

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO - UEMA
CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE BALSAS - CESBA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

GEOVANA RACHEL FIGUEIRA COELHO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: percepção e atuação de enfermeiros no cotidiano da
maternidade**

BALSAS- MA
2022

GEOVANA RACHEL FIGUEIRA COELHO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: percepção e atuação de enfermeiros no cotidiano da
maternidade**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da
Universidade Estadual do Maranhão, para obtenção do
grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Esp. Jaiane de Melo Vilanova.

BALSAS-MA

2022

C672v

Coelho, Geovana Rachel Figueira

Violência obstétrica: percepção e atuação de enfermeiros no cotidiano da maternidade. / Geovana Rachel Figueira Coelho. – Balsas, 2022.

84f.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA / Balsas, 2022.

1. Violência Contra a Mulher. 2. Violência Obstétrica. 3. Assistência de Enfermagem. I. Título.

CDU: 343.6

GEOVANA RACHEL FIGUEIRA COELHO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: percepção e atuação de enfermeiros no cotidiano da
maternidade**

Monografia apresentada junto ao Curso de
Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão
– UEMA, para obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovação em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Esp. Jaiane de Melo Vilanova
Especialista em Docência do Ensino Superior
Universidade Estadual do Maranhão
(Orientadora)

Profa. Ma. Ana Maria Marques de Carvalho
Mestra em Enfermagem
Universidade Estadual do Maranhão
(1ª Examinadora)

Profa. Esp. Camila de Andrade Silva
Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva
Universidade Estadual do Maranhão
(2ª Examinadora)

Dedico este trabalho ao meu Deus, Senhor e Rei da minha vida, a força motriz do meu viver, que sempre esteve ao meu lado me fortalecendo e encorajando a transpor barreiras e persistir em busca dos meus sonhos. Àquele que é o meu refúgio e fortaleza, socorro bem presente na hora da angústia, onde encontro ânimo para prosseguir a caminhada. Somente a Ele seja a honra, a glória e o louvor eternamente!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus por sua misericórdia, graça e amor infinito, por jamais me deixar sozinha, por lutar e vencer as minhas guerras, por jamais me permitir desistir dos meus sonhos, por me encorajar em meio as adversidades, sempre guiando e protegendo os meus passos. Grandes coisas fez o Senhor, e por isso estou alegre, Ele jamais me desamparou! Serei eternamente grata por suas ricas e preciosas bênção sobre minha vida.

Aos meus pais, Nuria Figueira Coelho e Geovane de Sousa Coelho, e ao meu irmão Geovane de Sousa Coelho Júnior, minha família querida, por não medirem esforços ao investirem na construção dos meus princípios, formação de caráter, e minha carreira profissional, por acreditarem em mim e incentivarem a busca pelos meus objetivos, me impulsionando a vencer os desafios que outrora a vida me concedia ao longo dessa trajetória, tudo que sou hoje, devo a vocês. Agradeço infinitamente pelo cuidado e amor incondicional que sempre demonstraram por mim e por sempre me fazerem feliz! Eu amo vocês, essa vitória é nossa!

Ao meu amado esposo, Jedson Pereira Feitosa, por sempre estar ao meu lado, por me encorajar durante os momentos em que estive aflita e desanimada no decorrer da caminhada, por seus conselhos, cuidado, amor e paciência, por sonhar comigo os meus sonhos e por sempre acreditar em mim e se alegrar com as minhas vitórias. Essa conquista também é nossa!

À minha querida tia, Vânia Carvalho, por ter me acolhido em seu lar no início desta trajetória, obrigada pela hospitalidade, amor e amizade, por tornar mais fácil lidar com a distância de minha família e por ter sido uma verdadeira mãe para mim. Agradeço a Deus todos os dias por ter colocado você em minha vida, foi maravilhoso o tempo que passamos juntas, a você, os meus mais sinceros agradecimentos. Amo você!

Aos meus queridos amigos que os anos de graduação me proporcionaram, Fernanda Larisse, Rebeca Zuila, Dimily Kaelem, Natália de Carvalho, Maria Eugênia, Michele Melo, Elissama Santos, Aleane Alves e Maicon Tavares, a amizade de vocês foi essencial durante essa jornada, e não poderia deixar de agradecer-los por tamanho afeto e companheirismo, por estarem comigo e me permitirem desfrutar de momentos leves, descontraídos e especiais! Louvo a Deus por suas vidas! Amo vocês, obrigada por tudo!

A todos os meus professores, agradeço imensamente, por todos os ensinamentos compartilhados, pelo empenho, dedicação e conselhos, por todas as experiências profissionais vivenciadas que me ajudaram a tornar realidade este sonho tão desejado e especial.

Gratidão infinita a minha querida professora e orientadora especialista Jaiane de Melo Vilanova, pela confiança em mim depositada, por todo apoio, incentivo, palavras de ânimo que me encorajaram e tranquilizaram meu ser quando não me sentia capaz, bem como seus ensinamentos enriquecedores. Desde sua primeira aula eu já sabia que a escolheria para ser minha parceira nesta missão tão desafiadora. Extremamente competente, dedicada e que me prestou assistência com paciência e amor fraterno indescritíveis. A você professora, minha mais profunda gratidão, todo o meu carinho e admiração!

Agradeço a todos os profissionais enfermeiros das cinco macrorregiões brasileiras que participaram desta pesquisa, pela disponibilidade e contribuição com a minha formação.

À Universidade Estadual do Maranhão, pela oportunidade a mim concedida para a realização deste curso, pelo compromisso em garantir a qualidade do ensino prestado e pelo incentivo à pesquisa e extensão através das diversas atividades ofertadas pela academia. Agradeço a todo o corpo docente, à direção e administração dessa instituição tão renomada e prestigiada.

A quem não mencionei, mas que de forma direta ou indiretamente contribuiu com a minha jornada até aqui, eu ofereço os meus mais sinceros e profundos agradecimentos, pois certamente tiveram uma importante participação no cumprimento desta etapa em minha vida.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

RESUMO

A Violência Obstétrica é o termo utilizado para designar qualquer ato violento praticado por profissionais de saúde durante a assistência materno-infantil, que desrespeite os direitos e integridade física, mental, desejos e escolhas da mulher, seu filho e todos aqueles que com ela compartilham a experiência da maternidade e nascimento de uma nova vida. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem quali-quantitativa, no qual foram descritas e exploradas as percepções e condutas assistenciais implementadas por enfermeiros atuantes em maternidades nos Estados das cinco macrorregiões brasileiras, relacionadas à prevenção da Violência Obstétrica. O cenário desta investigação foram as maternidades localizadas em todo o Brasil, sendo a pesquisa realizada com profissionais enfermeiros atuantes em maternidades de cada macrorregião do país, no período de setembro de 2021 a janeiro de 2022, totalizando 31 participantes. No decorrer do estudo, foi possível demonstrar que os profissionais enfermeiros atuantes nas maternidades no Brasil predominantemente são do sexo feminino, com idade entre 18 e 49 anos, com média de 5 a 10 anos de formação, casados e/ou em união estável, atuantes na Região Nordeste. Quanto aos conhecimentos dos enfermeiros sobre Violência Obstétrica, a maioria possui compreensões diversificadas e ao mesmo tempo limitadas acerca do conceito apontando desde a violência verbal e física, a intervenções desnecessárias que desrespeitam os desejos e vontades da mulher não incluindo outras práticas em desuso como atos violentos. Em relação as percepções dos profissionais quanto ao uso do termo Violência Obstétrica, a classe considerou a nomenclatura adequada e pertinente para a definição de condutas inapropriadas como violações. Ademais, os profissionais afirmam realizar ações preventivas frente à problemática, no entanto, não mencionam a inclusão da família, a rede de apoio de muitas mulheres, como participantes de tais ações. No que se refere à conduta assistencial frente a situações de violência, os participantes mencionaram ter presenciado práticas impróprias manifestadas nas formas de comunicação verbal inadequada, realização de episiotomias, Manobras de Kristeller e cesarianas desnecessárias, e que até conseguem conversar com suas equipes diante do ocorrido, no entanto, ao levar a notícia a instâncias maiores, tal evento é encarado com indiferença, além de receber ameaças de ter a vida profissional comprometida, em contrapartida, os responsáveis pelas más condutas nada sofrem. Diante dos resultados encontrados neste estudo, observa-se a importância do combate à Violência Obstétrica, visto que o assunto demonstra ser uma triste realidade ainda existente no contexto assistencial nas maternidades brasileiras. Percebe-se ainda, diante das interpretações sob a ótica de enfermeiros, que a assistência obstétrica no Brasil apesar das tentativas de prevenir e/ou amenizá-la, ainda é frágil e limitada. Portanto, espera-se que tais informações contribuam com o enfrentamento e eliminação do problema, e incentivem a elaboração de políticas públicas e estratégias resolutivas no tocante ao cuidado à mulher que sofre Violência Obstétrica e a necessidade de despertar nos profissionais enfermeiros uma visão ampliada sobre a criação de modos de cuidados mais éticos, singulares e humanos.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a Mulher; Violência Obstétrica; Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Obstetric Violence is the term used to designate any violent act practiced by health professionals during maternal and child care, which disrespects the rights and physical, mental integrity, desires and choices of the woman, her child and all those who share her experience of motherhood and birth of a new life. This is a descriptive-exploratory study with a qualitative-quantitative approach, in which the perceptions and care behaviors implemented by nurses working in maternity hospitals in the states of the five Brazilian macro-regions, related to the prevention of Obstetric Violence, were described and explored. The scenario of this investigation was the maternity hospitals located throughout Brazil, and the research was carried out with professional nurses working in maternity hospitals in each macro-region of the country, from September 2021 to January 2022, totaling 31 participants. During the study, it was possible to demonstrate that the nurses working in maternity hospitals in Brazil are predominantly female, aged between 18 and 49 years, with an average of 5 to 10 years of training, married and/or in a stable relationship, working in the Northeast Region. As for the knowledge of nurses about Obstetric Violence, most have diverse and at the same time limited understandings of the concept, ranging from verbal and physical violence to unnecessary interventions that disrespect the desires and wishes of women, not including other practices in disuse such as violent acts. Regarding the professionals' perceptions regarding the use of the term Obstetric Violence, the class considered the nomenclature adequate and relevant for the definition of inappropriate conduct as violations. In addition, professionals claim to carry out preventive actions against the problem, however, they do not mention the inclusion of the family, the support network of many women, as participants in such actions. With regard to care behavior in the face of situations of violence, the participants mentioned having witnessed inappropriate practices manifested in the forms of inadequate verbal communication, performing episiotomies, Kristeller's Maneuvers and unnecessary cesarean sections, and that they even managed to talk to their teams in the face of what had happened. , however, when taking the news to higher levels, such an event is viewed with indifference, in addition to receiving threats of having their professional life compromised, on the other hand, those responsible for the misconduct suffer nothing. In view of the results found in this study, the importance of combating Obstetric Violence is observed, since the subject proves to be a sad reality that still exists in the care context in Brazilian maternity hospitals. It is also clear, in view of the interpretations from the perspective of nurses, that obstetric care in Brazil, despite attempts to prevent and/or alleviate it, is still fragile and limited. Therefore, it is expected that such information will contribute to the confrontation and elimination of the problem, and encourage the development of public policies and resolute strategies regarding the care of women who suffer Obstetric Violence and the need to awaken in nurses a broader view of the creation of more ethical, unique and humane modes of care.

KEY WORDS: Violence Against Women; Obstetric Violence; Nursing Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CESC – Centro de Estudos Superiores de Caxias

CNDH – Conselho Nacional dos Direitos Humanos

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CO/PPP – Centro Obstétrico/ Pré-parto, Parto e Pós-parto

COVID-19 – Coronavírus Disease 2019

CRMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

CRMERS – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul

CRMESC – Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

I CNPM – I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHPN – Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento

PNPM – Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

PPGAR – Programa de Prevenção a Gravidez de Alto Risco

PSMI – Programa de Saúde Materno-Infantil

RN – Recém-nascido

SARS-CoV-2 – Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave

SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUS – Sistema Único de Saúde

SPM/PR – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UEMA – Universidade Estadual do Maranhão

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

VO – Violência Obstétrica

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa conforme dados sociodemográficos. Balsas - MA, 2022. **37**

TABELA 2 – Distribuição dos participantes da pesquisa conforme as características profissionais. Balsas - MA, 2022. **40**

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	Violência contra a Mulher: aspectos históricos conceituais	17
2.2	As Políticas Públicas na atenção à Saúde da Mulher	19
2.3	Violência Obstétrica	22
2.4	Assistência de Enfermagem na prevenção da violência obstétrica	26
2.5	A pandemia da COVID-19 e suas repercussões no cuidado materno-infantil	28
3	METODOLOGIA	32
3.1	Tipo de Estudo	32
3.2	Cenário da Investigação	33
3.3	Participantes da Pesquisa	33
3.4	Instrumentos, Procedimentos e Período de Coleta de Dados	33
3.5	Organização e Análise dos Dados	34
3.6	Aspectos Ético-legais	35
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	37
4.1	Caracterização dos participantes da pesquisa	37
4.2	Dados referentes aos depoimentos escritos dos participantes da pesquisa	42
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O termo violência deriva-se do latim *violentia*, que por sua vez deriva do prefixo *vis* e significa força, vigor, potência ou impulso. Portanto, trata-se de qualquer comportamento que resulte em alguma forma de ruptura da integridade física, psíquica, sexual ou moral da vítima. Todo tipo de violência é uma violação dos direitos essenciais do ser humano, sendo reconhecida como um grave problema de saúde pública, devido à sua alta incidência e consequências que causam à saúde das pessoas que a sofrem. Seus danos incluem incapacitação, depressão, problemas de saúde, entre outros, podendo ocorrer em qualquer fase da vida, nos âmbitos profissional, religioso, cultural e/ou comunitário (SAFFIOTI, 2015; OMS, 2015).

A Violência contra a Mulher é definida pela diretriz da Organização Mundial da Saúde (2015) como qualquer ato de violência baseado em gênero que resulte ou tenha probabilidade de resultar em dano físico, sexual ou mental, ou que possa causar sofrimento à mulher. Fatores sociodemográficos, comportamentais, experiências de vida ou pessoal, podem tornar as mulheres mais vulneráveis a estas situações. Os principais tipos de violência contra a mulher são: violência de gênero, violência intrafamiliar, violência doméstica, violência física, violência psicológica, violência econômica/financeira, violência sexual e a violência obstétrica (LEITE *et al.*, 2017).

A Violência Obstétrica (VO) é o termo utilizado para designar qualquer ato de violência direcionado à mulher grávida, em processo de abortamento, parturiente ou puérpera, ao seu bebê ou familiares, praticado por profissionais de saúde durante a assistência, que desrespeite à sua integridade física, mental, aos seus sentimentos, opiniões e escolhas. Manifesta-se, principalmente, pelas imposições dos profissionais sobre a mulher, estando associada a práticas assistenciais obsoletas, concentrando-se em grande parte na população de menor renda, afetando as mulheres de diferentes formas, o que pode ser um reflexo dos erros cometidos durante o atendimento ofertado no parto e nascimento (NUDEM, 2020; ESTUMANO *et al.*, 2017; LANSKY *et al.*, 2019).

Demora em iniciar a assistência, negligência no cuidado, recusa na administração de analgesia, maus tratos (físicos, verbais e/ou psicológicos), desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas, realização de procedimentos não consentidos, entre outros, são exemplos de violência obstétrica. Muitas mulheres acreditam que o parto é um processo sofrido e em decorrência disto, não são surpreendidas ao vivenciarem alguma experiência ruim, ou seja, muitas delas não sabem que o parto pode ser algo prazeroso e acabam naturalizando tais

práticas. Destaca-se então, a necessidade da abordagem dos direitos das mulheres durante todo seu ciclo gravídico-puerperal, para que as mesmas se mantenham informadas, e reconheçam seu protagonismo nesse processo (BOHREN *et al.*, 2014; NUDEM, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2019).

