parto me explicou muita coisa sabe, aí mesmo com as contrações eu consegui tirar muitas dúvidas”(P7))(Relato referente ao profissional da enfermagem)

Embora sempre seja um processo em construção, o desenvolvimento das ações educativas em saúde por enfermeiras é uma realidade nas instituições de saúde, e esses têm sido alguns dos seus principais agentes. Em função do conhecimento adquirido no meio acadêmico, que os instrumentaliza no conhecimento de diversas vertentes relacionadas à assistência, os enfermeiras são aqueles que frequentemente assumem o desafio de educar para a saúde (DUARTE, 2015).

Diante destas reflexões e considerando a importância da dimensão educativa na prática cotidiana da assistência direta ao paciente e na organização do trabalho em enfermagem, observou-se diante dos dados coletados que, os enfermeiras criam elos entre o conhecimento científico e as usuárias durante a assistência. E isso reflete durante a assistência ao trabalho de parto na percepção dessas mulheres em relação ao cuidado recebido.

Assim, percebe-se a importância que a comunicação efetiva, clara, honesta e respeitosa representa para essas mulheres durante a assistência ao parto. Muito além da criação de vínculos ela está associada à maior compreensão das ações e procedimentos que estão sendo executados e favorece a participação ativa da parturiente em seu processo de parturição através da abertura de espaço para questionamentos e sugestões. A educação em saúde feita de forma horizontal permite à mulher, principal interessada no seu trabalho de parto, a se expressar de

forma destemida a respeito da assistência que está sendo prestada e isso certamente contribui para experiências mais exitosas e livres de condutas consideradas violentas, pois, leva em conta principalmente a percepção da mulher durante a assistência.

Em meio às falas das puérperas entrevistadas foi possível apreender que havia falhas no processo de comunicação entre o paciente e o profissional que assistia o parto. Tais situações, bastante expressadas nos relatos, nos sinalizaram contrastes marcantes entre dois tipos de comunicação: a comunicação verticalizada e a comunicação efetiva. A comunicação verticalizada foi marcada nas experiências das puérperas como imposições que refletem uma posição de poder ocupada naquele momento pelo profissional em relação à parturiente.

“assim alguma coisa eu questioneei com ela, mas eu achei ela super grossa. Mas assim, ela foi muito infeliz nas colocações dela comigo, porque eu sou paciente igual a qualquer um. Então eu tenho direito, eu tenho direito igual a qualquer um, é uma decisão minha né? E ela tá lá pra trabalhar pra fazer o trabalho dela, não pra questionar sobre a minha vida.” (P3)(Relato referente ao profissional da enfermagem)

Em contrapartida, a comunicação denominada como efetiva pelos pesquisadores reflete um diálogo horizontal com a finalidade de criar vínculos, esclarecer dúvidas e transmitir confiança para a paciente (ARAÚJO; SILVA, 2012).

“A enfermeira conversou comigo sabe, ela me escutou, todos os profissionais me escutaram isso acalma a gente, passa confiança”(P9) (Relato referente ao profissional da enfermagem)

“As enfermeiras elas conversaram bastante, falaram assim que fizeram tudo que era possível, que elas também queriam que eu fosse um parto normal.”(P1) (Relato referente ao profissional da enfermagem)

O termo comunicar é proveniente do latim – *communicare* – e significa “colocar em comum”. A partir dessa definição, entende-se que comunicação é o intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo ou devendo haver reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não verbal.

Seja qual for o modo da comunicação, ela está sempre presente na cena terapêutica, veiculando conteúdos conscientes e inconscientes, cuja significação está vinculada ao contexto em que ocorre. Assim, a comunicação qualifica a interação humana, imprimindo sentimentos, emoções, qualidades e um contexto que permite ao indivíduo não somente perceber e compreender o que significam as palavras, mas também compreender os sentimentos do interlocutor. Mesmo o silêncio é significativo e pode transmitir inúmeras mensagens em determinado contexto (DUARTE, 2015, ZANARDO, 2017).

“(...) tem coisa que eu não questiono porque sabe? Me atinge, mas assim é uma coisa que num ranca pedaço. Mexe com o meu psicológico. Ela só falou comigo que tinha que induzir, não me explicou nada e aí ele já nasceu mais cansadinho, nem respirando ele tava na hora que ele nasceu, aí eles fizeram um processo e depois colocaram ele em cima de mim.”(P5) (Relato referente ao profissional médico)

Autores afirmam que “a comunicação é uma necessidade humana básica, é um processo contínuo que torna a existência do ser humano um ser social”. É por meio da comunicação que o paciente exterioriza seus sentimentos, suas necessidades, interage com os profissionais de saúde facilitando a identificação de sinais e sintomas e possíveis problemas ou desconfortos físicos (GASPAR, et all., 2015).

“As enfermeiras elas conversaram bastante falaram assim que fizeram tudo que era possível, que elas também queria que eu fosse um parto normal.”(P1)(Relato referente ao profissional da enfermagem)

A enfermagem, a partir da comunicação desenvolvida com as mulheres, pode identificar suas necessidades, informar e esclarecer sobre procedimentos ou situações que ele deseja saber, promover o relacionamento do paciente com outros pacientes, com a equipe multiprofissional ou com familiares, desenvolver educação em saúde, troca de experiências e mudança de comportamentos, entre outros. Estes são alguns dos papéis da comunicação em que a equipe de enfermagem pode estar envolvida, o que não impede que o paciente seja também sujeito ativo destas ações (RAMOS; BORTAGARAI, 2019).