O parto representa um momento de fragilidade para mulher, que vivencia sintomas e sentimentos, principalmente associados a dor e ansiedade, o que pode resultar em uma percepção negativa na experiência do parto. A assistência prestada por profissionais de saúde pode modificar ou amenizar as situações negativas ocorridas durante esse processo. Nesse contexto, a assistência humanizada respeita a autonomia, a história, a identidade e a família da mulher, suprimindo suas expectativas, gerando segurança, confiança e afeto, contribuindo assim, para um cuidado qualificado. Portanto, quando se tem a disponibilidade de auxílio, preocupação e ajuda dos profissionais, as puérperas passam a considerar positivamente esta experiência. Uma comunicação efetiva com a cliente torna possível a construção de uma relação terapêutica e uma condução de trabalho de parto resolutiva e menos intervencionista (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR; GIOTTO, 2019; SANTOS *et al.*, 2015; SANTOS; MELO; CRUZ, 2015).

Levando em consideração os fatos supracitados, o interesse de realizar este estudo emergiu da observação do atendimento às gestantes em uma maternidade pública do Sul do Maranhão, onde percebeu-se que a violência obstétrica é praticada de forma corriqueira, quase imperceptível pelo fato de estar tão presente no cotidiano assistencial. A partir de tal experiência, surgiu uma inquietação por parte de uma das pesquisadoras e a necessidade de conhecer mais profundamente a questão, o que suscitou na elaboração desta pesquisa sobre o referido tema.

A Violência Obstétrica representa um assunto complexo e de grande importância em saúde, e influencia a percepção e a cultura a respeito do parto pela sociedade. A prevenção e a superação desta forma de violência demandam dedicação e envolvimento de todos os que fazem parte da assistência, exigindo entusiasmo para a inclusão de novas abordagens, e melhores evidências que garantam segurança aos pacientes, promovendo seus direitos através de práticas humanizadas de saúde, diminuindo assim os métodos desnecessariamente invasivos (DINIZ *et al.*, 2015; SILVA, R., *et al.*, 2021).

Os protocolos adotados nas maternidades preconizam condutas a serem tomadas pelos profissionais de saúde que muitas vezes ao serem seguidas na assistência ao parto podem refletir em uma atuação mecanizada, através de uma série de intervenções desnecessárias, e consequentemente ocasionando violações físicas à mulher, decorrentes de procedimentos

invasivos que objetivam a aceleração do parto, não levando em consideração a fisiologia e individualidade que cada organismo possui, nem mesmo o prazo adequado de nascer conhecido somente pelo nascituro, resultando assim, na Violência Obstétrica. Neste âmbito, a implementação das boas práticas assistenciais durante o parto contribui significativamente com a diminuição da mortalidade materno-fetal, considerando que o corpo da mulher está apto para dar à luz, e, geralmente, não necessita da utilização de procedimentos invasivos e desrespeitosos (MARTINS *et al.*, 2019; OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA, 2020).

Destaca-se que muitos são os desafios que ainda precisam ser superados para a conquista de uma assistência humanizada. Portanto, existe a necessidade de modificar o acesso ao direito reprodutivo básico e implementar estratégias que garantam segurança e atendimento qualificado, aumentando a satisfação das usuárias, nas maternidades e hospitais (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR; GIOTTO, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Nesse contexto, tendo em vista que a vivência da gestação, parto e pós-parto representam períodos de experiências significativas que podem perdurar por toda a vida das mulheres que a vivenciam, as ações propostas neste trabalho apoiaram-se na seguinte questão norteadora: qual o conhecimento e prática dos profissionais enfermeiros que atuam em maternidade sobre violência obstétrica?

A respeito disto, acredita-se que o conhecimento limitado dos profissionais enfermeiros que atuam em maternidades sobre Violência Obstétrica é um determinante para a ocorrência de violações aos direitos das mulheres que buscam atendimento nessas instituições. Este fator contribui com a prestação de uma assistência que desfavorece a prevenção da violência obstétrica, não reconhece o protagonismo da mulher e não identifica determinadas práticas como uma violação.

Nesse sentido, essa pesquisa objetivou investigar o conhecimento e prática dos profissionais enfermeiros que atuam em maternidade frente à violência obstétrica. Para tanto, buscou-se identificar o perfil sociodemográfico e profissional de enfermeiros que trabalham em maternidade; compreender a percepção de enfermeiros quanto ao termo violência obstétrica; conhecer a prática profissional de enfermeiros no acompanhamento às mulheres, no tocante a prevenção da violência obstétrica e verificar a conduta de enfermeiros diante de casos de violência obstétrica. Logo, com vista a alcançar os objetivos propostos, realizou-se uma pesquisa de campo do tipo descritiva-exploratória de abordagem quali-quantitativa cujo objeto do estudo foram 31 profissionais enfermeiros atuantes em maternidade nos Estados das cinco macrorregiões brasileiras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Violência contra a Mulher: aspectos históricos e conceituais

Historicamente, a Violência de Gênero, também entendida como Violência contra a Mulher, surgiu a partir de avanços e recuos, estando relacionada às diferenças socioculturais e relações de poder entre homens e mulheres. Nos últimos anos o tema passou a ter maior visibilidade na atenção à saúde e a ter mais influência na criação de políticas de intervenção e iniciativas sociais no âmbito nacional e internacional visto que as vítimas apresentam maior vulnerabilidade social, estresse pós-traumático, depressão, podendo evoluir até para casos de suicídio (OMS, 2015; MARQUES, 2020; DE ALMEIDA; MELO, 2017).

A Violência contra a Mulher representa uma ofensa aos direitos humanos visando a privação da liberdade e igualdade feminina, na qual as mulheres passam a ter seus direitos de ir, vir e pensar contidos pelo poder e querer de outra pessoa, impedindo-as de exercer sua autonomia e liberdade, que são direitos pertencentes a qualquer pessoa. Desse modo, a violência não se trata de algo natural do ser humano, mas de um processo socioeducacional aplicado ao longo de sua evolução (ESSY, 2017).

Na década de 1990, a constituição de uma agenda pública internacional de combate à violência contra a mulher foi impulsionada por uma série de ações, através de conferências e reuniões mundiais, objetivando a elaboração de instrumentos e a implementação de medidas visando a prevenção, a proibição e a erradicação da violência contra as mulheres. Essas ações abordaram áreas como trabalho, saúde, educação, direitos civis e políticos, estereótipos sexuais, prostituição e família, prevendo possibilidades de atuações positivas nessas áreas (LIMA *et al.*, 2016).

Em 1993 a Violência contra a Mulher foi reconhecida internacionalmente como uma violação dos direitos essenciais do ser humano, durante a Conferência Mundial dos Direitos Humanos realizada em Viena (Áustria), sendo considerada como um empecilho ao desenvolvimento, à paz, e aos ideais de igualdade entre as pessoas, e foi promulgada em 1994, pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, ocorrida no Brasil, em Belém do Pará (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015).

No Brasil, uma lei foi sancionada e publicada em 2006, com a finalidade de proibir, prevenir e combater a violência contra a mulher, a fim de que o país cumprisse com os compromissos internacionais admitidos. A Lei 11.340/2006, também conhecida como Lei Maria da Penha, representou um grande avanço legislativo em benefício às mulheres. Apesar

disso, mesmo sendo protegidas legislativamente, devido ao medo, muitas mulheres não realizam as denúncias das violências sofridas e são comumente julgadas pela sociedade por não o fazer. Além disso, existem falhas nos serviços responsáveis pelos registros de casos, dificultando a prevenção e o combate efetivo desse tipo de violência (LIMA; ARAÚJO, 2017; DE ALMEIDA; MELO, 2017).

Na Lei n. 11.340/2006, estão previstos cinco tipos de violência contra a mulher: física, psicológica, moral, sexual e patrimonial. A primeira, é entendida como qualquer conduta que possa causar dano a integridade ou à saúde da mulher. A psicológica, é aquela que causa danos emocionais, diminuição da autoestima, prejudique, degrade ou controle as ações, comportamentos, crenças e decisões da mulher. A violência sexual, é aquela que constrange a mulher a participar ou manter uma relação sexual não consentida por meio de força, ameaça e intimidação. A patrimonial, é qualquer ato que retenha, subtraia, destrua parcial ou total qualquer bem da mulher. E última, a moral, consistindo em qualquer conduta que represente calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

Segundo uma pesquisa de vitimização produzida pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública em parceria com o Instituto Datafolha, em 2019, apenas 10,3% das mulheres afirmaram terem sofrido algum tipo de violência e terem procurado uma delegacia da mulher entre 2018 e 2019; cerca de 8% procuraram uma delegacia de polícia comum e 52% não tomaram nenhuma atitude diante de tal situação. A pesquisa ainda mostrou que a maioria das mulheres vitimizadas eram jovens entre 16 e 24 anos, e cerca de 66% delas haviam sofrido algum tipo de assédio (FBSP, 2019).

Logo, é percebido a dimensão e a complexidade que envolve o fenômeno da violência contra a mulher, não sendo diferente em uma das experiências mais singulares de suas vidas, o parto e o nascimento de um filho. Durante a assistência ao parto, é comum mulheres vivenciarem situações desagradáveis e violentas. Estas situações podem gerar transtornos, decepções e traumas. A denominada violência obstétrica, é um tipo de violência de gênero, e as desigualdades de gênero também se fazem presentes no momento do parto, o que representa um alerta de que à medida que a qualidade da assistência afeta a experiência das mulheres de dar à luz um filho, a atenção prestada pelos serviços de saúde pode vir a ter um comprometimento na sua credibilidade (ALVES, 2017; BOHREN *et al.*, 2014).

As políticas públicas de proteção aos direitos das mulheres vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos, em especial com o aprimoramento da legislação e de normas e princípios para o enfrentamento da violência contra a mulher. No Brasil, o Ministério da Saúde vem

estimulando a implementação de políticas que incentivam o parto humanizado, como a Estratégia Rede Cegonha, a Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PNHPN) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), contendo diretrizes de boas práticas na assistência ao pré-natal, parto e nascimento, com o objetivo de que esse momento importante seja uma escolha informatizada e segura para a mulher (PINTO *et al.*, 2017; NUDEM; 2020).

2.2 As Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher

Ao longo da história, a atenção à saúde da mulher e o direito de tomar decisões sobre o seu próprio corpo (considerado apenas como um instrumento de satisfação sexual e reprodução), foram negligenciados não havendo nenhuma política pública em defesa deste segmento. Com a chegada dos ideais feministas, foi sendo exigido a existência de um olhar mais cuidadoso em relação à saúde feminina, assim, os centros de cuidado à mulher voltaram-se aos cuidados no âmbito obstétrico-puerperal, porém, objetivando apenas o controle do índice de natalidade e crescimento demográfico, sendo considerado pelos governantes como um fator de aumento da pobreza e das demais questões sociais (COSTA *et al.*, 2019).

Ainda segundo Costa *et al.* (2019), foram instituídas políticas que tinham como objetivo a contracepção da mulher e outros métodos de evitar o aumento de nascimentos, sendo elas: o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), em 1974, e o Programa de Prevenção a Gravidez de Alto Risco (PPGAR) em 1977. A primeira buscava proteger a mulher durante todo o período gestacional e atender ao feto até certo tempo. A segunda, foi elaborada com o intuito de prevenir doenças, mas se limitava à prevenção somente dos riscos obstétricos e sexuais. Observa-se então, que os programas davam ênfase apenas na garantia da reprodução biológica das mulheres. No entanto, houve várias cobranças políticas e movimentos sociais feministas, de que os programas não abordassem apenas o cuidado obstétrico-puerperal, mas também atendessem de forma integral as demais questões de saúde das mulheres.

Visando promover uma relação entre o governo e os movimentos feministas para a prevenção e recuperação da saúde da mulher, em todas as fases de sua vida, o Ministério da Saúde lançou uma proposta que atendia a todas as necessidades de saúde das mulheres, criando em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), representando de forma inovadora, um avanço em saúde sobre a atenção ao público feminino. O programa incluía ações educativas, preventivas, diagnósticas, de tratamento e recuperação, englobando assistências em clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em

planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo uterino e de mama, além de outras necessidades (BRASIL, 1984).

Em 2004, foi realizada a I Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres (I CNPM), e o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), contendo princípios, diretrizes e planos de ações, objetivando a implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo eles, a universalidade, integralidade e a equidade, conforme a Lei n. 8080/1990, onde a assistência deve aplicar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, considerando as dimensões biopsicossociais, e de forma continuada, interligar todos os níveis de complexidade do SUS, enfatizando assim, a promoção à saúde e ampliando as possibilidades de ações propostas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005a; BRASIL, 1990).

A implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, foi precedida pela criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) no ano de 2003, tendo como alvo o regimento, a formulação, coordenação e articulação de políticas que promovessem a igualdade entre mulheres e homens. Assim, o Governo Federal buscando promover as mudanças necessárias para a melhoria da oferta em saúde, realizou em 2004 a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), o que significou um novo tempo de afirmação dos direitos das mulheres. Ademais, nessa ocasião iniciou-se a institucionalização do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) (BRASIL, 2005b).

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres foi criado objetivando o enfrentamento das desigualdades entre mulheres e homens ao reconhecer o papel imprescindível do Estado, através de ações e políticas públicas, atuando no combate a estas desigualdades sociais baseando-se nas áreas de atuação consideradas as mais importantes, sendo elas: Autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; Educação inclusiva e não sexista; Saúde das mulheres, direitos reprodutivos e sexuais, e Enfrentamento a violência contra a mulher (BRASIL, 2005c).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher teve suas diretrizes reafirmadas em 2009, estando fundamentada nos princípios da humanização e na qualidade da atenção à saúde, a fim de que suas ações tivessem resolutividade e fortalecimento da capacidade das mulheres em identificar as suas questões, reconhecer e reivindicar seus direitos e promover o autocuidado. Em relação à humanização da assistência, cabe enfatizar que no ano 2000, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

(PHPN), que visa a redução das altas taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal, através de uma assistência de qualidade que priorizasse o resgate da dignidade e das práticas naturais durante o momento do parto (BEZERRA, 2016; BRASIL, 2016; BRASIL, 2002).

Três anos após a criação do Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento surgiu a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, reforçando assim a proposta da melhoria do atendimento em todos os níveis de atenção à saúde, ajudando no aperfeiçoamento da qualidade da atenção e da gestão dos serviços de saúde. Uma vez que, a humanização resulta de um processo ativo, a partir das necessidades da coletividade, a gestão tem a responsabilidade de desenvolver e implementar ações que a humanizem (BRASIL, 2004; CAMPOS; SILVA; SOUZA, 2015).

Em 2011, foi criada a Rede Cegonha, lançada pelo Ministério da Saúde, sendo composta por um conjunto de medidas a fim de garantir a todas as mulheres brasileiras, o atendimento de qualidade, seguro e humanizado, desde o planejamento familiar, e a descoberta da gravidez, passando pelo pré-natal, parto e pós-parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê. A rede contou com recursos aplicados na construção de uma série de cuidados primários à mulher e à criança, fazendo com que as gestantes tomassem as unidades básicas de saúde como referência, mantendo-as informadas, antecipadamente, onde iriam dar à luz, além do recebimento de auxílios de transporte, como vale-transporte e vale-táxi (BRASIL, 2011).

Vale ressaltar, que uma das características determinantes à vinculação da gestante ao pré-natal é a atenção acolhedora e capacitada dos profissionais de saúde. A assistência no pré-natal inclui a avaliação das condições socioeconômicas e de saúde que influenciam a gravidez, devendo assegurar a gestante o acesso a informações, recursos, cuidados e benefícios à mulher e ao bebê, de forma a proporcionar uma gestação segura e informatizada. Todas essas atuações vão além dos procedimentos e exames específicos realizados durante o pré-natal. Incluem também o respeito à autonomia e ao protagonismo da mulher na tomada de decisões e condutas a serem feitas, e a segurança de encaminhamentos para serviços de referência caso haja intercorrências durante o pré-natal, parto e/ou puerpério (ARAÚJO; CAMPOS, 2020).

O parto é um momento que pode provocar intensas mudanças na parturiente, recém-nascido e família, podendo ser positivas ou negativas. Esta ocasião deve possibilitar experiências emocionais, físicas e espirituais que levem a mulher a superar dores e inseguranças que podem lhe acometer durante esse evento singular. Dessa maneira, têm crescido os movimentos que buscam devolver à dignidade da mulher no momento do parto, com a reafirmação do protagonismo e autonomia da gestante, incentivando o parto humanizado, além

de pesquisas e repúdio quanto às práticas que desrespeitem esse momento, em especial as violências obstétricas (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015; ARAÚJO; CAMPOS, 2020).