“aí eu peguei depois disso eu fui lá e comecei a ficar só chorando, entendeu? Aí eu comecei a ficar muito triste. A enfermeira viu eu chorando, aí ela me perguntou por que eu tava chorando, se eu queria conversar com ela, que eu podia desabafar com ela, aí eu peguei num falei nada não, porque preferi ficar calada. Aí ela pegou e falou assim "Desabafa comigo, me fala o que está acontecendo que eu vou te ajudar tal, é... fala comigo!", aí eu peguei e não queria comentar nada não, eu peguei e fiquei calada, fiquei só chorando, fiquei chorando uns três dias em diante.”(P3) ((Relato referente ao profissional da enfermagem)

Entretanto, estudos comprovam que a comunicação do profissional de saúde com seus pacientes está muitas vezes atreladas a uma relação de poder que apontam também para as estratégias engessadas sobre a comunicação entre o profissional e o paciente o que dificulta a criação de vínculo terapêutico entre os mesmos e ao mesmo tempo interfere na autonomia das gestantes durante a assistência (NASCIMENTO, 2019).

“Só na hora de colocar o DIU que foi muito ignorante comigo, porque eu falei com ela assim que tava doendo, aí ela pegou e veio com tom de ignorância pra cima de mim e não esperou não, ela queria colocar o DIU em mim de qualquer jeito. Aí, eu sentindo dor e ela querendo colocar o DIU em mim, aí eu peguei e falei assim que era para ela acalmar que eu estava sentindo dor. Aí ela pegou e falou assim: “Você vai querer que eu coloque isso daqui em você, porque se não for querer eu vou embora” (relato com tom alto e firme), querendo sair da sala. Aí portanto eu sentindo dor, fui lá e acabei deixando ela colocar.”(P6) (Relato referente ao profissional da enfermagem)

Dessa maneira, pode-se tornar a comunicação mais efetiva ao tomar consciência da importância da linguagem corporal, principalmente no que diz respeito à proximidade, à postura, ao toque e ao contato visual. Quando o profissional se relaciona com o sujeito, primeiramente, aquele deve ouvir o que este fala, em segundo lugar, o que ele não deseja falar e, em terceiro lugar, o que ele não pode falar. Os profissionais de saúde têm a tarefa de interpretar o significado da comunicação não verbal que o sujeito envia, com a finalidade de estabelecer um plano de cuidados adequado às necessidades singulares do paciente (DAVIM, TORRES, SANTOS, 2009; GASPAR, 2015).

A fala abaixo demonstram como atitudes verbais e não-verbais podem ter interpretações variadas e que por diversas vezes podem inclusive fugir do que realmente é pretendido pelo profissional na assistência. O profissional de saúde, sobretudo o enfermeira obstétrica, trabalha na assistência não somente com a versão concreta do paciente mas, por vezes, o plano de assistência caminha em uma linha tênue entre o real e o subjetivo, pois o paciente assim como o profissional também é movido por emoções humanas e por idealizações sobre o parto.

“Ela gritou comigo, ela gritou comigo, sei lá foi muito ignorante comigo mesmo, entendeu? Eu fiquei nó... me senti muito ofendida. : Eu fui tratada como um... eu fui tratada pior que um animal minha filha, porque nó ninguém faz isso com um ser humano não.”(P3) (Relato referente ao profissional da enfermagem)

Desse modo, entende-se a importância das atividades e práticas interlocutivas. A interação entre a enfermagem e o paciente mostra a comunicação como uma atividade básica das ações da enfermagem e que se torna preponderante as relações interpessoais que ocorrem nas ações da equipe de enfermagem junto dos seus pacientes. As categorias demonstram, que apesar dos diversos desafios, a enfermeira tem se tornado pivô nessas interlocuções entre o saber científico e as expectativas e saberes do paciente; o que pode significar melhorias na qualidade do cuidado e na sua humanização, fato reconhecido em alguns relatos obtidos na atual pesquisa (ROECKER; NUNES; MARCON, 2016).

Assim, percebe-se que a comunicação efetiva feita de forma horizontal entre a enfermagem e as mulheres assistidas é capaz de diminuir a incidência de ações consideradas como violência obstétrica durante o cuidado a essas mulheres. A comunicação construída pela junção dos diferentes saberes, respeitando o conhecimento e as expectativas das parturientes torna a assistência mais humana e contribui para experiências mais exitosas durante o trabalho de parto, uma vez que auxilia na criação de vínculo e confiança no trabalho prestado pela enfermeira obstétrica.

Assistência do enfermeira obstétrica, métodos não farmacológicos de alívio da dor e boas práticas orientadas pela OMS: aproximações e discordâncias

Essa categoria demonstra através dos relatos das gestantes o quanto a assistência prestada pela enfermeira obstétrica está atrelada à busca constante de boas experiências de parto para essas mulheres com a utilização das boas práticas. Entretanto, algumas falas revelam uma assistência menos efetiva à dor dessas mulheres fato que causava sentimentos de medo e intimidação nas parturientes.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a inclusão da enfermagem obstétrica na cena do parto é uma importante estratégia na redução de cesáreas, e sua equipe atua de forma humanizada, utilizando práticas não invasivas de alívio da dor, estimulando assim a autonomia da mulher e o parto fisiológico. As falas das gestantes permitem identificar que a assistência prestada pelo enfermeira obstétrica está atrelada às boas práticas obstétricas e à busca constante de boas experiências no parto para essas mulheres. Entretanto, algumas falas também revelam uma assistência menos efetiva em relação ao alívio da dor em alguns momentos, fato que causou sentimentos negativos de medo e intimidação nas parturientes.

“O que você acha que contribuiu para que você tivesse uma assistência humanizada? Ah, a paciência das Enfermeiras né, porque mesmo a gente lá gritando de dor elas são muito pacientes com a gente” (P5)(Relato referente ao profissional da enfermagem)

“Você está lá sentindo aquelas dor, a pessoa tá rindo da sua cara, tá debochando de você, deixando você sofrer, sabendo que eu não... a pessoa não pode ter aquele parto normal e a pessoa tava nem aí para você” (P6)(Relato referente ao profissional da enfermagem)

De acordo com a literatura, durante a fase de dilatação a dor corresponde a uma sensação subjetiva, descrita como aguda, visceral e difusa. Enquanto que, na fase de descida fetal, a dor é somática, mais nítida e contínua, podendo ser intensificada pelo estado emocional da parturiente e por fatores ambientais. A dilatação do colo uterino é um componente importante da dor, adicionado a outros fatores, como: contração e distensão das fibras uterinas; tração de anexos e peritônio; distensão do canal vaginal; pressão nas estruturas pélvicas, na uretra, na bexiga e sobre as raízes do plexo lombo-sacro. Atualmente existe o reconhecimento de que a dor no trabalho de parto deve ser aliviada, pois, pode acarretar prejuízos

tanto para a mãe quanto para o feto no processo de parturição. A dor durante o trabalho de parto pode levar à perda do controle emocional da mulher, constituindo um evento estressor e traumático capaz de levar a desordens mentais. Nessa perspectiva, o manejo da dor através de práticas complementares e alternativas vem sendo implementado na assistência à mulher em trabalho de parto de forma potente (DAVIM; TORRES; SANTOS, 2009; NASCIMENTO, 2019).

Dessa forma, a assistência humanizada e baseada em evidências científicas visa à promoção do respeito à mulher e à criança, com o uso de recursos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor. Neste contexto, as informações existentes na literatura científica demonstram que a utilização dos recursos não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, como o suporte contínuo, mobilidade materna, deambulação, exercícios respiratórios, massoterapia, bola suíça, banho de imersão e de chuveiro, técnicas de relaxamento, verticalização, variedade de posição, dentre outros, promovem benefícios para a parturiente. Esses métodos podem ser utilizados de forma isolada ou combinada, e além de proporcionarem o alívio da dor também podem reduzir a necessidade de métodos farmacológicos para alívio da dor, havendo melhora da experiência vivenciada no trabalho de parto (DAVIM; TORRES; DANTAS, 209).

“eu ia ter que tomar anestesia porque eu não tava aguentando a dor, mas fui para o chuveiro e começou a aliviar bastante” (P12)(Relato referente ao profissional da enfermagem)

“eu usei muito a bola e o chuveiro isso ajudou muito mesmo” (P3).)(Relato referente ao profissional da enfermagem)

“Nossa, se não fosse o chuveiro, a água morna alivia demais as dores”(P10).(Relato referente ao profissional da enfermagem)

“Nossa aquela banheira é vida viu, não queria sair dali, só ela tava aliviando minhas contrações”(P11))(Relato referente ao profissional da enfermagem)

“Massagem ajuda muito na hora da dor, da contração sabe” (P4) (Relato referente ao profissional da enfermagem)

A diminuição da sensação dolorosa permite à parturiente sua participação ativa no parto, aumenta a autoestima, possibilita uma melhor relação com o recém-nascido e contribui na construção de lembranças positivas no pós-parto. Os métodos não farmacológicos podem ser orientados ao casal (durante o pré-natal) e/ou ensinados/aplicados pela enfermeira ou pela equipe multiprofissional durante o trabalho de parto (GASPAR, 2015).

Refletindo sobre isso percebemos que a equipe deve desenvolver uma relação de empatia e proximidade com a mulher durante o processo de parturição. Nesse cenário, a presença da enfermeira obstétrica na assistência à mulher favorece a implementação de práticas humanizadas de cuidado como métodos não farmacológicos de alívio da dor, oferecendo-lhe suporte emocional e facilitando o vínculo afetivo mãe-bebê (NASCIMENTO, 2019).

É possível apreender essa perspectiva através de falas como a presente no seguinte relato:

“O que você acha que contribuiu para que você tivesse uma assistência humanizada? Ah, a paciência das Enfermeiras né, por que mesmo a gente lá gritando de dor elas são muito pacientes com a gente.”(P5) (Relato referente ao profissional da enfermagem)

Ainda assim, faz-se necessária uma maior sensibilização dos profissionais da área obstétrica quanto à assistência à mulher no processo parturitivo, de forma individualizada e integral, especialmente quanto à implementação de práticas humanizadas no alívio da dor. A relevância dessa temática encontra-se na importância do manejo não farmacológico de alívio da dor no parto e nascimento para experiências positivas de parto, caracterizando assim a assistência prestada pelas enfermeiras obstétricas como humanizada e integral. (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009).