Percebe-se que anteriormente o foco das políticas públicas de saúde era a diminuição das taxas de mortalidade infantil, não havendo enfoque direto na saúde da mulher, mas sim do bebê. A partir das mudanças nas políticas públicas voltadas à atenção da saúde da mulher ao longo das décadas demonstram a mudança da visão fragmentada do gênero como reprodução e com enfoque biomédico, para a percepção da necessidade de assistir a mulher de forma holística, com foco na humanização do cuidado, possibilitando uma atenção integral à saúde da mulher e da criança. Porém, apesar da evolução nas políticas públicas, ainda se faz necessário garantir, por meio de normas/leis e decretos, a continuidade de melhorias assistenciais, através de ações que promovam e previnam à saúde (SARAIVA, 2017).

2.3 Violência Obstétrica

O uso do termo “Violência Obstétrica” (grifo nosso), foi reconhecido por lei na Venezuela desde 2007, sendo considerado como um tipo de violência contra a mulher decorrente de situações em ambiente hospitalar no momento do parto. O mesmo foi autorizado no meio acadêmico pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio, no editorial do *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, em 2010, e desde então vem ganhando força dentro dos movimentos sociais que se preocupam com as violências exercidas contra mulheres e lutam pela humanização da assistência materno-infantil (SMOLENTZOV; MOTERANI, 2017).

A Venezuela foi o primeiro país a reconhecer a violência obstétrica como forma de violência contra a mulher em legislação nacional. Posteriormente, outros países, como a Argentina, por exemplo, também a reconheceram como uma forma de violência, porém não a criminalizaram, bem como a lei venezuelana (PICKLES, 2015).

Na Lei n. 38.668/2007, condutas como não atender de forma oportuna e eficaz as urgências obstétricas; obrigar a mulher a dar à luz em posição horizontal, mesmo havendo outros meios acessíveis na posição vertical; impor limites ao contato inicial do bebê com a sua mãe, negando à mulher a oportunidade de segurar e/ou amamentar seu filho após o nascimento, sem causas médicas justificáveis; modificar o processo natural do parto, através de técnicas que o acelerem, sem consentimento expresso e/ou informado pela mulher e a realização de parto cesariano, mesmo havendo condições para a ocorrência de parto normal, sem que haja

consentimento por parte da parturiente, são consideradas como formas de violência obstétrica (VENEZUELA, 2007).

No Brasil, o termo foi reconhecido em 2019 pelo Ministério da Saúde, após uma recomendação do Ministério Público, e desde então, vem sendo utilizado como forma de substituição do termo violência no parto, tendo em vista que a sua abrangência não diz respeito apenas aos profissionais de saúde, mas também com as entidades públicas, privadas e/ou qualquer sociedade civil. No entanto, ainda não há uma legislação específica, para a violência obstétrica, mas é regulada de forma indireta pelo judiciário, que se ampara em legislações vigentes, pela Constituição Federal de 1988 (LOPES, 2020).

Recentemente, o assunto “Violência Obstétrica” (grifo nosso) teve uma considerável visibilidade, porém de maneira inesperada. No dia 03 de maio de 2019, o Ministério da Saúde a pedido da entidade médica, fez seu posicionamento em relação ao uso do termo violência obstétrica através do Despacho nº 90876021, afirmando que tal expressão não agregava valor e, portanto, estratégias estariam sendo fortalecidas para a abolição do seu uso. Este posicionamento, gerou discordâncias entre os profissionais de saúde e contrariou a decisão da Organização Mundial da Saúde, os direitos das mulheres e os movimentos a favor da humanização no parto (BRASIL, 2019a).

Em resposta a isso, o Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH) no uso de suas atribuições posicionou-se em relação ao Despacho através de uma Recomendação publicada no Diário Oficial da União. A Recomendação nº 5, de 09 de junho de 2019, desconsiderou o Despacho, afirmando que o mesmo representava um retrocesso nas políticas públicas de saúde da mulher e saúde materna (BRASIL, 2019b).

A Constituição Federal (1988) prevê os direitos fundamentais da pessoa humana, bem como o tratamento igualitário entre homens e mulheres, esta, também revela que ninguém pode ser submetido a tratamento desumano ou ofensivo. Ademais, o direito ao acesso à saúde, encontra-se no artigo 196, o qual dispõe:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso de forma universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988, p. 118).

É importante enfatizar que a Violência Obstétrica vem vitimizando mulheres desde a antiguidade, caracterizando-se como qualquer tipo de violência que ocorra durante o período gestacional, parto e/ ou puerpério, seja no pré-natal, no trabalho de parto, no parto ou pós-parto,

representando qualquer ato praticado por profissionais de saúde que desumanize a assistência à gestante, em forma de abusos de procedimentos invasivos, medicalização, maus tratos de natureza física psíquica e/ou verbal, gerando a perda da autonomia e poder decisivo sobre seus corpos, interferindo negativamente na qualidade de vida das mulheres (MARTINS *et al.*, 2019).

As atitudes discriminatórias e desumanas estão frequentemente presentes na assistência ao parto, seja na rede pública, seja na rede privada, dessa forma, a violência obstétrica está relacionada com a morbimortalidade materna, associada ao manejo agressivo no parto vaginal, excesso de intervenções invasivas e danosas, negligência em atender mulheres que expressam seus sentimentos, como choro e/ou gritos, e até mesmo no impedimento da presença de um acompanhante (DINIZ *et al.*, 2015).

Ao longo da história, o parto era associado ao conhecimento transmitido entre mulheres a respeito de todo o processo reprodutivo, onde as parteiras ou familiares acompanhavam o período gestacional e o trabalho de parto, com acolhimento pessoal, em que compartilhavam suas dolorosas experiências das quais apenas outras mulheres diziam ter conhecimento. O trabalho das parteiras, que auxiliavam no parto, dando consolo e amparo às mulheres, era fruto de uma prática solidária e empírica, que ressaltava as emoções e fisiologia dos acontecimentos, sem interferências da ciência médica (ALVARENGA; KALIL, 2016; ARAUJO, 2017).

Após a II Guerra Mundial, se fez necessário a institucionalização do parto, a fim de se obter a diminuição dos índices de mortalidade materna e neonatal, a segurança das mulheres em relação ao nascimento tornou-se imprescindível para a sociedade médica. Entretanto, esse modelo de diminuição de riscos invalidou o direito de escolha e a participação ativa das mulheres durante o próprio processo de partear. Este modelo associa-se diretamente à expansão de diversas tecnologias que são, muito bem aceitas e utilizadas. Assim, as mulheres acabam estando sujeitas ao modelo predominante sem questionamentos, sendo prevalentes as rotinas hospitalares rígidas, as quais são impostas e aceitas de forma silenciosa (BARASUOL, 2017).

Há registros da violência contra as mulheres na hora do parto desde os anos 50 quando as mesmas eram submetidas a uma associação de morfina com escopolamina, denominada sono crepuscular. Tais substâncias combinadas produziam um profundo efeito sedativo, às vezes, vinha acompanhada de alucinações e agitados psicomotores. Assim, os profissionais continham os pés e as mãos das parturientes a fim de evitar que caíssem dos leitos, gerando hematomas em seus membros. Há também apontamentos acerca do uso rotineiro do fórceps em mulheres desacordadas (ANDRADE *et al.*, 2016).

O modelo obstétrico neonatal predominante no Brasil é o modelo biomédico, este que trata o nascimento como um problema médico e que considera a gestação como uma patologia, em que a mulher se torna uma máquina incapacitada de tomar decisões sobre o próprio corpo. Contudo, um novo modelo obstétrico nasce em conjunto com a criação do Sistema Único de Saúde, ao implementar na saúde sexual e reprodutiva os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e a participação social, tornando a atenção ao nascimento um evento biopsicossocial (ANDRADE; LIMA, 2014).

Em 2019, uma pesquisa realizada em São Paulo acerca dos principais tipos de violências obstétricas sofridas pelas parturientes, demonstrou que o desrespeito, o preconceito, a manobra de Kristeller, o uso de ocitocina para a aceleração do trabalho de parto, a episiotomia de rotina e a cesárea sem indicação clínica, foram as principais formas encontradas. Além destas, os resultados mais aprofundados mostraram que na maioria dos casos, procedimentos como a tricotomia e a episiotomia foram os mais realizados. Compreende-se então, que esses e outros procedimentos representam a medicalização do cuidado, transformando o nascimento, considerado um evento natural e fisiológico, em um evento médico que muitas vezes oferece maiores riscos para as mulheres (NERY, 2019; NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015).

No Brasil, uma das características da Violência Obstétrica são as altas taxas de cesarianas e a baixa qualidade nos serviços de assistência ao parto, tanto na rede pública quanto na rede suplementar de saúde. A falta de informações das mulheres faz com que estas escolham a cesárea como o melhor modelo de parto, tornando-se assim um modelo influenciador para a comodidade do profissional de saúde e da mulher, que não deseja sentir as dores das contrações. Dessa maneira, a violência torna-se naturalizada no momento do nascer com a institucionalização das práticas de saúde e rotinas hospitalares em nome de um atendimento idealizado, o que implica algumas vezes em atos agressivos e discriminatórios (OLIVEIRA, 2017; VIEIRA, 2016; BARASUOL, 2017).

Nessa perspectiva, a Violência Obstétrica, pode ser entendida como uma forma de violência institucional derivada de práticas inadequadas durante o processo de cuidar e das relações entre profissionais de saúde e pacientes muitas vezes limitadas pela falta de comunicação e do uso inadequado de tecnologias. Neste sentido, o reconhecimento da humanização do parto como direito fundamental na atenção às mulheres, incluindo a sensibilidade durante o nascimento de seus filhos, o respeito ao seu corpo, às suas crenças, espiritualidade e individualidades são ferramentas cruciais para a mudança desse cenário, a fim

de garantir o exercício da maternidade com confiança, segurança e bem-estar (CUNHA, 2015; SILVA, R., *et al.*, 2021).

2.4 Assistência de Enfermagem na prevenção da violência obstétrica

A humanização do parto engloba muito mais que um ambiente confortável, refere-se também a uma série de cuidados que vão desde o pré-natal até o momento do parto, além de orientações sobre o pós-parto, com o objetivo de proporcionar à parturiente, satisfação, autonomia e segurança. A mulher deve ter suas vontades atendidas conforme as suas necessidades e possibilidades, com o auxílio dos profissionais de saúde, entre eles enfermeiros habilitados, preparando adequadamente a gestante para o momento do parto, a fim de que o mesmo ocorra de forma saudável e tranquila (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

O cuidado de Enfermagem ofertado às gestantes no momento do parto contribui para que as mesmas se sintam confortáveis e participem ativamente do momento do nascimento, visto que, para as parturientes o direito de ser protagonista do seu parto, de receber auxílio de forma humanizada configura-se como uma necessidade durante a assistência prestada. Dessa forma, é dever do profissional acolher em qualquer instância estas mulheres de forma digna e integralizada, ofertando cuidados a fim de prevenir possíveis complicações, proporcionando conforto físico e emocional (NASCIMENTO; SILVA; VIANA, 2018; STREFLING *et al.*, 2017).

A atuação da Enfermagem é considerada de grande importância para uma assistência puerperal de qualidade, demandando por parte da equipe profissional, uma escuta e acolhimento dos saberes empíricos presentes na população, possibilitando interações e trocas de conhecimentos. Para isso, é necessário que a mesma esteja atenta as singularidades culturais de cada mulher, tendo em vista que os fatores culturais interferem de forma direta nos processos saúde e doença. Dessa maneira, o profissional enfermeiro exerce um papel primordial em todo o processo gestacional e parto, pois é ele quem estabelece um maior vínculo com a mulher e seus familiares (STREFLING *et al.*, 2017).

A atenção ao parto é desafiadora e deve ser enfrentada por todos os profissionais de saúde e gestores que fazem parte desse acontecimento, portanto, existe a premência de o processo de nascimento ser compreendido como algo inerente à natureza humana, que engloba sentimentos, anseios e medos. Não existe possibilidade de se assistir à mulher e ao seu bebê agindo de forma insensível e mecanicista. O objetivo fundamental da assistência ao parto é

garantir que à mulher e seu filho tenham um parto saudável e livre de qualquer agravo. Nesse contexto, o enfermeiro deve proporcionar um atendimento educativo, a realização de boas práticas nas condutas hospitalares, assegurando os direitos básicos da autonomia feminina no momento do parto (BRASIL, 2014; PEREIRA *et al.*, 2018).

Ao promover as boas práticas obstétricas visando prevenir a violência obstétrica, a Enfermagem tem o dever de fornecer informações para a paciente sobre quais procedimentos podem auxiliá-la durante o parto de maneira que a mesma entenda claramente; evitar procedimentos invasivos e dolorosos que representem riscos, exceto em situações onde haja indicações; buscar ouvir a paciente e trabalhar em conjunto com a equipe, garantindo um tratamento longe de humilhações; promover à mulher o direito de escolher qual será o seu acompanhante no pré-natal e parto; assegurar o acesso ao leito e uma assistência baseada na equidade; instruir a mulher sobre os direitos maternos e reprodutivos; investir em si mesmo, para satisfazer-se profissionalmente e permanecer em constante atualização (ISMAEL *et al.*, 2020).

Ademais, a equipe de enfermagem deve indagar a parturiente quanto a presença de dúvidas, preocupações e medos a respeito do parto e informá-la sobre os sinais e sintomas presentes nas fases do trabalho de parto e como amenizá-los, devendo ainda, debater sobre o plano de aleitamento materno ou artificial, especialmente para as mães que possuem o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), além de aconselhá-las para que consigam dar o melhor para si e seu bebê, mas sempre buscando atender os critérios de acesso, viabilidade, segurança nutricional e sustentabilidade; oportunizando uma assistência qualificada e esclarecedora no que diz respeito aos aspectos físicos, éticos e legais do processo de parturição (TESSER *et al.*, 2015; OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA, 2020).

A cobertura de pré-natal no Brasil possui altos níveis, no entanto, o que se percebe é que as indagações respondidas durante as consultas não consistem nas instruções a respeito das escolhas das práticas benéficas a serem realizadas nas fases do parto, basicamente estão relacionadas apenas aos fatores de risco, sinais e sintomas presentes na gestação. Assim, a mudança no atendimento e na percepção acerca do parto natural e participação feminina em suas escolhas e tomada de decisões é crucial para a prevenção da violência obstétrica (OLIVEIRA; MERCES, 2017).

Enfatiza-se que a Enfermagem deve ofertar o planejamento do parto à gestante, através do plano de parto, demonstrando empatia no cuidado durante o período mais íntimo da mulher; identificar quais as necessidades da mulher e oportunizar escolhas através da educação em

saúde, podem ser medidas que tornem possível a modificação do cenário atual. Destaca-se ainda que os planos de parto surgiram a partir das reivindicações de mulheres que exigiam controle sobre seu próprio corpo na prática das crescentes intervenções e medicalização do parto (JARDIM; MODENA, 2018).

Portanto, o incentivo dos profissionais de saúde quanto ao atendimento humanizado, garante uma assistência que respeita e prioriza a segurança e bem-estar da mulher durante a gestação, parto e pós-parto e, para que isso ocorra efetivamente, o enfermeiro juntamente com toda a equipe deve saber identificar quais são os fatores de risco presentes na gestação e exercer um cuidado com o ambiente trazendo conforto e satisfação às mulheres, sempre trabalhando em harmonia de maneira holística, considerando o momento que a cliente está vivenciando, valorizando a sua essência, seus sentimentos e emoções (COSTA, 2019).

A atenção ao parto deve ter como referência as necessidades e interesses da mulher, uma vez que este constitui-se em um evento fisiológico que integra a experiência sexual feminina, colocando-a como centro de todo o processo, invertendo assim, a relação de poder historicamente sedimentada entre pacientes e profissionais de saúde. A quebra desse paradigma implica com o rompimento de ideais que consideram o parto como um acontecimento inseguro e da relação desigual entre cliente e profissional (TRAJANO; BARRETO, 2021).

2.5 A pandemia da COVID-19 e suas repercussões no cuidado materno-infantil

A pandemia ocasionada pela doença do novo coronavírus (COVID-19) foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (2019), em dezembro de 2019, como uma emergência global de saúde pública. A COVID-19 é uma doença provocada pelo SARS-CoV-2 (Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave), com espectro clínico abrangente com quadros que podem variar de assintomáticos a graves. As transmissões ocorrem por meio de contato próximo de uma pessoa infectada ou por contato com objetos ou gotículas. Em caso de sintomas positivos como febre, tosse, dor de garganta ou sensação de falta de ar, deve-se manter o isolamento social, evitando o contato físico especialmente com crianças, idosos e doentes crônicos (ONU, 2020; LOPEZ, SARMIENTO, 2020).

Diretrizes do Ministério da Saúde consideravam, inicialmente, apenas idosos e pessoas com doenças crônicas como grupo de risco suscetível ao Coronavírus, entretanto a gestação foi caracterizada como um dos fatores de risco prováveis de sofrerem complicações, pelo fato de apresentarem respostas mais graves ao vírus, dessa maneira, as mulheres grávidas passaram a

ser consideradas também como constituintes do grupo de risco (TRAPANI JUNIOR *et al.*, 2020).

A pandemia da COVID-19 levou as autoridades e órgãos de saúde ao planejamento e adoção de várias medidas de prevenção e proteção sanitárias, como a higienização das mãos com água e sabão, uso de álcool em gel a 70%, evitar tocar olhos, nariz e boca e, ao espirrar ou tossir proteger as pessoas próximas flexionando o cotovelo ou utilizando um lenço descartável. Ademais, a Organização Mundial da Saúde (2020) também recomendou isolamento social, seguido de manutenção do distanciamento social mínimo de um metro, evitar aglomerações e sempre utilizar máscara em caso de quadro gripal ou infecção pelo vírus (KASANO; SANTIBAÑEZ; DÍAZ, 2020).

Conforme Silva e Andrade (2020), mulheres que vivenciam o processo gestacional, marcado por momentos de alterações e oscilações hormonais e consequentes mudanças físicas e emocionais, tendem a sentir-se literalmente isoladas, o que acaba contribuindo para o seu sofrimento, bem como a não adesão aos cuidados com a sua saúde. Por isso, a garantia de um atendimento especializado e de qualidade seria decisivo para a manutenção da saúde das mulheres grávidas que viessem a contrair o vírus, visto que seriam acompanhadas adequadamente e se sentiriam encorajadas a aderirem aos cuidados de saúde propostos (PAES *et al.*, 2021).

Entretanto, o número de gestantes e puérperas mortas devido a complicações pela COVID-19 no Brasil demonstra que não foi possível fornecer a assistência necessária a esse público, visto que, segundo os dados publicados pelo Ministério da Saúde no Boletim Epidemiológico Especial, no período entre os meses de janeiro e julho de 2020, cerca de 2.256 mulheres grávidas foram diagnosticadas com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) causada pelo vírus, dentre as quais 135 vieram a óbito.

De acordo com Takemoto *et al.* (2020), a elevada taxa de mortalidade materna por COVID-19 no país poderia ser explicada por diversos fatores. Um deles seria o fato de que a assistência obstétrica no Brasil é permeada por múltiplos problemas como baixa qualidade dos pré-natais e a pouca adesão deste acompanhamento por parte das gestantes, além de recursos insuficientes para atender as demandas de emergência e cuidados intensivos e a violência obstétrica por parte das instituições de saúde.

O cuidado materno-infantil tem sofrido inúmeras fragilidades nas redes de atenção pré-natal e puerpério, visto que os serviços de saúde em sua maioria estão quase que de forma exclusiva, direcionados ao enfrentamento da COVID-19. Ademais, grande parte das Unidades

Básicas de Saúde (UBS) reduziram os atendimentos a essas mulheres, uma vez que foram incentivados tanto pelos profissionais de saúde, quanto pelos gestores e também pela mídia, a saírem de suas casas para as unidades de saúde apenas em casos de extrema necessidade. Consequentemente, por estarem longe dos serviços de saúde, as mulheres se encontraram em situações de maior vulnerabilidade e suscetíveis a maiores riscos à sua saúde e do recém-nascido (SILVA; ANDRADE, 2020).

Outras repercussões importantes em decorrência desse distanciamento provocado pela pandemia são os processos familiares interrompidos, sexualidade e dignidade humana prejudicadas, nesse sentido, Lopez e Sarmiento (2020) afirmam que o número de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) têm aumentado significativamente o que favorece riscos e provoca prejuízos ao desenvolvimento fetal. Assim, é imprescindível que o profissional de saúde tenha uma percepção que ultrapasse a pandemia para que essas mulheres sejam atendidas de maneira respeitosa, garantindo sua segurança e integralidade (WOLFF *et al.*, 2020).

Conforme Sadler, Leiva e Olza (2020) a pandemia também provocou o aumento de intervenções sem evidências científicas, além de desvio dos recursos dos cuidados essenciais de saúde sexual e reprodutiva ao colocar como prioridade a resposta da COVID-19. Ademais, os riscos de morbimortalidade materna e infantil elevaram-se diante da falta de acesso aos serviços de saúde e de planejamento familiar que pode agravar o aumento de abortos inseguros e gestações indesejadas (HUSSEIN, 2020; PAES *et al.*, 2021).

Além disso, os serviços de saúde reconhecidos por oferecerem assistência de qualidade à maternidade, nos últimos anos tomaram medidas retrógradas durante a pandemia. Algumas das restrições e intervenções implementadas no parto em virtude desse contexto não são necessárias, não limitam a contaminação pelo vírus, nem apresentam evidências científicas, desrespeitando, assim, a dignidade humana. Nesse sentido, constituem-se como formas de violência obstétrica e resultam em intervenções desnecessárias, feitas sem indicação obstétrica, como cesarianas, partos acelerados e/ou instrumentais e proibição do acompanhante no trabalho de parto (SADLER; LEIVA; OLZA, 2020).

No que diz respeito à atenção ao recém-nascido (RN), Schmid *et al.* (2020) afirmam que o isolamento do bebê, o clampeamento precoce do cordão umbilical e a restrição ao aleitamento materno podem gerar consequências prejudiciais em longo prazo, caso forem aplicados à população em geral. O isolamento do RN interfere nos mecanismos de prevenção de infecções perturbando sua fisiologia, pois ao serem separados das mães, apresentam frequência cardíaca e respiratórias mais elevadas e níveis diminuídos de glicose comparados àqueles que são

colocados no contato pele a pele. Tal separação leva a interferência no aleitamento materno, e interrompe a defesa imunológica inata e os benefícios do leite materno, impactando a construção do vínculo, bem como sobrecarregam o sistema de saúde, haja vista que o isolamento da díade mãe-bebê exige o dobro dos recursos para atendimento (STUEBE, 2020).

Segundo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (2020) para o manejo clínico da COVID-19, todas as gestantes, incluindo aquelas com confirmação de infecção ou suspeita pelo coronavírus, devem ter acesso aos cuidados adequados de maneira respeitosa. Nessa discussão, a via de parto deve ser individualizada, e a cesárea deve ser realizada apenas quando justificada clinicamente, não há constatações que sugiram uma contraindicação ao parto vaginal. Além disso, é indicado a prática do contato pele a pele, a amamentação e o alojamento conjunto com a presença contínua do RN independentemente de suspeita ou confirmação da COVID-19. Ademais, as informações referentes as precauções a serem tomadas, devem estar incluídas como parte da rotina de cuidados nos serviços de saúde materna.

Nesse sentido, a pandemia da COVID-19 interfere nos direitos humanos em vários aspectos, seja pelos danos causados durante a gravidez, seja pela implementação de recomendações rigorosas de controle de isolamento e infecção, bem como pela instável prestação de serviços de saúde, interrupção dos serviços essenciais de rotina e escassez de profissionais de saúde. Tais obstáculos poderiam ser superados caso as respostas de saúde pública ao enfrentamento da COVID-19 viabilizassem os direitos humanos, ao garantir ações voltadas à saúde materna e infantil, durante e após a pandemia, a fim de permitir o acesso à equipe e serviços de saúde qualificados para um modelo de atenção obstétrica que coloque as mulheres como o centro do cuidado (HALL *et al.*, 2020; PAES *et al.*, 2021).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem quali-quantitativa. Dessa maneira, foram descritas e analisadas as ações implementadas por profissionais enfermeiros atuantes em maternidades das cinco macrorregiões brasileiras, frente à Violência Obstétrica.

Os estudos de caráter descritivo e exploratório ao mesmo tempo em que visam a descrição de dados referentes a um determinado contexto, fenômeno ou população, sem intervenções, a partir da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, também proporcionam uma maior familiarização com o problema a ser estudado, a fim de explicitá-lo da melhor maneira possível (GIL, 2017).

Além disso, conforme Santade (2020), a pesquisa qualitativa define-se como um estudo não estatístico, que identifica e analisa, de forma aprofundada, dados de difícil mensuração de um determinado grupo de indivíduos em relação a um problema específico, podendo ser representado em sentimentos, percepções, sensações e motivações que tentam explicar diversos comportamentos, delimitados num conjunto de significados que os indivíduos absorvem em suas situações cotidianas, cabendo ao pesquisador fazer suas descrições e análises com bases nos dados apresentados com profunda base científica.

Ademais, a pesquisa quantitativa pode ser vista como um método científico que se utiliza diferentes técnicas estatísticas a fim de quantificar opiniões, reações, sensações, hábitos e informações do público-alvo de um determinado estudo através de uma amostra que o represente de forma estatisticamente comprovada, permitindo que o pesquisador formule e teste hipóteses a respeito do que pretende estudar, a partir de variáveis claramente definidas, facilitando a compreensão do raciocínio lógico e de todas as informações passíveis de medição sobre as experiências humanas (PEREIRA *et al.*, 2018).

Portanto, as pesquisas quali-quantitativas permitem o enriquecimento das análises e discussões finais de uma pesquisa na medida que fornece uma análise estrutural e processual dos fenômenos de forma simultânea apresentando um sentido de complementaridade entre os dados numéricos fornecidos pela pesquisa quantitativa e as análises e reflexões obtidas por meio de pesquisas qualitativas (SCHNEIDER *et al.*, 2017; ROBAINA *et al.*, 2021).

3.2 Cenário de Investigação

O cenário desta investigação constituiu-se nas maternidades localizadas em todo o Brasil, que possui área territorial de 8.510.345,538 km², apresentando estimativa populacional de 211.755.692 habitantes, sendo composto por 26 Estados e um Distrito Federal (IBGE, 2020). Para tanto, utilizou-se como campo de pesquisa todas as 27 Unidades Federativas brasileiras e 20 Instituições Hospitalares (considerando o local de trabalho dos enfermeiros que responderam à pesquisa) sendo pelo menos 01 enfermeiro atuante em maternidade de cada macrorregião brasileira (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), a fim de conhecer a atuação dos profissionais enfermeiros no cotidiano assistencial das maternidades a nível nacional.

3.3 Participantes da Pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os profissionais enfermeiros atuantes em maternidades nos Estados das cinco macrorregiões brasileiras, que de forma mais direta prestam assistência às mulheres atendidas nas maternidades. Para conseguir a amostra do estudo, a pesquisa foi divulgada através de mídias sociais, a fim de que os enfermeiros convidados pudessem responder aos questionamentos que foram realizados. Desse modo, contribuíram com este estudo, 31 enfermeiros que estão distribuídos nas seguintes macrorregiões: Região Norte; Região Nordeste; Região Centro-Oeste; Região Sudeste e Região Sul.

Os critérios de inclusão para esta pesquisa foram: ser profissional enfermeiro atuante em maternidade; prestar assistência direta à mulher gestante ou puérpera, em qualquer situação clínica; aceitar de livre e espontânea vontade participar do estudo confirmando por meio da leitura e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos do estudo os profissionais enfermeiros que estavam afastados da assistência à mulher na maternidade no período de coleta de dados.

3.4 Instrumentos e Procedimentos para Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2021 a janeiro de 2022, por meio da aplicação de um questionário online através do aplicativo de gerenciamento de pesquisas Google Forms, o questionário foi divulgado por intermédio de redes sociais, como Facebook, Instagram e WhatsApp, a coleta foi encerrada quando a amostra foi obtida, sendo no mínimo 01 enfermeiro que atuasse em maternidade por cada Região brasileira.

O questionário (APÊNDICE A) abordava perguntas fechadas e abertas sobre dados sociodemográficos dos participantes, como idade, estado civil, profissão, tempo de formação e especialização e, em seguida, sobre as percepções dos participantes quanto ao uso do termo violência obstétrica, a prática profissional de enfermeiros durante o acompanhamento às mulheres, em relação a prevenção da violência obstétrica, e outras neste sentido.

Destaca-se, que antes de responderem aos questionamentos, todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, metodologia, riscos, benefícios e aspectos éticos-legais. As indagações somente foram respondidas após a leitura e confirmação de aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Enfatiza-se que de acordo com Lakatos e Marconi (2017), o questionário consiste em uma série sistemática de perguntas a serem respondidas por escrito na ausência do pesquisador. Ademais, em consonância com Robaina *et al.* (2021), o questionário pode ser dividido em perguntas abertas e/ou fechadas, a primeira diz respeito as que originam respostas ricas e diversificadas, deixando o respondente a vontade para descrever o que achar conveniente, de forma livre para redigir sua resposta. As últimas, referentes as perguntas fechadas, são aquelas em que o respondente tem livre escolha para optar pelas respostas dadas, nesse caso, também facilita a tabulação e análise dos dados obtidos.

3.5 Organização e Análise dos Dados

Após a obtenção das respostas dos questionários aplicados aos profissionais enfermeiros atuantes em maternidades dos Estados das cinco macrorregiões brasileiras, as respostas aos questionamentos abertos foram transcritas e submetidas a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016), a qual representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações e faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Dessa forma, a partir dos dados oriundos dos questionamentos, deu-se procedimento à categorização, do conteúdo, para tanto, utilizou-se a técnica de Análise Temática que segundo Bardin (2016), busca os núcleos de sentido presentes na comunicação em que sua expressão se apresenta como um item importante para o objeto a ser estudado. Para tanto, após a leitura compreensiva das respostas, realizou-se a exploração do material, e, assim, as inferências e análises propriamente ditas, e ao final, elaborou-se uma síntese interpretativa que permitiu um diálogo com a temática dos objetivos da pesquisa.

Enfatiza-se que as respostas dos participantes foram seguramente descritas a fim de facilitar a compreensão das informações, e, em seguida, cada sujeito responsável pelas mesmas,

estão apresentados no texto como Enfermeiro (E) seguido por um algarismo numérico de (1 a 31) conforme a ordem de respostas aos questionamentos. Assim, os sujeitos da pesquisa serão chamados de E01, E02, E03, etc. para a identificação das falas dentro do texto.

Quanto aos dados quantitativos, obtidos através das respostas das questões fechadas, os mesmos foram tabulados e transformados em tabelas para posteriormente serem analisados e interpretados. As tabelas foram utilizadas visto que dispõem dados e informações em linhas e colunas, permitindo determinado nível de agregação e síntese de informações mais abrangentes, apresentando dados quantitativos resultantes da pesquisa e das análises realizadas pelo autor do trabalho (KÜHN, 2017).

Dessa maneira, com os dados referentes ao perfil sociodemográfico e acadêmico profissional dos profissionais enfermeiros atuantes em maternidade, compôs-se um banco de dados, que foram digitados no software *Microsoft Excel* (2016), e, posteriormente, consolidados por meio de técnicas estatísticas descritivas (frequências absoluta e relativa). Procedeu-se a análise e discussão dos achados com base na literatura produzida acerca do tema.

3.6 Aspectos Ético-legais

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, e, em seguida, direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro de Estudos Superiores de Caxias pela Universidade Estadual do Maranhão (CESC-UEMA), conforme o Termo de Encaminhamento ao CEP (APÊNDICE D) para devida aprovação, com o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 51807221.6.0000.5554 e sendo aprovado com o parecer de número 5.013.913 (ANEXO A).

As pesquisadoras responsável e participante se comprometeram com as normas preconizadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares, no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos onde a mencionada resolução engloba, sob a percepção do sujeito e da coletividade, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e dispõe-se a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Ressalta-se que nenhum participante foi submetido aos instrumentos de coleta de dados sem receber as devidas orientações e sem confirmar o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), a fim de garantir o direito de não participar do estudo e/ou eximir sua participação do estudo a qualquer momento. Para atender às exigências éticas, todos

os participantes foram informados sobre o problema a ser investigado, o percurso e recursos metodológicos assim como os riscos e benefícios do estudo (BRASIL, 2012).