Essa reflexão é reforçada com as falas abaixo das puérperas, onde percebemos o olhar dessas mulheres nesse sentido:

“Dar mais atenção, só isso. A pessoa, tá sentindo dor ali, ela esta precisando de ajuda naquela hora né? Ai tem que ter uma atenção...” (P8).)(Relato referente ao profissional da enfermagem)

“Porque às vezes é isso que deixa muito a desejar, chegam lá jogam todo mundo como se fosse um nada, se a mulher grita eles deixam de lado. Então, eu acho que é essa questão.”(P8)(Relato referente ao profissional da enfermagem)

“Ai gente calma... vocês não é o primeiro filho”, “Você tem que entender que a dor não é tanta não”, ai fica falando a mesma coisa sempre, isso é horrível eu não quero escutar essas coisas (P2)(Relato referente ao profissional da enfermagem)

Diante do exposto, através da reflexão acerca das falas das participantes do estudo é perceptível que o alívio da dor no processo de parturição está intimamente ligado a experiências consideradas pelas parturientes como positivas em relação ao parto. Quando não possuem suas dores aliviadas as mulheres se sentem menosprezadas em algo que naquele momento é urgente e visceral para elas. Ademais, a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor contribuem para favorecer a autonomia das parturientes e reforça o uso das boas práticas na humanização do parto, preconizadas pela Política Nacional de Humanização do Ministério da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Formatado: Centralizado,
Espaçamento entre linhas: 1,5 linhas

Percorrer o caminho que nos levou ao encontro da percepção das mulheres sobre o cuidado da enfermagem obstétrica durante o processo de parturição e suas interfaces com a violência obstétrica nos auxiliou na compreensão do fenômeno da violência obstétrica e suas implicações no cotidiano da assistência. Nesse sentido há um denso processo de reconstrução do saber fazer e de como fazer a assistência a essas parturientes diante das concepções existentes sobre violência obstétrica e diante do olhar dessas mulheres sobre o tema, bem como, diante das expectativas criadas para o momento do parto. Ao imergirmos sobre esse fenômeno, identificamos que a violência obstétrica configura-se como uma ruptura dos direitos fundamentais da mulher e constitui-se como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

Destacou-se as percepções das mulheres diante desse cenário contemporâneo da assistência obstétrica prestada por enfermeiras obstétricas. Procuramos nos aproximar dos sentidos e significações que o cuidado prestado exerceu na experiência de parto vivenciada por elas. Diante desse cenário, apreendeu-se que a humanização do parto e nascimento constitui um movimento de luta e valorização da mulher enquanto protagonista do processo de parturição, visa resgatar a sua autonomia e os seus direitos dessas mulheres, dando-lhe condições de escolha e participação durante todas as fases da vida reprodutiva, iniciando com o planejamento familiar, prosseguindo durante a gestação, parto, nascimento e pós-parto.

Assim, consideramos em meio à análise dos relatos obtidos que a presença da enfermeira obstétrica no cenário do parto e nascimento favorece a implementação de práticas de humanização e ao resgate do protagonismo da mulher. Esse pressuposto é sustentado pelas discussões produzidas sobre o fenômeno na presente pesquisa e em estudos congêneres sobre o tema, onde compreendemos que as diferentes interfaces da VO implicam diretamente na assistência à mulher parturiente e na qualificação do cuidado obstétrico prestada.

ANEXOS

APÊNDICE A-ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Roteiro para a condução de entrevista narrativa [deve ser gravada].

Data: ___/___/___ N° _____ Entrevistador: _____ Local: _____

1- Cidade:

Belo Horizonte

Outra: _____

2- Idade: _____

3- Sexo do(a) acompanhante:

Masculino

Feminino

Prefiro não me identificar pelo meu sexo biológico

Outro: _____

4- Qual é sua identificação étnico-racial?

Branco

Indígena

Preto

Pardo

Amarelo

5- Escolaridade:

Não sabe ler e escrever

Alfabetizado

Ensino fundamental incompleto

Ensino fundamental completo

Ensino médio ou 2º completo

Formação superior incompleta

Formação superior completa

Pós graduação

6- Escolaridade do(a) acompanhante/parturiente:

Formatado: Centralizado,
Espaçamento entre linhas: 1,5 linhas

Formatado: Recuo: Primeira linha:
1,25 cm, Espaçamento entre linhas:
1,5 linhas

-) Não sabe ler e escrever
-) Alfabetizado
-) Ensino fundamental incompleto
-) Ensino fundamental completo
-) Ensino médio ou 2º completo
-) Formação superior incompleta
-) Formação superior completa
-) Pós graduação

7- Trabalha atualmente:

-) Não
-) Sim. Profissão: _____

8- Qual é a sua renda familiar?

-) Menor que 1 salário mínimo
-) Entre 1 e 3 salários mínimos
-) Entre 4 a 7 salários mínimos
-) Entre 8 e 10 salários mínimos
-) Mais que 10 salários mínimos

9- Situação conjugal:

-) União estável ou moram juntos, sem filhos
-) União estável ou moram juntos, vivendo com meu(s) filho(s)
-) Casada
-) Separada ou Divorciada, morando sozinha
-) Separada ou Divorciada, morando sozinha com meu(s) filho(s)
-) Separada ou Divorciada, morando com minha família e meu(s) filho(s)
-) Solteira, morando sozinha
-) Solteira, morando sozinha com meu(s) filho(s)
-) Solteira, morando com minha família
-) Viúva, morando sozinha com meu(s) filho(s)
-) Viúva, morando com minha família e meu(s) filho(s)
-) Viúva, morando com minha família

10- G ____ Pc ____ Pn ____ A ____

(Se abortamento, aplicar o questionário específico)

11- Data do último parto: ____/____/____

12- Recém-nascido:

-) Vivo
-) Natimorto
-) Óbito Neonatal
-) Não soube informar

14- Durante a gestação, você recebeu informações para fazer escolhas sobre qualquer uma das seguintes opções? (Pode ser assinalada mais de uma alternativa)

- Procedimentos de parto
- Lugar para o nascimento
- Presença de alguém com você na sala de trabalho de parto e no parto
- Suporte no pós-parto
- Tipo de profissional de saúde
- Nenhuma das opções

15- Antes de ser internada neste hospital/maternidade você procurou atendimento em outro hospital/maternidade?