Os riscos envolvidos na pesquisa puderam consistir em desconforto e/ou cansaço psíquico-emocional que os participantes da pesquisa provavelmente sentiram ao serem submetidos aos questionamentos da pesquisa. Contudo, estes obstáculos puderam ser evitados e/ou minimizados com o fornecimento de informações aos contribuintes da pesquisa acerca da importância de sua colaboração e a comprovação de que sua identificação e respostas ficariam em total sigilo, resguardando a sua identidade. Ademais, informou-se que a participação na pesquisa não seria revertida em benefícios financeiros.

Para preservar o anonimato dos contribuintes da pesquisa, os mesmos foram identificados pela inicial E para Enfermeiro, seguido de algarismos numéricos e em ordem crescente conforme a realização dos questionamentos.

Os benefícios do estudo puderam ser verificados de maneira direta e/ou indireta pelos participantes envolvidos, tendo em vista que levou o mesmo a discussões relevantes acerca do tema desenvolvido, como no caso deste estudo ter promovido a investigação das percepções, atuações e condutas preventivas dos profissionais enfermeiros acerca da violência obstétrica.

Além disso, espera-se que a pesquisa tenha colaborado para a ampliação do conhecimento sobre a construção social da temática e seus significados, sendo esta informação muito importante para cooperar com a melhoria da qualidade da Assistência de Enfermagem e dos demais profissionais de saúde à mulher.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Caracterizar o público-alvo da pesquisa é uma tarefa que ajuda a compreender melhor o estudo em questão. Para tanto, seguem os dados quantitativos referentes ao perfil sociodemográfico e profissional dos partícipes deste estudo.

A tabela 1 refere-se aos dados sociodemográficos coletados a partir dos questionários aplicados aos enfermeiros atuantes em maternidades no Brasil e aborda os seguintes aspectos:

- ☐ Sexo;
- ☐ Faixa Etária (anos completos);
- ☐ Estado civil;
- ☐ Cor autorreferida.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa conforme dados sociodemográficos. Balsas- MA, 2022.

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Feminino	30	96,8
Masculino	1	3,2
Faixa Etária (anos completos)		
18 a 29	15	48,4
30 a 49	15	48,4
50 a 60	1	3,2
Estado civil		
Solteiro	13	41,9
Casado/União estável	16	51,6
Divorciado	2	6,5
Cor referida		
Branco	11	35,5
Preto	2	6,5
Pardo	18	58,0
Amarelo	00	00,0
Indígena	00	00,0
Total	31	100,0

Fonte: Pesquisa direta, 2022.

Observando a Tabela 1, constata-se que dos participantes 30 (96,8%) eram do sexo feminino e 1 (3,2%) do sexo masculino, o que reforça a predominância feminina na Enfermagem. Este achado corrobora com a pesquisa realizada com enfermeiros do Estado da

Bahia, 77% dos participantes eram do sexo feminino, além disso, dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Pereira, Mouta e Barbosa (2018) que evidenciaram a prevalência de mulheres diante da construção histórica da enfermagem, bem como a feminização do trabalho em saúde (SILVA, A., *et al.*, 2021).

Enfatiza-se que as mulheres são as principais protagonistas da força de trabalho na área da saúde, e representam cerca de 65% dos mais de seis milhões de profissionais empregados tanto no setor público como no privado, assumindo percentuais acima de 80% no que diz respeito a algumas carreiras como Psicologia e Enfermagem, por exemplo (CONASEMS, 2020).

A este respeito Borges e Detoni (2017) em seus estudos relacionados às trajetórias de feminização no trabalho hospitalar, afirmam que mulheres atuantes na área da saúde, ao cumprirem suas atividades laborais, desempenham papéis variados abrangendo diversas habilidades que incluem o cuidado aos pacientes, e seus familiares, preparo e administração de medicamentos, manutenção criteriosa do ambiente limpo e organizado, bem como estar atenta aos processos burocráticos, atualizações no uso de novas tecnologias e práticas administrativas.

Em consonância com Carvalho *et al.* (2020) há realmente uma tendência majoritária na participação feminina em cargos da área da saúde, isso poderia ser explicado pelo fato de que as mulheres possuem preferências para exercer certas atividades, que sobretudo se relacionam à organização e ao cuidado humano.

Cabe destacar que, embora tenham ocorrido importantes avanços sociais na inserção significativa das mulheres no mercado de trabalho, bem como sua predominância nos setores da área da saúde, em especial a Enfermagem, os autores Oliveira e Oliveira (2019) apontam que muitas são as desigualdades e preconceitos ainda existentes entre homens e mulheres no que se refere à disparidade salarial e cargos de liderança.

No que diz respeito à faixa etária, 15 (48,4%) dos participantes possuíam entre 18 e 29 anos de idade, sendo o mesmo quantitativo (15 – 48,4%) para os que tinham entre 30 e 49 anos, e 1 (3,2) estava na faixa etária de 50 a 60 anos, demonstrando assim, tratar-se de profissionais jovens e adultos, o que implica, portanto, em maiores possibilidades de aprendizagem e aperfeiçoamento profissional que poderão refletir em melhorias na qualidade da assistência prestada ao público materno-infantil.

Contudo, é importante destacar que há outros resultados para a mesma variável em estudos realizados com outras populações de enfermeiros, tais como a faixa etária de enfermeiros entre 21 e 54 anos; entre 36 e 41 anos; entre 30 e 49 anos; o que acentua a

diversidade de contextos em que os profissionais de saúde estão inseridos (ARAÚJO *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2020; BATISTA *et al.*, 2021).

Neste sentido, o fator idade, mostra-se como essencial para o desempenho das atividades como profissional enfermeiro, visto que durante a rotina laboral a execução de sua função requer vigor suficiente, para a realização das atividades necessárias, sobretudo no que diz respeito a superação de desafios e situações de desgaste psíquico (AMARAL; MELO, 2021).

Em relação ao estado civil, verificou-se que 16 (51,6%) dos participantes eram casados(as)/união estável, 13 (41,9%) eram solteiros e 2 (6,5) divorciados, portanto, houve predomínio de participantes casados, tal como verificado nos estudos de Dantas *et al.* (2021) intitulado “Perfil sociodemográfico e qualificação dos enfermeiros que atuam na assistência ao parto de risco habitual” que demonstrou que 66,6% dos profissionais possuíam um cônjuge. Ademais, dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Freitas e Freire (2020) em que 63,8% dos participantes também eram casados.

Neste aspecto, Ferreira (2018) aponta que as pessoas que possuem relações conjugais estáveis, apresentam uma maior resistência às alterações psicológicas, tendo em vista que essa variável representa um alicerce social de grande valia na vida do profissional, funcionando como rede de apoio e proteção contra o surgimento de problemas emocionais causados muitas vezes pela rotina laboral nos serviços de saúde em que são atuantes.

No tocante à variável raça/cor autorreferida, 18 (58,0%) participantes se consideravam pardos e 11 (35,5) brancos, havendo assim, uma predominância de pessoas autodeclaradas pardas (58,1%), estes resultados corroboram com o estudo de Ximenes Neto *et al.* (2019) intitulado “Características de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma Microrregião da Saúde do Ceará”, em que 71,9% dos participantes se consideravam pardos.

Nesse aspecto, ao analisar a etnia, segundo a nomenclatura do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estes resultados concordam com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada em 2019, que apurou que 42,7% dos brasileiros se autodeclararam como brancos e 46,8% como pardos. Quando somados pardos (46,8%) e negros (9,4%), este percentual chegou a 56,2%, tornando-se, assim, componente dominante da etnia.

A tabela 2 refere-se aos dados profissionais coletados a partir dos questionários aplicados aos enfermeiros atuantes em maternidades no Brasil e aborda os seguintes aspectos:

- ☐ Macrorregião brasileira da maternidade em que atua;
- ☐ Tempo de Formação;
- ☐ Formação Complementar;

□ Tempo de Formação Complementar.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes da pesquisa conforme as características profissionais. Balsas- MA, 2022.

VARIÁVEIS	N	%
Macrorregião brasileira da maternidade em que atua		
Região Norte	2	6,5
Região Nordeste	20	64,5
Região Centro-Oeste	3	9,7
Região Sudeste	4	12,8
Região Sul	2	6,5
Tempo de Formação		
Menos de 06 meses	7	22,6
06 meses a 1 ano	2	6,5
1 ano a 5 anos	8	25,8
5 anos a 10 anos	8	25,8
10 anos a 20 anos	6	19,3
30 anos +	0	00,0
Formação Complementar		
Graduação	9	29,0
Pós-Graduação	17	54,8
Mestrado	5	16,2
Doutorado	0	00,0
Tempo de Formação Complementar		
Menos de 06 meses	4	12,8
06 meses a 1 ano	2	6,5
1 ano a 5 anos	10	32,3
5 anos a 10 anos	8	25,8
10 anos a 20 anos	7	22,6
30 anos +	0	00,0
Total	31	100,0

Fonte: Pesquisa direta, 2022.

Verificando a Tabela 2, percebe-se que 20 (64,5%) dos participantes afirmaram atuarem em maternidades na Região Nordeste. Entretanto, conforme os dados obtidos durante o mais amplo levantamento sobre uma categoria profissional já realizado na América Latina, a pesquisa intitulada “Perfil da Enfermagem no Brasil”, que envolveu aproximadamente 50% dos municípios brasileiros e em todos os 27 estados da Federação, constatou que mais da metade dos enfermeiros (53,9%), técnicos e auxiliares de enfermagem (56,1%) estavam concentrados na Região Sudeste. Os dados relacionados a Região Nordeste que representavam 28,4% dos brasileiros conforme o IBGE, apresentaram a menor concentração de profissionais, com 17,2% das equipes de enfermagem (FIOCRUZ, 2015; FASIG, 2020).

A este respeito, Matsumura *et al.* (2018), afirmam que existe uma disparidade entre as regiões brasileiras no que se refere à distribuição das instituições de ensino superior com cursos de graduação em Enfermagem no Brasil. Em seus estudos, os autores constataram que a Região Sudeste detém 43% do total de cursos de graduação em Enfermagem do país, seguida da Região Nordeste, com 24,12%; da Região Sul, com 14,61%; do Centro-Oeste, com 10,96%, e da Região Norte, com 7,3% dos cursos.

Esta variada distribuição geográfica chama a atenção, uma vez que, embora seja um grupo de profissionais de saúde, trata-se de uma pesquisa realizada via redes sociais e por este motivo, talvez se pensasse que o quantitativo de pessoas que respondessem ao instrumento de pesquisa fosse mais distribuído entre as regiões do Brasil.

No que tange ao tempo de formação, verificou-se que os resultados foram bem diversificados, pois enquanto 9 (29,1%) participantes possuíam de menos de seis meses a um ano, 16 (51,6%) tinham entre um e dez anos de graduação, e 6 (19,3%) apresentavam mais de dez anos de formação. Estes resultados são significativos e podem ser considerados como um dado positivo tendo em vista que quanto maior for o tempo de conclusão de curso e de atuação, maior será a experiência e maturidade profissional no que se refere à prestação de assistência.

Em relação à formação complementar, foi possível perceber que 17 (54,8%) profissionais possuíam Pós-Graduação, resultados semelhantes foram evidenciados no estudo de Caneppele *et al.* (2020) que demonstrou que 57,4% dos participantes eram pós-graduados. Estes achados são relevantes, e demonstram o interesse dos profissionais pelo aprimoramento de suas técnicas e desenvolvimento de novas habilidades, bem como atender as diversas demandas e necessidades existentes que envolvem os cuidados de saúde. Quanto ao tempo de formação complementar, verificou-se que 18 (58,1%) participantes possuíam entre um a dez anos de formação, e 7 (22,6%) apresentavam mais de dez anos, o que reafirma que o tempo de formação pode influenciar positivamente no desempenho e atuação profissional.

Para Silva *et al.* (2020), o curso de especialização é capaz de proporcionar ao enfermeiro especialista o desenvolvimento de novas aptidões, ampliando o seu conhecimento, o raciocínio crítico, bem como a melhoria na resolução de problemas e na tomada de decisão que as práticas específicas em saúde requerem. Ademais, com as constantes mudanças nos setores de trabalho, que está cada vez mais exigente à procura de profissionais qualificados, principalmente no que se refere aos campos de atuação na área de saúde, possuir uma formação complementar pode proporcionar o aperfeiçoamento de competências específicas, garantindo, assim, maior eficácia

e eficiência na prática laboral e consequentemente melhores oportunidades de inserção e manutenção no mercado de trabalho.

Nesse sentido, constata-se que a formação complementar de profissionais enfermeiros é imprescindível para adequada desenvoltura no que diz respeito à assistência ofertada ao público materno-infantil, sendo fundamental para o desenvolvimento de atitudes éticas-políticas, a fim de se criar estratégias de superação de desafios para uma assistência humanizada, haja vista que, além das competências com foco nas habilidades técnicas e cuidados específicos, tal qualificação evolve embasamentos científicos, métodos e objetivos ampliados, garantindo ao profissional uma visão holística e respeitosa, oportunizando à participação da mulher durante todo o processo que envolve o pré-parto, parto e nascimento (SANTOS; PAÇO, 2020).

4. 2 Dados referentes aos depoimentos escritos dos participantes da pesquisa

As informações referentes aos dados qualitativos, oriundas dos questionários aplicados aos enfermeiros atuantes em maternidades no Brasil, foram organizados em quatro categorias a fim de promover uma melhor compreensão e assimilação dos resultados e discussões, visando facilitar o entendimento e visualização do conteúdo formado pelos depoimentos escritos dos participantes considerados como de maior relevância e, em seguida, as discussões também foram realizadas.

Deste modo, organizaram-se quatro categorias, sendo estas: 1- Conhecimentos dos enfermeiros sobre Violência Obstétrica; 2- Percepção dos enfermeiros acerca do uso do termo Violência Obstétrica; 3- Atuação de enfermeiros na prevenção a Violência Obstétrica; 4- Conduta assistencial dos enfermeiros frente a Violência Obstétrica-.

Categoria 1: Conhecimentos dos enfermeiros sobre Violência Obstétrica

A primeira categoria aborda acerca dos conhecimentos dos profissionais enfermeiros sobre o que pode ser considerado como Violência Obstétrica. Nos depoimentos escritos a seguir, verifica-se as concepções, que a classe profissional apresenta em relação a temática:

“Qualquer ato profissional que possa vir a ofender uma mulher no período gestacional, parto e puerpério”. (E01)

“A meu ver é quando a mãe tem sua dignidade tirada na maneira como é tratada no parto”. (E03)

“Violência Obstétrica é toda e qualquer fala, posicionamento, procedimentos feitos durante a gestação, parto e pós-parto que ofenda a integridade física e psicológica da mulher que a ofenda e sem sua permissão”. (E05)

“Toda atitude que desrespeita a mulher na gestação, parto e pós-parto, causando algum tipo de trauma na mesma. Esse tipo de violência pode ocorrer de várias maneiras, desde física a psicológica”. (E11)

“Quando o profissional interfere na naturalidade do processo de trabalho de parto”. (E15)

“Forma como são realizadas as condutas relacionadas a gestação de uma forma brusca, onde se faz uso de violência física ou verbal”. (E17)

Como se observa, os participantes possuem compreensões diversificadas acerca do conceito por apresentarem definições de Violência Obstétrica que apontam desde a violência verbal e física, como também a intervenções desnecessárias, desrespeito aos sentimentos, vontades e desejos da mulher, além de reconhecerem as consequências da exposição da mesma a esse tipo de violência. Desse modo, identifica-se percepções limitadas por não incluírem as demais práticas consideradas como atos violentos ou demonstrarem um conhecimento restrito sobre violência.

Conforme Miranda *et al.* (2019), é justamente no âmbito das relações entre profissional e cliente que se encontram as situações de violência mais difíceis de serem percebidas pela equipe de saúde. Dessa forma, alguns profissionais podem apresentar certas fragilidades e limitações no que se refere à identificação das formas de Violência Obstétrica, sendo tal fator considerado como preocupante, visto que muitas vezes pode levar à negligência da ocorrência de casos, cabendo enfatizar que a violência obstétrica não se restringe apenas ao ambiente hospitalar, mas também aos diversos campos/áreas da saúde (SILVA, B., *et al.*, 2021).

O conceito internacional de Violência Obstétrica, segundo a Fundação Perseu Abramo (2013), define-se como qualquer atitude ou procedimento de intervenção não informado, direcionado à gestante, parturiente ou puérpera (que deu à luz recentemente), ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, sentimentos, opiniões e integridade física ou mental.

Para Ficagna *et al.* (2022), a Violência Obstétrica se faz presente no cotidiano dos serviços de saúde que prestam atendimento ao público materno-infantil, ocorrendo, geralmente, desde a fatores como desconhecimento do ato, não contentamento com o trabalho exercido e até mesmo como forma de “retaliação” (grifo das autoras) para as atitudes da mulher durante o

parto, sendo praticada especialmente nas formas de agressões verbais, que fere a dignidade da cliente e seus familiares.

De maneira ainda mais ampla, Ferreira (2019), aponta que a Violência Obstétrica engloba desde agressões físicas, psicológicas, verbais, simbólicas e sexuais, até negligências durante a prestação de assistência, discriminação, medicalização inapropriada e/ou excessiva, adesão a práticas obstétricas reconhecidas como desaconselhadas, prejudiciais e sem evidências e embasamento científico, vivenciadas durante a gestação, parto, nascimento e pós-parto.

Percebe-se então, que a Violência Obstétrica abrange diferentes conceitos e maneiras de ser efetuada, e quando o profissional não possui um entendimento mais aprofundado acerca do assunto, não reconhecendo tais práticas como violações, acaba não percebendo que também pode vir a cometer frequentemente alguma conduta inapropriada e/ou ato violento durante sua assistência, tornando assim, o atendimento obstétrico menos qualificado e muito próximo de atitudes a serem consideradas como violência (BARBOSA *et al.*, 2017)

A este respeito, Moura *et al.* (2018), afirmam que ter uma visão ampla acerca de que a Violência Obstétrica está além dos danos físicos incluindo os de outra natureza, é de suma importância para que o enfermeiro esteja capacitado e atualizado para lidar com casos desse tipo de violência, haja vista que ele representa, na maioria das vezes, o principal agente do cuidado à mulher, no que diz respeito ao seu período gravídico-puerperal.

Ademais, a compreensão acerca do assunto pode contribuir com o enfrentamento da problemática, visto que a atuação de profissionais enfermeiros na atenção materno-infantil é considerada como uma assistência que oferece qualidade, segurança e promoção de cuidado com a incumbência de garantir o respeito aos direitos das mulheres nos âmbitos da saúde sexual e reprodutiva (OMS, 2018).

Nesse sentido, as concepções de profissionais enfermeiros neste estudo apresentadas, revelam a importância do reconhecimento da Violência Obstétrica, muitas vezes oculta no cotidiano assistencial, como também a utilização de conhecimentos científicos embasados, visto que a identificação de suas percepções sobre o assunto, representa um marco inicial para a promoção de mudanças no atendimento e humanização do cuidado prestado a fim de que tanto a mulher, o seu bebê e seus familiares sejam bem assistidos em um momento tão singular de suas vidas.

Categoria 2: Percepção dos Enfermeiros quanto ao uso do termo Violência Obstétrica

Esta categoria se refere as opiniões dos profissionais enfermeiros acerca do uso do termo em questão. Nos depoimentos escritos a seguir, percebe-se as concepções positivas que a classe profissional apresenta em relação ao assunto:

“Violência Obstétrica é toda e qualquer fala, posicionamento, procedimentos feitos durante a gestação, parto e pós-parto que ofenda a integridade física e psicológica da mulher que a ofenda e sem sua permissão. O termo deve ser usado em quaisquer dessas situações”. (E05)

“O uso do termo é correto, por mais que tentem nos confirmar que a violência obstétrica não existe”. (E06)

“Quanto ao uso do termo, posso dizer que é viável, pois em se tratar de maus tratos que vai desde a chegada desta mulher até palavras ditas ou procedimentos realizados durante o seu trabalho de parto. E isso é crime”. (E16)

“Considero o termo pertinente à prática clínica”. (E18)

“Acredito que seja adequado, pois existem diversos tipos de violência e este é capaz de consolidar e incorporar todas elas”. (E22)

Como se verifica, os participantes consideram o uso do termo Violência Obstétrica adequado e pertinente para a definição de falas, procedimentos e condutas inadequadas como atos que violam a integridade física, psicológica e moral da mulher, considerando também tais práticas como crime. O que representa um achado relevante, visto que, o reconhecimento da expressão para nomear esse tipo de violência, contribui também para o enfrentamento da problemática.

O termo Violência Obstétrica, proveniente de movimentos políticos e sociais de mulheres, é comumente utilizado para tipificar e agregar formas diversificadas de violência, agressões e omissões praticadas durante a gestação, parto, puerpério e na assistência ao abortamento. Outros termos, como violência institucional e de gênero, violência no parto e violência na assistência obstétrica, estão inseridos no mesmo campo semântico para expressar as agressões e negligências durante o ciclo gravídico-puerperal. Desse modo, é possível considerar que a Violência Obstétrica representa a falta de humanização no cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina por parte do próprio sistema de saúde (TESSER *et al.*, 2015; LIMA *et al.*, 2021).

Para Katz *et al.* (2020), o reconhecimento da ocorrência de falhas e lapsos éticos, não como maus tratos, mas como violência, exige mudanças na estrutura e contextualização da assistência obstétrica. Além disso, enquanto isso não ocorrer o atual modelo de atenção ao parto, tecnicista, abusivo e permeado de intervenções desnecessárias, permeará a violência contra a mulher, tornando difícil modificar as práticas que a evitem.

Em contrapartida, alguns profissionais com respaldo e apoio de alguns conselhos e sociedades médicas, afirmam que a utilização do termo seria uma violência contra os médicos obstetras. A este respeito, o Conselho Federal de Medicina do Brasil (2019), posicionou-se quanto ao uso da nomenclatura “Violência Obstétrica” (grifo nosso) considerando sua utilização como inadequada e pejorativa à assistência ao parto, por contribuir com a estimulação de conflitos entre clientes e profissionais médicos nos serviços de saúde (ZANARDO *et al.*, 2017; MORALES; CHAVES; DELGADO, 2018).

Tal polêmica é desnecessária, posto que o adjetivo “obstétrica” (grifo dos autores) não é de exclusividade do profissional médico. A violência também pode ser decorrência de falhas sistêmicas advindas dos mais diversos níveis de atenção à saúde, de maneira que não se deve entender a expressão como sinônimo de violência cometida pelo médico obstetra. Logo, considerar a Violência Obstétrica como uma realidade, não significa responsabilizar como culpada nenhuma categoria profissional específica (OMS, 2002; WILLIAMS *et al.*, 2019).

Ademais, Zanardo *et al.* (2017), destacam que a conceituação de Violência Obstétrica, incluindo em termos descritivos, preferencialmente em documentos legais que a defina e a criminalize, representa um determinante crucial para auxiliar na identificação e enfrentamento dessas situações que minimizam o respeito aos direitos e autonomia das mulheres assistidas.

Nesse aspecto, as autoras ainda afirmam que o enfrentamento à violência obstétrica possibilita não somente que mulheres sejam beneficiadas, mas também proporciona vantagens para os profissionais de saúde envolvidos na assistência, considerando que a adoção de medidas e práticas profissionais éticas e embasadas cientificamente demandam uma estrutura adequada e oportuniza o fortalecimento e a harmonia nas relações de trabalho.

Portanto, considerando a magnitude da Violência Obstétrica, faz-se necessário definir uma nomenclatura adequada para essa importante questão que engloba tanto a saúde pública como também os direitos humanos. Dessa forma, utilizar o termo e entendê-lo também como violência baseada em gênero pode assegurar intervenções apropriadas que evitem tal violação aos direitos das mulheres. Assim, a partir do reconhecimento e da aceitação é que se poderá

iniciar o processo da desconstrução e da transformação no âmbito assistencial (KATZ *et al.*, 2020).

Categoria 3: Atuação dos enfermeiros na prevenção da Violência Obstétrica

Nesta categoria, os profissionais enfermeiros foram questionados a respeito da prática profissional no acompanhamento às mulheres na maternidade, quanto a prevenção da Violência Obstétrica, como demonstrado nos depoimentos abaixo:

“Orieto à mulher a respeito de que qualquer atitude ou procedimento que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário a ela, que ao ser praticado sem o seu consentimento explícito é um tipo de desrespeito à sua autonomia”. (E02)

“É necessário a equipe manter a Educação Continuada, sobre os direitos da mulher no âmbito do parto e seu protagonismo, a fim de que durante a realização do pré-natal possam ser fornecidas informações acerca dos seus direitos”. (E04)

“Informo preventivamente as mulheres durante a gestação e encorajo a realizar o plano de parto”. (E05)

“Respeito a individualidade de cada gestante e atendimento realizado baseados em evidências científicas”. (E06)

“Acho importante manter a equipe sempre por perto, principalmente para esclarecimentos de dúvidas, a enfermagem é a classe que mais acompanha a paciente 24h por dia. Além disso, devemos sempre nos posicionar contra a violência obstétrica. O que é visto tem que ser falado”. (E07)

Diante das respostas ao questionamento, é notório, por meio dos depoimentos acima, que os profissionais afirmam realizar ações preventivas frente a Violência Obstétrica. Isso se dá principalmente a partir de orientações transmitidas às mulheres acerca de qualquer atitude ou procedimento que ocasione sofrimento, desrespeitando suas opiniões, escolhas e seu protagonismo.

Em consonância com Teixeira *et al.* (2020), toda mulher possui direito à prevenção quaternária e cuidados adequados por meio da obtenção de informações, direitos a escolhas e preferências, bem como ao atendimento livre de danos e maus tratos. Além disso, também é direito ter um acompanhante durante todo o processo gestacional, receber integralmente todos os cuidados necessários com tratamento igualitário, respeitoso e livre de discriminações por parte da equipe multiprofissional, sejam elas étnicas, religiosas ou quaisquer outros tipos.

Nesse sentido, destaca-se que tais orientações não devem ser realizadas de maneira totalmente individualizada, mas também levando em consideração a participação da família, que representa a rede de apoio dessa mulher, que junto a ela, compartilha da experiência da maternidade e chegada de um novo ser ao mundo.

Conforme Prado (2017), a instituição da família é responsável pela definição de relações e aplicabilidade das noções iniciais de sociabilidade às pessoas desde o momento em que nascem, representando o primeiro contato do ser humano com o mundo. Portanto, considera-se a família como o instrumento essencial e primário de formação e desenvolvimento social de um novo ser, sendo nela que a mulher gestante/puérpera encontra suporte para as etapas da vida que ela irá vivenciar: a gestação, o parto e o puerpério.

Destarte, os dispositivos legais afirmam que o auxílio de um acompanhante é importante para que a mulher grávida tenha apoio e se sinta bem durante todo o ciclo gravídico-puerperal levando em consideração a dimensão de promoção à saúde e os cuidados humanizados à gestação preconizados pelas diretrizes do Programa de Humanização. Dessa forma, na família podem estar incluídos pais, avós, tios, amigos íntimos, dentre outros que estão inclusos nas relações não somente de sangue, mas também nas relações afetivas que funcionam como rede de apoio a gestante desde a descoberta da gravidez até o parto (BRASIL, 2001; CAMPOS; NUNES, 2017).

Como demonstrado em alguns dos depoimentos escritos dos participantes deste estudo, o pré-natal representa um momento oportuno para o compartilhamento e acesso à informações relevantes às mulheres grávidas. Em consonância, Guedes (2019), reitera que o pré-natal se mostra como um marco importante no processo de maternidade para o esclarecimento de dúvidas em torno do nascimento do bebê e das transformações fisiológicas, além de encontrar amparo emocional para compreensão e entendimento da evolução gestacional. Para tanto, o acompanhamento de alguém próximo apresenta-se como direito fundamental para que esse processo ocorra da melhor maneira possível.

Conforme mencionado em uma das respostas aos questionamentos, o plano de parto representa um método de prevenção à Violência Obstétrica, embora devesse ser mais amplamente divulgado, visto que se trata de um instrumento facilitador do cuidado baseado em evidências, que protege os direitos das mulheres, além de contribuir para a criação e/ou fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e gestantes durante a oferta de orientações e identificações das necessidades de saúde existentes (TRIGUEIRO *et al.*, 2021).

De acordo com Santos *et al.* (2019), o plano de parto como ferramenta para o exercício da autonomia individual da cliente, pode servir como respaldo às mulheres que darão entrada nos serviços de saúde, havendo a premissa de que seu plano de parto seja cumprido com zelo. O que leva a acreditar na contribuição para sensibilização dos prestadores de cuidados, no estímulo ao respeito às necessidades e preferências das gestantes e familiares, assim como um incentivo ao maior ao parto vaginal, com o intuito de redução das taxas de cesarianas ou que estas sejam realizadas a partir de reais necessidades clínicas.

Os autores afirmam ainda que mulheres que realizaram plano de parto tiveram experiências positivas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. As participantes afirmaram terem recebido tratamento respeitoso, métodos para alívio da dor e o direito à presença de acompanhante durante todo o processo. Percebe-se então, a utilização de práticas e condutas profissionais diretamente reconhecidas pelas clientes com influência direta na satisfação no trabalho de parto e parto.

Entretanto, há resoluções de Conselhos Regionais de Medicina de alguns estados que proíbem expressamente o consentimento, aceitação e adesão a planos de parto pelos médicos quando tais documentos restringirem a autonomia do profissional, como no Rio de Janeiro (Resolução n. 293/19 CREMERJ) e em Santa Catarina (Resolução n. 193/19 CRMESC) incorrendo em infração ética aos profissionais que consentirem com o documento.

Corroborando com as resoluções supracitadas, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (CRMERS), no uso de suas atribuições, também se posicionou em favor do assunto, por meio da publicação da Resolução n. 21, de janeiro de 2020, que dispõe acerca da proibição do uso de qualquer tipo de documento, incluindo o plano de parto ou similares que limitem a autonomia médica na adoção de condutas que garantam a satisfação e a saúde do binômio materno-fetal.

Destaca-se que a Resolução n. 293/19 CREMERJ considerou ao médico a liberdade profissional, bem como o direito de recusa à utilização de condutas com as quais não estivesse de acordo, vedando ainda que o profissional consentisse que opiniões de terceiros interferissem nas escolhas das melhores condutas disponíveis, reconhecidas cientificamente no interesse da saúde da paciente ou da sociedade, proibindo também ao médico não utilizar os métodos científicos que permitissem à realização de diagnósticos e tratamento das clientes.

Conforme Oliveira (2020), tal posicionamento foi embasado na premissa da autonomia do profissional médico para indicar o procedimento que este considerar ser mais adequado,

valorizando apenas os interesses do profissional médico, não levando em consideração a autonomia das pacientes e nem a relação recíproca existente entre profissional e cliente.

Segundo a autora, após a publicação da Resolução 293/2019, o Ministério Público Federal e a Defensoria Pública da União ajuizaram uma ação civil pública desfavorável ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, objetivando a determinação da anulação integral e imediata da referida Resolução, que proibia os profissionais médicos de analisar e atender a planos de parto e demais documentos pelos quais a gestante registraria suas preferências e vontades acerca de seu próprio trabalho de parto.

Ademais, a Resolução contrariou ainda ao Código de Ética Médica, infringindo o direito da paciente ao próprio corpo, o princípio da dignidade da pessoa humana, restringindo a liberdade do profissional que concordasse em seguir ao plano de parto elaborado pela cliente, contrapondo também as recomendações da Organização Mundial da Saúde para assistência ao parto (CFM, 2009; NUNES, 2018; OMS, 2018).

Compreende-se, que a elaboração e aplicabilidade do plano de parto trazem significados relevantes para as mulheres em relação aos seus direitos, anseios, dúvidas e participação ativa no próprio processo de cuidado durante o momento do parto. Essas características propiciam a elas uma experiência agradável, em respeito à sua fisiologia, de maneira menos dolorosa, fortalecendo assim sua confiança e liberdade quanto ao planejamento e execução do próprio parto.

Nesse contexto, ao ser orientada sobre seus direitos e a reconhecer as diversas modalidades de recursos e condutas que podem estar disponíveis para auxiliá-la no processo de parturição, a mulher recebe a oportunidade de desenvolver sua autonomia e participação durante todo o processo de cuidado que ela e seu filho receberão durante o parto e puerpério. O protagonismo na tomada de decisão que o plano de parto oferece, oportuniza a valorização dessas mulheres perante a sociedade, e, por conseguinte, os profissionais de saúde passam a reconhecer o plano de parto como uma oportunidade de promoção de educação em saúde e de direitos, podendo, assim, ser um defensor dos direitos de seus clientes (TRIGUEIRO *et al.*, 2021).