- Sim
- Não

Se sim, quantos? _____

16 - Você teve acompanhante no hospital?

- Sim
- Não
- Parcialmente. Por

que? _____

17- Depois que chegou nesse hospital/maternidade/casa de parto, quanto tempo demorou para ser atendida?

- Entre 15 à 30 minutos
- Entre 40 à 55 minutos
- Entre 1:00 à 2:00 horas
- Entre 3:00 à 4:00 horas
- Mais de 5:00 horas

18- Foram oferecidos líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o trabalho de parto?

- Sim
- Não

19- Foram utilizados em você métodos farmacológicos para alívio da dor?

- Não sabe
- Sim
- Não

Se sim, quais? _____

20- Você teve indução de parto farmacológica?

- Não sabe
- Sim
- Não

Se sim, quais? _____

21- Você teve indução de parto não farmacológica ?

Não sabe

Sim

Não

Se sim, quais? _____

22- Durante o trabalho de parto você teve assistência/acompanhamento de: (Pode ser assinalada mais de uma alternativa)

Doula(o)

Médico(a) obstetra

Enfermeiro(a) obstetra

Obstetriz

Pediatra

Parteira tradicional

Não tive assistência de profissional

Outro: _____

23- Foi realizado um corte na vagina na hora do bebê nascer? (Episiotomia)

Sim

Não (Pule para a pergunta 24)

Não sabe (Pule para a pergunta 24)

Não teve parto vaginal (Pule para a pergunta 24)

24- Se teve o corte (Episiotomia), você foi informada que esse corte seria feito?

Sim

Não

Não sabe

25- Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê? (Manobra de Kristeller).

Sim

Não

26- Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto?

Não rompeu, não cortou e não deu pontos

Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos

Não levei pontos, mas não sei se rompeu

Rompeu e deram pontos

Cortaram e deram pontos

Levei pontos, mas não sei se rompeu ou se cortaram

27- Foi feita anestesia no local antes do corte ou antes dos pontos?

Não

Sim, antes do corte

Sim, antes dos pontos

Não soube informar

28- O que aconteceu depois que o seu bebê nasceu? (Escolha todas as opções que se aplicarem)

-)Meu bebê foi colocado no meu peito imediatamente após o parto, antes de ser pesado e avaliado
 -)Após o nascimento, meu bebê retornou para mim após um breve exame físico
 -)Eu fui autorizada a tentar amamentar meu bebê nas primeiras 5 horas do período pós-parto
 -)Meu bebê foi mantido em outro lugar por uma ou duas horas sem justificativa
 -)Meu bebê foi mantido em outro lugar por duas a cinco horas sem justificativa
 -)Meu bebê foi mantido em outro lugar por mais de cinco horas sem justificativa
- 3 ou 4 horas faz diferença com relação a 2 e 5hs

29- Quais das situações a seguir aconteceram com você no hospital/maternidade?
(Pode ser assinalada mais de uma alternativa)

Sobre os médicos:

-)Os(as) médicos(as) não me perguntaram sobre meus planos de parto
-)Os(as) médicos(as) não me explicaram sobre os procedimentos que eles realizariam ou realizaram
-)Os(as) médicos(as) não permitiram que meu(minha) acompanhante estivesse presente na sala de pré-parto e parto, sem justificativa
-)Os(as) médicos(as) não tiveram minha permissão para os procedimentos realizados
-)Os(as) médicos(as) não me deixaram escolher procedimentos durante o parto
-)Os(as) médicos(as) não preveniram a exposição do meu corpo
-)Os(as) médicos(as) não respeitaram minha privacidade emocional
-)Os(as) médicos(as) não respeitaram minhas necessidades religiosas/espirituais
-)Os(as) médicos(as) não me deram medicação para dor solicitada
-)Os(as) médicos(as) não tentaram controlar minha dor usando qualquer outro método
-)Os(as) médicos(as) se recusaram a me dar água e alimento sem justificativa

Sobre os enfermeiros:

-)Os(as) enfermeiros(as) não me perguntaram sobre meus planos de parto
-)Os(as) enfermeiros(as) não me explicaram sobre os procedimentos que eles realizariam ou realizaram
-)Os(as) enfermeiros(as) não permitiram que meu(minha) acompanhante estivesse presente na sala de pré-parto e parto, sem justificativa
-)Os(as) enfermeiros(as) não tiveram minha permissão para os procedimentos realizados
-)Os(as) enfermeiros(as) não me deixaram escolher procedimentos durante o parto
-)Os(as) enfermeiros(as) não preveniram a exposição do meu corpo
-)Os(as) enfermeiros(as) não respeitaram minha privacidade emocional
-)Os(as) enfermeiros(as) não respeitaram minhas necessidades religiosas/espirituais

- Os(as) enfermeiros(as) não me deram medicação para dor solicitada
- Os(as) enfermeiros(as) não tentaram controlar minha dor usando qualquer outro método
- Os(as) enfermeiros(as) se recusaram a me dar água e alimento sem justificativa

Sobre outros profissionais:

- Os assistentes sociais não permitiram que meu acompanhante estivesse presente na sala de pré-parto e parto, sem justificativa
- A equipe de laboratório e de exames complementares não me explicaram sobre os procedimentos que eles realizariam
- A equipe de laboratório e de exames complementares não tiveram minha permissão para os procedimentos que eles realizariam
- Nutricionistas se recusaram a me dar comida, sem justificativa
- Houve falha na assistência às minhas necessidades
- Outras. Descrever:

30- Escolha todas as ações que os profissionais de saúde fizeram para ajudar a me sentir mais confortável durante o trabalho de parto:

- Permitiu que entes queridos estivessem presentes. Profissional:

- Encorajou o movimento de respiração rítmica. Profissional:

- Me ouviu atentamente. Profissional: _____

- Promoveu toque ou massagem reconfortantes. Profissional:

- Promoveu incentivo com suas palavras e presença. Profissional:

- Cantou para ajudar a controlar minhas emoções. Profissional:

- Falou calmamente. Profissional: _____

- Me apoiou nas mudanças de posição. Profissional: _____

- Me apoiou nas minhas orações nos momentos de medo e ansiedade.

Profissional: _____

- Reproduziu um sistema de música para aliviar meu estresse.

Profissional: _____

- Usou ferramentas não-medicamentosas para alívio da dor (compressa quente/fria, banho, água, etc). Profissional: _____

- Nenhuma das opções.

- Outra: _____ Profissional:

31- Como você percebeu os cuidados da enfermeira(o) obstétrica durante seu trabalho de parto? Como esses cuidados fizeram você se sentir no momento do seu parto?

32- Você planejou o seu parto? Como foi esse planejamento?

33- Conte-me sobre a sua experiência de parto.

34- Você percebia que seus direitos estavam sendo violados durante sua gestação/parto/pós parto (escolher de acordo com o momento da violência relatada)?

() Sim.

() Não. Se não, como você chegou a essa conclusão?

4- Você acha que a violência sofrida está relacionada com a cor da sua pele?

() Não

() Sim. Poderia me contar porque você pensa assim?

5- Alguma pessoa agiu para ajudar você a se sentir melhor durante a gestação/parto/pós parto o trabalho de parto (Escolher de acordo com o momento da violência relatada).

6- Após esta experiência, você teve suporte para se recuperar das memórias ruins e outras possíveis sequelas?

7- Como você percebeu os cuidados da enfermeira(o) obstétrica durante seu trabalho de parto? Como esses cuidados fizeram você se sentir no momento do seu parto?

Formatado: Recuo: Primeira linha:
1,25 cm, Espaçamento entre linhas:
1,5 linhas

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes de grupo focal e entrevista

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Abordagem da violência obstétrica no Brasil: perspectivas multisetoriais, empoderamento e cuidado no contexto da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Brasil”, coordenada pelas Pesquisadoras Dra.Kleyde Ventura de Souza (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil) e Dra. Érica Dumont Pena, (Universidade Federal de Minas Gerais). A pesquisa de campo está sendo desenvolvida por _____(nome do estudante), estudante de graduação em _____ (nome da escola), acompanhado diretamente pelo(a) pesquisador(a) Dr(a). _____, professor (a) da Universidade _____ (nome da universidade), _____ (cidade)/Brasil, e indiretamente pelo(a) Dr(a). _____, professor (a) da escola _____ (nome da escola).

Nesta pesquisa pretendemos:

1. Examinar as estratégias que as instituições de saúde vêm desenvolvendo para informar as mulheres e os parceiros delas sobre o parto humanizado, como recomendado pelo Ministério da Saúde;
2. Avaliar o impacto social da participação das mulheres em grupos de gestantes para aumentar o entendimento e o conhecimento sobre seus direitos e o que fazer para denunciar casos de violência que porventura venham sofrer durante o período que está grávida (denominado de violência obstétrica);
3. Documentar as demandas das mulheres (durante a gestação, parto e puerpério), seus parceiros, bem como dos profissionais dos serviços de saúde e social para ajudar os serviços comunitários disponíveis a melhorar a qualidade do atendimento e de apoio às mulheres vítimas de violência obstétrica;
4. Discutir as potenciais mudanças na prática com base nas recomendações das mulheres no pós-parto e seus parceiros masculinos ou femininos ou seus acompanhantes, que observaram a violência obstétrica durante o parto;
5. Esclarecer as propostas apresentadas pelos profissionais de saúde para minimizar as barreiras à aplicação das recomendações para o parto humanizado;
6. Avaliar a eficácia e a viabilidade das sugestões para o acompanhamento regular e sistematizado (monitoramento) de mulheres que sofreram violência obstétrica em relação aos riscos à segurança física do(s) recém-nascido(s).

Para participar desta pesquisa, você deverá assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, ele/ela tem assegurado o direito de receber os cuidados necessários e outras formas de compensação, incluindo financeira por danos.

Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se, sem nenhuma consequência para si mesmo. Você poderá

retirar o consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento, sendo o Termo de Consentimento assinado destruído fisicamente, testemunhado por todos. Neste caso, os arquivos de áudio também serão apagados e todos os formulários com as informações registradas serão destruídos.