Logo, é indiscutível o papel que o profissional enfermeiro possui na assistência obstétrica, no que se refere a garantia de que mulheres não sofram quaisquer tipos de condutas violentas, e práticas intervencionistas que limitem suas decisões e liberdade de escolhas. Pelo contrário, a enfermagem deve prezar pela integridade física e psicológica das mulheres a fim de durante todo o seu ciclo gravídico em que as ações de cuidado atendam suas necessidades

promovendo a qualidade e a humanização do parto. Desse modo, a equipe de enfermagem possui relevância significativa para a promoção e seguridade dos direitos às gestantes, às puérperas, neonatos e familiares de maneira acolhedora, sensível e adequada a todos os estão inseridos no contexto da maternidade (ABREU; QUINTILIO, 2022).

Categoria 4: Conduta assistencial dos enfermeiros frente a Violência Obstétrica

Esta categoria inicialmente dispõe de informações identificadas pelos participantes como situações de Violência Obstétrica provocadas durante o atendimento às parturientes, e posteriormente, quais foram as condutas assistenciais por eles prestadas diante de tais ocorrências, como se observa a seguir:

“Já presenciei profissionais falarem determinadas frases inadequadas”. (E01)

“Presenciei ataques verbais às puérperas”. (E03)

“Na hora de fazer, não gritou - Infelizmente muitos que prestam assistência, cometem atos de violência psicológica com a gestante num momento tão importante”. (E07)

“Presenciei o uso de comentários maldosos como: na hora que estava fazendo não reclamou, agora tá reclamando para parir”. (E09)

“O uso de forma, palavras e atos desumanos”. (E19)

Como se verifica, alguns participantes mencionaram acerca de violências provocadas por meio da comunicação verbal inadequada entre profissionais e mulheres, pelo uso de tom de voz agressivo, jargões pejorativos e julgamentos de valor, conforme evidenciado nos seus discursos transcritos acima.

Nota-se que a violência verbal, praticada pela utilização de palavras inadequadas de caráter prejudicial, identificada pelos participantes desta pesquisa como um tipo de violência obstétrica, evidenciam situações de exposição de mulheres à ridicularização, humilhação, ameaça e/ou manipulação. Conforme Oliveira *et al.* (2017) de modo semelhante ocorrem outros tipos de violência, que acabam afetando significativamente as vítimas, como traumas e danos psicológicos, muitas vezes irreparáveis.

Segundo uma pesquisa de natureza qualitativa, realizada com enfermeiras que atuavam no Centro Obstétrico/Pré-parto, Parto e Pós-parto (CO/PPP) de um hospital de referência materno-infantil da cidade de Belém-PA, em 2018, por meio de entrevistas, as participantes

relataram que presenciaram o uso de frases intimidatórias e opressivas durante o parto, com a justificativa da utilização das falas a fim de amedrontar a mulher no momento do parto, sendo que alguns profissionais chegavam até mesmo a impedir que a mulher expressasse suas emoções na forma de grito, afirmando que o bebê poderia nascer surdo em decorrência desta atitude (LEAL *et al.*, 2018).

A este respeito, Lima *et al.* (2021), afirmam que a estratégia de provocar medo na gestante é muito utilizada como forma de responsabilizá-la pelos possíveis riscos para a criança. Com isso, a responsabilidade é direcionada à mulher, que se sente pressionada pelo profissional, e na maioria das vezes pela família, diante da possibilidade de gerar um bebê morto, além do fato de ter que lidar com julgamentos relacionados ao descuido com sua própria saúde.

Tais resultados são equivalentes com os que foram encontrados neste estudo, haja vista, que os relatos expressam de maneira clara que os profissionais atuantes em maternidade reconhecem a violência verbal como um tipo de Violência Obstétrica, além de concordarem que a referida prática pode acarretar consequências traumáticas, ao levar em consideração que o parto constitui-se como um evento repleto de significados, emoções e anseios que vão sendo construídos conforme as concepções culturais em que as gestantes estão inseridas, marcando intimamente a vida das mulheres.

Desse modo, considera-se que a exposição de parturientes a situações de violência pode acarretar repercussões negativas nos âmbitos emocional e psicológico, levando a mulher ao descontentamento diante do processo de parturição bem como às possíveis desistências de futuras gestações, uma vez que a mulher se encontra em um momento de fragilidade emocional (OLIVEIRA *et al.* 2017; LEAL *et al.*, 2018).

Além da comunicação verbal inadequada, em suas respostas aos questionamentos, os participantes também mencionaram outras práticas consideradas violentas durante a assistência ao parto como Episiotomia, Manobra de Kristeller, e cesarianas desnecessárias, conforme se verifica a seguir:

“Forçar dequitação de placenta, dentre outros”. (E01)

“Manobra de Kristeller, cesariana desnecessária”. (E04)

“Deparei-me com falas de desrespeitos e episiotomias desnecessárias.” (E12)

“Palavras de insultos, e manobras inadequadas para expulsar o bebê”. (E22)

A este respeito, os estudos de Alvarenga e Kalil (2016) demonstram que diante da exposição a situações de violência no momento do parto as repercussões podem ser diversificadas, podendo ocasionar traumas físicos, por meio de hematomas deixados durante os procedimentos; psicológicos, manifestados por sentimentos de negatividade, problemas no fortalecimento do vínculo entre a díade mãe-bebê e emocionais, manifestados por meio do choro intenso. Ademais, muitas mulheres podem demonstrar desinteresse por futuras gestações e pelo parto vaginal (LEAL *et al.*, 2018).

Quanto à prática da Episiotomia presenciada pelos participantes deste estudo considerada por eles como uma conduta assistencial violenta, Souza (2019) a define como uma incisão cirúrgica na região perineal no momento do parto, com o intuito de alargar a abertura vaginal a fim de “facilitar” (grifo nosso) a passagem do bebê e, assim, evitar que ocorra laceração durante o período de expulsão. No entanto, o autor afirma que a referida prática passou a ser executada rotineiramente, sem nenhuma avaliação da sua necessidade, e, portanto, pode ser considerada como uma conduta desnecessária e maldosa, que ao ser realizada sem o consentimento da paciente, torna-se uma forma de Violência Obstétrica.

Ademais, conforme Dias (2020), a Episiotomia, “episio” (grifo da autora), ou “pique” (grifo da autora), é um procedimento repleto de controvérsias cuja recomendação é restrita desde a década de 1980 quando desde essa época as evidências já demonstravam que o corte perineal apresentava mais efeitos adversos e não protegia o períneo de uma eventual laceração.

De acordo com Rivera e Burgos (2021) durante a realização da episiotomia ou quando ocorre a laceração do períneo, torna-se necessária a realização de uma sutura para fechar a região. Em seguida, é aplicado o “ponto do marido” (grifo dos autores), que consiste na execução de um ponto a mais com a finalidade de deixar a vagina mais apertada para preservação do prazer masculino nas relações sexuais depois do parto, além de devolver à mulher “a sua condição de virgem” (grifo dos autores). Dessa forma, é importante destacar que tais procedimentos representam violações aos direitos fundamentais das mulheres, além de serem comprovados cientificamente que são desnecessários à parturiente, podendo ocasionar dores e desconfortos no momento da relação sexual.

Cabe enfatizar que no Brasil, a episiotomia é o único procedimento cirúrgico executado sem que haja o consentimento da paciente e sem que a mesma seja informada adequadamente sobre a real necessidade do procedimento, os riscos sofridos, os efeitos e os possíveis traumas. Menor ainda são as informações dadas à mulher quando ela dá à luz por via vaginal, no que se refere ao fato de que a mesma pode continuar com o períneo intacto, caso o parto ocorra

naturalmente, respeitando o tempo e ritmo da mulher e se ela não for sedada ou medicada, é comum que após o parto, o períneo esteja sem nenhum tipo de lesão (ANDRADE, 2021).

A respeito da Manobra de Kristeller, citada pelos participantes desta pesquisa como uma intervenção violenta, as autoras Gonzales *et al.* (2021) afirmam que a manobra consiste no ato de pressionar o fundo do útero durante o trabalho de parto, visando acelerar o processo de expulsão do bebê. Tal conduta foi desenvolvida por Samuel Kristeller como método de acompanhamento das contrações uterinas de expulsão do feto para o exterior, sendo indicada a sua aplicabilidade caso exista indícios de sofrimento fetal, dificuldades no avanço do trabalho de parto durante a expulsão, exaustão materna e/ou demais complicações decorrentes do trabalho de parto (HOFMEYR *et al.*, 2017; LOPES *et al.*, 2019; MALVASI *et al.*, 2019; HAYATA *et al.*, 2019; PRADO *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2020).

Em contrapartida, O Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê (2011) criado pelo Ministério da Saúde juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), afirma que em hipótese alguma deve-se pressionar o fundo do útero da mulher a fim de forçar a saída do bebê, posto que, tal prática expõe à riscos tanto o bebê como a gestante, sendo considerada, portanto, uma forma de Violência Obstétrica.

Em consonância, segundo o Parecer Técnico n. 001/2016, do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Santa Catarina, a Manobra de Kristeller, além de ser reconhecida como danosa à saúde da parturiente, é, também, considerada ineficaz. Além disso, é comprovada que a sua utilização, no período expulsivo, interfere significativamente na evolução do parto, o qual deveria prosseguir de forma mais natural possível, segundo as evidências científicas. Tal conduta praticada por profissionais de saúde contradiz ao posicionamento do Ministério da Saúde e à Organização Mundial de Saúde, visto que, não expressam apoio a esse tipo de procedimento (ZANARDO, 2017).

Os estudos de Gosch, Pereira e Mundoco (2020), apontam que apesar da proibição do uso Manobra de Kristeller por órgãos competentes, como a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), por exemplo, este procedimento ainda é frequentemente realizado por médicos obstetras. Essa afirmação é reflexo do percentual de 24% das clientes que foram submetidas a essa manobra no momento do parto em uma maternidade do Estado do Tocantins.

Nesse sentido, de acordo com Araújo *et al.* (2021), dentre os efeitos adversos que o feto pode sofrer em decorrência da Manobra de Kristeller incluem-se bradicardia fetal, hipóxia fetal, aumento da pressão intracraniana, problemas neurológicos, ortopédicos e asfixia. No que se

refere à parturiente, ela pode apresentar lesões abdominais, dificuldades respiratórias, lesões hepáticas, trauma torácico, laceração do períneo, rotura uterina, inversão uterina, avulsão do útero, entre outras complicações.

No que concerne a realização excessiva de cesarianas, referida pelos participantes deste estudo como desnecessárias, Betrán *et al.* (2016), afirmam que mundialmente a prevalência dos nascimentos por via cesariana possui elevados índices, sendo que nos Estados Unidos, cerca de 33% das mulheres são submetidas a cirurgias. Além disso, no Brasil, na década de 2010, uma pesquisa de abrangência nacional apontou que as taxas de cesarianas variaram de 87,9% na rede privada a 42,9%, na rede pública (ZHANG *et al.*, 2010; BATISTA FILHO; RISSIN, 2018).

Quanto a isso, Terto *et al.* (2021), na pesquisa intitulada “Associação entre internação precoce de gestantes e uso de intervenções obstétricas e cesarianas: estudo transversal”, verificaram a existência de uma importante relação entre a internação precoce e as práticas obstétricas desnecessárias, além da influência na via de nascimento cesariana. Nesse contexto, como uma possível solução, os autores afirmam que o manejo adequado durante a fase latente do trabalho de parto objetiva a realização da internação da paciente em tempo oportuno, o que contribui para a diminuição de riscos de intervenções, e consequentemente, reduz as chances de desfechos negativos durante o processo de parturição.

Logo, percebe-se a urgência de mudanças assistenciais no cenário obstétrico brasileiro, visto que o excesso de intervenções durante a prestação do cuidado contribui de maneira significativa para a elevação dos índices de partos cesarianos. Para tanto, faz-se necessário o abandono ao modelo tecnicista e medicalocêntrico, com vista a qualificar o atendimento ao parto aliando ao uso de boas práticas baseadas em evidências no parto, colocando as mulheres como principal integrante no processo de cuidado.

No tocante à conduta assistencial prestada diante de casos de Violência Obstétrica, alguns profissionais enfermeiros responderam ao questionamento da seguinte maneira:

“Pedi para profissionais terem paciência e tratar bem a paciente, pois o momento que ela estava vivenciando era muito delicado, normalmente são muito inseguras e medrosas”. (E10)

“Chamei atenção da profissional e equipe quanto a situação e tentei que eles se imaginassem no lugar. Percebi uma melhora significativa na equipe após a conversa. Quando presencio, na mesma hora falo para a paciente, fique à vontade. A equipe na hora já identifica que reprovo tal atitude”. (E11)

“Após a atitude, conversei com o colega profissional questionando a necessidade e explicando-o sobre os riscos”. (E12)

Como se observa nos depoimentos escritos acima, os participantes costumam se posicionar frente aos casos de Violência Obstétrica durante suas atuações profissionais, o que revela a consciência de que tais atos são inaceitáveis e merecem repreensão tanto ao responsável pela ação como também a todos os que compõem a equipe que presenciou o ato, de forma a esclarecer os riscos e consequências que tais práticas podem acarretar. Ademais, o apoio à mulher diante da ocorrência de atos violentos demonstra a tentativa de amenizar as consequências da ação cometida.

A violência representa alterações em uma hierarquia repleta de desigualdades, implicando muitas vezes em formas de tratamento com teor de desprezo a fim de explorar, dominar e humilhar o outro que é tido como alvo da ação, restringindo ou removendo a autonomia, comunicação, ação e liberdade. Nesse contexto, a Violência Obstétrica relaciona-se aos preconceitos nos âmbitos de gênero, raça ou etnia, classe econômica, geração ou orientação sexual. Desse modo, o profissional enfermeiro atuante na área obstétrica está apto a efetuar uma mudança nesse contexto (BARBOZA; MOTA, 2016; MENEZES, 2020).

Segundo Melo *et al.* (2020), os cuidados inerentes a enfermagem são fundamentais para amenizar os efeitos da violência obstétrica, para isso, o profissional enfermeiro e demais profissionais da equipe de saúde, devem adotar medidas que possam ser aplicadas antes, durante e após o parto, na tentativa de minimizar os danos físicos e psicológicos da mulher, por meio da oferta de apoio emocional, de maneira individualizada. Ademais, o enfermeiro possui atuação primordial para a oferta de serviços éticos que resgatem os direitos fundamentais de autonomia da mulher no momento do parto (COSTA, 2019).

Em uma de suas respostas aos questionamentos, uma profissional informou qual era a sua conduta realizada na maioria das vezes diante da ocorrência de casos de Violência Obstétrica, as barreiras existentes para o enfrentamento e suas possíveis consequências, bem como informou sobre como se sentia ao responder ao questionamento, como se observa a seguir:

“Na maioria das vezes, o máximo que conseguimos é nos retirar do ambiente em forma de não apoiar aquela prática violenta, mas a sensação é que deixamos a mulher ainda mais vulnerável. Algumas vezes, consigo debater com a equipe o quão o procedimento foi desnecessário, ou até levar as instâncias maiores (coordenação, supervisão, direção) mas a sensação de impunidade para quem pratica a violência obstétrica, deixa de mãos atadas quem quer lutar contra isso, pois o sistema amedronta e se você denuncia, será punida (ao ficar sem o emprego) enquanto o violentador, nada sofre. Infelizmente ao responder este questionamento, me sinto conivente ao saber

que não consigo retirar aquela mulher do cenário da violência no momento que ele acontece". (E25)

Como se verifica, é perceptível as dificuldades encontradas no cenário assistencial obstétrico no que se refere ao enfrentamento do assunto em questão. Segundo o relato da participante, a mesma até consegue conversar com sua equipe diante da ocorrência de alguma prática violenta e desnecessária, no entanto, ao levar a notícia aos que ocupam cargos de chefia, tal evento é encarado com indiferença, como se houvesse aprovação e conivência, visto que não há nenhum posicionamento decisivo que resulte em advertência ou punição. O profissional que reporta a violência recebe ameaças de ter a vida profissional comprometida, em contrapartida, os responsáveis pelas más condutas nada sofrem.