Você pode participar desta pesquisa, se você for:

- a) Pessoa do sexo feminino ou masculino com idade igual ou superior a 18 anos,
- b) Gestante com idade igual ou superior a 18 anos,
- c) Mãe com idade igual ou superior a 18 anos que teve um bebê nos últimos 12 meses,
- d) Mulher legalmente autorizada a fornecer consentimento informado verbal ou assinado, ou ter sua participação autorizada por pessoa legalmente responsável,
- e) For ou tenha sido parceiro (a)/acompanhante de uma mulher com quem compartilha/compartilhou experiências e situações relacionadas à violência obstétrica,
- f) Profissional de saúde e serviço social que presta cuidados no contexto da atenção primária, secundária e terciária (pré-natal, parto normal, parto cesáreo, pós-parto, puerpério) à gestantes e puérperas,
- g) Pessoa (do sexo feminino ou masculino) que não se identifique como de origem indígena,

Você **não** pode participar deste estudo, se você for:

- a) Pessoa do sexo masculino ou feminino com idade igual ou inferior a 17 anos,
- b) Gestante com mais de 14 anos cuja gravidez tenha sido em consequência de estupro ou qualquer outra forma de violência sexual,
- c) Mãe que teve um bebê há mais de 13 meses,
- d) Gestante com menos de 17 anos,
- e) Profissional de saúde e serviço social que não presta cuidados no contexto da atenção primária, secundária e terciária (pré-natal, parto normal, parto cesáreo, pós-parto, puerpério) à gestantes e puérperas,
- f) Pessoa (do sexo feminino ou masculino) que se auto-identifica como de origem indígena,

Sua participação consiste em integrar grupos de discussão composto somente por mulheres, grupos de discussão de profissionais de saúde e serviço social, ou realizar entrevista individual enquanto acompanhante/parceiro (a) ou profissional. A participação na pesquisa é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelos profissionais ou na relação interprofissional da instituição onde a pesquisa está sendo realizada.

Os pesquisadores protegerão a identificação mínima dos participantes, asseguradas somente nas entrevistas individuais. Os pesquisadores não são responsáveis pelo sigilo das informações compartilhadas em grupos focais, já que não há um controle sobre os comportamentos dos outros participantes do grupo em disseminar tais informações em seus contextos sociais. O (a) participante não será identificado (a) em nenhuma publicação científica ou atividade acadêmica em que a pesquisa venha a ser apresentada.

Esteja ciente de que esta pesquisa oferece riscos mínimos psicológicos, como certo nível de ansiedade e desconforto devido à lembrança de fatos passados. Para

minimizar tais riscos e suas consequências imediatas, os pesquisadores interromperão a entrevista e somente prosseguirão quando o participante assegurar o desejo e condições de retomar a entrevista. A pesquisa poderá ainda ser suspensa em definitivo, caso seja o seu desejo. Caso o (a) participante seja gestante ou acompanhante/parceiro (a), a fim de obter suporte nesta situação, recomendamos que entrem em contato com a Associação Brasileira de Enfermeiros e Partoiras Obstétricas pelo e-mail faleconosco@abenfo.or.br ou acesse o site <http://abenfo.wixsite.com/meusite>, ou diretamente com os pesquisadores brasileiros responsáveis. Caso o (a) participante seja profissional, recomendamos que entrem em contato com sua Associação profissional para discutir os aspectos relacionados à prática ou entre em contato diretamente com os pesquisadores brasileiros responsáveis. Outro possível risco é de identificação social devido a quebra de confidencialidade ao expor partes de depoimentos que possam ser reconhecidos por pessoas que lhes conheçam. Para minimizar este risco, os pesquisadores explicarão aos demais participantes do grupo focal sobre a necessidade de um compromisso entre todos para não compartilhar as informações discutidas no grupo com outras pessoas não participantes.

Para a preservação da confidencialidade e anonimato, os pesquisadores identificarão as entrevistas e grupos focais pelo nome da cidade de origem do participante e numeração sequencial dos participantes (participante 1, participante 2, participante 3...). Em todos os processos de coleta e análise de dados, e relatório de pesquisa, os pesquisadores somente utilizarão os códigos de identificação pré-definidos. Os pesquisadores e os serviços de saúde onde a pesquisa está sendo implementada assegurarão assistência integral e gratuita em caso de riscos que a pesquisa porventura venha trazer, durante e após sua implementação.

Esteja ciente de que os benefícios da pesquisa não são pessoais e sim indiretos, pois estará contribuindo para que mulheres, famílias e profissionais de saúde e serviço social possam criar novas oportunidades de compartilhamento das experiências bem-sucedidas e das dificuldades relacionadas à implementação da Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento. Esteja ciente de que a pesquisa pretende, também, estimular a cultura de colaboração e parceria entre mulheres, famílias e profissionais para responder às necessidades vivenciadas por todos, contribuindo para a melhoria do contexto vivenciado, semeando o empoderamento individual e coletivo.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa, por meio de relatório entregue aos serviços de saúde. Os dados fornecidos nesta pesquisa serão mantidos sob a guarda e responsabilidade dos pesquisadores responsáveis por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este termo encontra-se impresso em duas vias originais: sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Os pesquisadores protegerão a sua identidade com padrões profissionais e éticos de sigilo, nos termos da Resolução Nº 466, 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Pesquisadoras responsáveis:

- No Brasil: Dra. Kleyde Ventura de Souza (Universidade Federal de Minas Gerais) - Email: kleydeventura@gmail.com; Dra. Érica Dumont Pena, (Universidade Federal de Minas Gerais) Email: ericadumont@gmail.com. Endereço: Av. Prof. Alfredo

Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, CEP: 30130-100; Tel: +55 31 3409-8025.

Comitês de Ética em Pesquisa:

- No Brasil: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais -
E-mail: coep@prpq.ufmg.br; Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627,
Pampulha - Belo Horizonte, MG. CEP 31270-901/Unidade Administrativa II - 2º
Andar - Sala: 2005; Tel: +55 31 3409-4592.

A qualquer momento em que um pesquisador pedir para usar as informações do Registro para pesquisa, ele ou ela necessitará obter a permissão de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Registro para fazê-lo. O CEP é responsável pela proteção dos direitos das pessoas que fazem parte nas pesquisas, como você.

Eu declaro que fui informado (a) dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações ou modificar a decisão de participar se assim desejar. Declaro que concordo em participar dessa pesquisa e com a gravação da minha participação no grupo de discussão/entrevista individual. Recebi o termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome do (a) participante

Assinatura do (a) participante

_____(cidade), _____(estado),
_____(data).

Assinatura do (a) co-pesquisador (a) local
pesquisador

-
Assinatura do (a) estudante

Dr (a). _____(nome)
_____(nome)

A equipe de pesquisa agradece sua participação.

1. Dra. Kleyde Ventura de Souza, Doutora, Enfermeira, Co-Pesquisadora principal, Universidade Federal de Minas Gerais.
2. Dra. Érica Dumont Pena, Doutora, Enfermeira, Pesquisadora coordenadora, Universidade Federal de Minas Gerais.
3. Emanuelle Cristina Coelho, discente da residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenadora de campo.
4. Debora Viana Lucas – Enfermeira Obstétrica. Pesquisadora.
5. Monique Albuquerque Teles Pereira, discente da residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Pesquisadora.
6. Carolina Ramos Almeida, discente da residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Pesquisadora.

7. Tamires Aparecida da Silva Santos, discente da residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenadora de campo.
8. Maria Cecília Rodrigues Macedo Cândido, discente da residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Pesquisadora.
9. Marden Daniel Muniz – Enfermeiro Obstetra. Pesquisador.
10. Emanuelle Cristina Coelho, discente da residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenadora de campo.
11. Marolina A. Barroso dos Santos, gerente do Centro de Saúde. Pesquisadora.
12. Denise Alves Moreira, enfermeira do Centro de Saúde Cachoeirinha. Pesquisadora.
13. Aline Karla de Araújo Batista, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas. Pesquisadora.
14. Letícia Zara de Freitas Ribeiro, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas. Pesquisadora. Fernanda Alves do Nascimento, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas. Pesquisadora.
15. Fernando Ferreira Dias, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas. Pesquisador.
16. Natália Mesquita Melo Coimbra, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas. Pesquisado

REFERÊNCIAS

BARDIM. L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 15 março. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Despacho, 03 maio de 2019. Referente à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica”. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?. Acesso em: 20 março. 2020.

Conselho Nacional de Saude (Brasil). Resolucao nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diario Oficial da Uniao 13 jun 2013 [cited 2017 Ago 6]; Secao 1. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

DAVIM, V. TORRES, D. DANTAS, F. A efetividade das estratégias não farmacológicas para alívio da dor das puérperas. USP. V. 43, N.3, 2009.

DINIZ CSG, D'Orsi E, DOMINGUES RMSM, TORRES JA, DIAS MAB, SCHNECKKA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. Cad Saude Publica. 2014;30 Supl 1:S140-53. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00127013> [Links]

Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: FPA; 2010 [citado 2016 fev 03]. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf> [Links]

GASPAR, M. A equipe de enfermagem e a comunicação com o paciente traqueostomizado. Curitiba: Rev. CEFAC. V.17, N.3, 2015.

JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 26, p. e3069, 2018.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014 .

MINAS GERAIS. Lei nº 23175 de 21 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. [Belo Horizonte]: LegisWeb, 2018. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=372848>. Acesso em: 21 jun. 2019.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa. 11. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.17, n.3, pp.621-626, 2015.

NASCIMENTEO; ET ALL. Conocimiento y vivencias de violencia obstetrica en mujeres que han vivido la experiencia del parto. V. 37, N.3, P. 36-39, 2019.

OLIVEIRA T. R. de et al. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica.

Revista Enfermagem UFPE On Line, Recife, v. 11, n. 1, p. 40-46, jan. 2017.

PÉREZ G., B. A.; OLIVEIRA, E. V.; LAGO, M. S. Percepções de puérperas vítimas de violência institucional durante o trabalho de parto e parto: revisão integrativa. Revista Enfermagem Contemporânea, Salvador, v. 4, n. 1, p. 66-77, jan./jun. 2010.

PEREIRA, R. M. et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3517-3524, nov. 2018.

ROECKER, S.; NUNES, A.; MARCON, S. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 22(1): 157-65, 2013.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209-220, mar. 2017.

VENEZUELA. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Publicada en Gaceta Oficial n° 38668 de 23 abr. 2007. Acesso em 02 de agosto, 2016, em <http://observatoriointernacional.com/?p=732>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: OMS, 2014.

ZANARDO, G. L. P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. Psicologia & Sociedade, Belo Horizonte, v. 29, p. e155043, 2017.