Diante de tal relato, enfatiza-se a importância de se discutir a respeito da Violência Obstétrica a fim de promover a conscientização de que problemas como esses sempre existirão caso não sejam tomadas medidas que contribuam com a mudança desse cenário que oprime, limita e retira a dignidade e autonomia das mulheres, atingindo todos os que fazem parte de seu convívio social e até mesmo assistencial, no que se refere aos profissionais que são contrários à sua prática.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento, enfrentamento e prevenção da Violência Obstétrica na assistência materno-infantil mostra-se como uma importante estratégia para a diminuição e eliminação de práticas e condutas assistenciais que violem os direitos da mulher, seu filho e todos aqueles que com ela compartilham a experiência da maternidade e nascimento de uma nova vida. No decorrer da pesquisa, foi possível demonstrar que os profissionais enfermeiros atuantes nas maternidades no Brasil são adultos jovens, predominantemente do sexo feminino, casados e/ou em união estável, com predominante atuação na Região Nordeste.

No que tange a educação continuada, grande parte dos participantes possuem título de especialista, o que demonstra o interesse pela busca de aperfeiçoamento e qualificação profissional. Apesar disso, enfatiza-se a importância da ampliação do incentivo às capacitações e atualizações de enfermeiros, sendo estas fundamentais para o desenvolvimento de políticas públicas e condutas éticas, a fim de contribuir com a superação de desafios para uma assistência humanizada, científica, que promova uma visão holística e respeitosa, além de assegurar a participação da mulher durante todo o processo que envolve o pré-parto, parto e nascimento.

Considerando que o objetivo principal deste trabalho emergiu do desejo de investigar o conhecimento e prática dos profissionais enfermeiros que atuam em maternidade frente à Violência Obstétrica, destaca-se que o presente trabalho permitiu a descoberta de determinantes significativos que contribuem para a ocorrência de violações.

A respeito disto, destaca-se que o conhecimento de profissionais enfermeiros acerca do assunto ainda é fragilizado e limitado, desconsiderando as diversas vertentes envolvidas nesse tipo de violência, que podem ocorrer em alguns casos de forma sutil e disfarçada. Os depoimentos dos participantes desvelaram condutas que sustentam a perpetuação da violência obstétrica no contexto assistencial, demonstradas por meio de comunicação verbal inadequada pelo uso de tom de voz agressivo, jargões pejorativos e julgamentos de valor, realização de Episiotomias, Manobras de Kristeller, e cesarianas desnecessárias. Tais práticas não favorecem a participação ativa da mulher como centro do cuidado e não respeitam seus direitos e liberdade de escolha.

Nas relações entre profissionais e clientes é que estão inseridas as situações de Violência Obstétrica mais difíceis de serem identificadas pela equipe prestadora do cuidado, assim, alguns enfermeiros e demais profissionais da equipe de saúde podem apresentar dificuldades e limitações que interfiram no reconhecimento do problema. Nesse sentido, perceber atitudes que

violen os direitos e princípios éticos representa um marco importante para mudança dessa realidade.

Com base nos resultados encontrados neste estudo, foi possível perceber que o uso do termo Violência Obstétrica é considerado pelos participantes como relevante e pertinente, estando adequado para definir procedimentos, falas e condutas inadequadas que violam a integridade física, psicológica e moral da mulher, haja vista que, o reconhecimento do uso termo para nomear esse tipo de violência, contribui também para o seu enfrentamento.

Verificou-se ainda que, a assistência prestada nas maternidades brasileiras possui inadequações, posto que o excesso de intervenções durante a prestação do cuidado contribui significativamente para a ocorrência de violações, que podem gerar consequências traumáticas, sejam físicas, psíquicas ou emocionais, ao levar em consideração que o parto constitui-se como um evento repleto de significados que vão sendo construídos conforme as percepções culturais e sociais em que as gestantes estão inseridas, marcando profundamente a vida das mulheres. Assim, faz-se necessário, o aperfeiçoamento dos profissionais enfermeiros para o planejamento e promoção de ações de educação em saúde que incentivem e forneçam informações às mulheres, e sua rede de apoio, durante toda a assistência que os envolvem.

Diante dos achados evidenciados por esta pesquisa, poderão ser desenvolvidos métodos que priorizem o combate à Violência Obstétrica, visto que o assunto demonstra ser uma triste realidade ainda existente no contexto assistencial nas maternidades do Brasil, sendo que a omissão e/ou indiferença ao problema, demonstra apoio e conivência no que se refere à ocorrência de casos como estes.

Ressalta-se a urgência não apenas para a humanização do parto, mas também é preciso haver ações pontuais por parte da equipe multiprofissional obstétrica, especialmente os enfermeiros, que valorizem a dignidade da mulher em todo o seu ciclo gravídico-puerperal, em especial, no momento do parto.

Logo, é imprescindível o aperfeiçoamento e vigência de leis nacionais que criminalizem a prática da Violência Obstétrica no Brasil, para tanto, os movimentos sociais dos direitos à saúde sexual e reprodutiva das mulheres devem ser intensificados e levados em consideração pelas instâncias governamentais, a fim de que atos violentos durante a prestação de cuidados às mulheres que vivenciam o processo gestacional não fiquem impunes e não passem despercebidos.

Dentre as limitações desta pesquisa, está o quantitativo pequeno de participantes, apesar de se tratar de enfermeiros atuantes nas maternidades das cinco macrorregiões brasileiras.

Entretanto, espera-se que os resultados demonstrados neste estudo sejam relevantes para a elaboração de políticas públicas e estratégias resolutivas no tocante ao cuidado à mulher que sofre violência obstétrica e a necessidade de despertar nos profissionais enfermeiros uma visão ampliada sobre a criação de modelos de cuidados mais éticos, singulares e humanos.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. R.; QUINTILIO, M. S. V. Revisão de literatura: a enfermagem e os desafios para saúde da mulher diante da violência obstétrica. **Rev. Inic. Cient. Ext.**, Goiás, v. 5, n. 1, p. 800-812, mar, 2022.
- ALVARENGA, S. P.; KALIL, J. H. Violência Obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. **Rev. Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 14, n. 2, p. 641-649, ago/dez, 2016.
- AMARAL, S. P.; MELO, D. F. C. **Atuação dos enfermeiros gerentes das estratégias saúde da família do município de Nova Russas-Ceará**. 1. ed. Ponta Grossa: AYA Editora, 2021.
- ALVES, V. B. O. **Percepções de puérperas acerca da violência obstétrica**. 2017. 84 f. Dissertação. (Mestrado). Goiânia- GO: Universidade Federal de Goiás, 2017.
- ANDRADE, M. G. M. **Violência obstétrica: a episiotomia de rotina como uma violação a sexualidade e ofensa à integridade física da mulher**. 2021. 60 f. Monografia (Graduação em Direito). Campina Grande-PB: Universidade Federal de Campina Grande, 2021.
- ANDRADE, M.; LIMA, J. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- ANDRADE, P. O. N. *et al.* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 16, n. 1, p. 29-37, mar, 2016.
- ARAÚJO, A. *et al.* Manobra de Kristeller: Há benefício nesta técnica? **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 276-281, jun, 2021.
- ARAÚJO, A. C. L.; CAMPOS, R. R. **Rede de Atenção: saúde da Mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2020.
- ARAÚJO, M. A. N. *et al.* Perfil sociodemográfico dos enfermeiros da rede hospitalar. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 11, n. 11, p. 4716-4725, nov, 2017.
- ARAUJO, T. E. G. **Os direitos das mulheres no Brasil: uma análise sobre a violência obstétrica**. 2017. 128 f. Monografia (Graduação em Direito). Brasília-DF: Universidade de Brasília, 2017.
- BANDEIRA, L. M.; ALMEIDA, T. M. C. Vinte anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 501-517, ago, 2015.
- BARASUOL, G. **Redução de danos e violência na atenção obstétrica: uma revisão integrativa de literatura**. 2017 f. 128 f. Monografia (Graduação em Direito). Brasília-DF: Universidade de Brasília, 2017.

BARBOSA, L. C. *et al.* Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Avances em Enfermería**, Bogotá, v. 35, n. 2, p. 1-18, maio/ago, 2017.

BARBOZA, L. P.; MOTA, A. Violência Obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Rev. Psicol. Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 119-129, jan/mar, 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTA, A. M. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem no centro cirúrgico: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Pesqui. Cuidad. Fundam.**, Rio de Janeiro, v. 13, n.13, p. 1007-1012, jan/dez, 2021.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN A. A OMS e a epidemia de cesarianas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 18, n. 1, p. 5-6, jan/mar, 2018.

BETRÁN, A. P. *et al.* A tendência crescente nas taxas de cesariana: estimativas globais, regionais e nacionais: 1990-2014. **PLoS One**, Estados Unidos, v. 11, n. 2, p. 1-12, fev. 2016.

BEZERRA, K. A. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM): o estado da arte em 10 anos de implementação. In: **Encontro Regional Norte 2015**. Manaus, 2016. Disponível em:

<http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/regionais/norte/paper/view/781>.

Acesso em: 11 out. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília- DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 11 out. 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [2006]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. **Doença pelo Coronavírus COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012. Brasil. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 11 out. 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Despacho, de 03 de maio de 2019**. Refere-se à solicitação de posicionamento do Ministério da Saúde quanto ao uso do termo violência obstétrica. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: 21 anos depois**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional para as mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Secretaria Especial Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendação nº 5/2019, de 09 de maio de 2019**. Dispõe sobre políticas públicas em relação à violência obstétrica. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/recomendacao-n-5-de-9-de-maio-de-2019-149878165>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Secretaria Executiva. **Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BOHREN, M. A. *et al.* Facilitadores e barreiras para a entrega baseada em instalações em países de baixa e média renda: uma síntese de evidências qualitativas. **Reprod Health**, Estados Unidos, v.11, n. 71, p. 2-17, set, 2014.

BORGES, T. M. B.; DETONI, P. P. Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar. **Cad. Psic. Social Trab.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 143-157, jul./dez., 2017.

CANEPPELE, A. H. *et al.* Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19. **Esc. Anna Nery**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 1-7, out, 2020.

CAMPOS, M. S.; NUNES, I. O. Família: conceitos, preceitos e construção. conceitos, preceitos e construção. *In: Humanidades em Contexto: desafios contemporâneos*, 2017. (Anais do Seminário do Instituto de Ciências Humanas e Sociais). Paranatinga -MT: UFMT, 2017.

CAMPOS, R. G.; SILVA, J. V.; SOUZA, F. V. A política nacional da humanização sob a ótica dos profissionais em saúde. **Rev. Bionorte**, Minas Gerais, v. 4, n. 1, p. 16-25, fev, 2015.

CARVALHO, A. L. B. *et al.* Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 211-222, jan. 2020.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 1.931, de 17 de setembro de 2009.** Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-2010/>. Acesso em: 14 jun. 2022.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Violência Obstétrica:** nota à imprensa e à população. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

CONASEMS. Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS.** [s.l.:s.n.], 2022. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>. Acesso em: 20 mar. 2022.

CORDEIRO, E. L. *et al.* A humanização na assistência ao parto e ao nascimento. **Rev. Enferm. UFPE**, Pernambuco, v. 12, n. 8, p. 2154-2162, ago, 2018.

CORENSC. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Santa Catarina. **Parecer Técnico n. 001, de 18 de abril de 2016.** Entende que a realização da manobra de Kristeller no período do trabalho de parto não deve ser realizada, devido ao fato de não demonstrar eficiência na redução do período do trabalho de parto e devido ao fato de evidências apontarem para risco de morbidade materna e fetal. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Parecer-T%C3%A9cnico-001-2016-CT-Sa%C3%BAde-Mulher-Manobra-de-Kristeller.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2022.

COSTA, B. P. **Violência obstétrica:** desafios para a Enfermagem. 2019. 20 f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Brasília-DF: Centro Universitário de Brasília. 2019.

COSTA, C. M. *et al.* Acesso à saúde pública de qualidade para a mulher: algumas reflexões sobre a luta feminina. **Journal of Management & Primary Health Care**, [s.l.: s.n.], v. 11, dez, 2019. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/755>. Acesso em: 12 out. 2020.

CRMERJ. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. **Resolução n. 293, de 23 de janeiro de 2019**. Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem-estar e da saúde para o binômio materno-fetal. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Medicina, 2019. Disponível em: <https://www.cremelj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390>. Acesso em: 14 jun. 2022.

CRMERS. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. **Resolução n. 21, de janeiro de 2020**. Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem-estar e da saúde para o binômio materno-fetal. Santa Catarina: Conselho Regional de Medicina, 2019. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RS/2019/4_2019.pdf. Acesso em: 14 jun. 2022.

CRMESC. Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. **Resolução n. 193, de 26 de agosto de 2019**. Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem-estar e da saúde para o binômio materno-fetal. Santa Catarina: Conselho Regional de Medicina, 2019. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/SC/2019/193_2019.pdf. Acesso em: 14 jun. 2022.

CUNHA, C. C. A. **Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais**. 2015. 46 f. Monografia. (Graduação em Direito). Brasília-DF: Universidade de Brasília, 2015.

DANTAS, M. P. S. L. *et al.* Perfil sociodemográfico e qualificação dos enfermeiros que atuam na assistência ao parto de risco habitual. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 11, n. 66, p. 6493-6502, set, 2021.

DE ALMEIDA, M. A. T.; MELO, M. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2017. E-book.

DIAS, E. C. R. **Violação dos direitos sexuais das parturientes submetidas à episiotomia de rotina: políticas públicas como instrumentos de reconhecimento da igualdade da mulher**. 2020. 190 f. Dissertação. (Pós-graduação em Direito). Uberlândia-MG: Universidade Federal de Uberlândia, 2020.

DINIZ, S. G. *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. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015.

ESSY, D. B. Da Lei Maria da Penha no combate à violência contra a mulher: até onde vais a sua eficácia? **Conteúdo Jurídico**. [s.l.:s.n.], 2017. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/50558/da-lei-maria-da-penha-no-combate-a-violencia-contra-a-mulher-ate-onde-vai-a-sua-eficacia>. Acesso em: 02 set. 2020.

ESTUMANO, V. K. C. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. **Rev. Ciênc. Enferm.**, São Paulo, v. 7, n. 19, p. 83-91, nov, 2017.

FASIG. Faculdade de Ciências da Saúde IGESP. **Censo de Enfermeiros no Brasil**. [s.l.:s.n.], 2020. Disponível em: <https://fasig.com.br/censo-dos-enfermeiros-no-brasil/>. Acesso em: 20 mar. 2022.

FBSP. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Datafolha Instituto de Pesquisas. Fundo de Defesa dos Direitos Difusos. Governo Federal. **Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil**. 2 ed. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/02/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

FERREIRA, F. M. T. **Satisfação profissional dos enfermeiros que integram equipes de emergência pré-hospitalar**. 2018, 132 f. Tese. (Doutorado). Portugal: Escola Superior de Saúde de Viseu, 2018.

FERREIRA, M. S. **Pisando em óvulos: a violência obstétrica como uma punição sexual às mulheres**. 2019. 204 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.

FICAGNA, F. T. *et al.* Violência Obstétrica vivenciada pelo enfermeiro: uma revisão integrativa. **Estácio Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 1-8, jan, 2022.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil**. [s.l.:s.n.], 2015. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/pesquisa-in%C3%A9dita-tra%C3%A7a-perfil-da-enfermagem-no-brasil>. Acesso em: 20 mar. 2022.

FREITAS, C. C.; FREIRE, M. A. Síndrome de Burnout em enfermeiros trabalhadores de um hospital público de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Rev. Ciênc. Saúde**, Minas Gerais, v. 10, n. 2, p. 5-12, abr/jun, 2020.

FPBRAMO. Fundação Perseu Abramo. Partido dos Trabalhadores. **Violência no parto: na hora de fazer não gritou**. [s.l.:s.n.], 2013. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 10 abr. 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GUEDES, R. K. O. **Pré-natal masculino nas estratégias de saúde da família: realidade ou utopia**. 2019. 32 f. Monografia. (Graduação em Enfermagem). Cuité-PA: Universidade Federal de Campina Grande, 2019.

GONZALEZ, P. R. *et al.* Práticas de atenção ao parto na experiência de puérperas: análise à luz da Humanização. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 11, n. 37, p. 1-23, abr, 2021.

GOSCH, C. S.; PEREIRA, I. B.; MUNDOCO, L. S. Assistência ao parto em maternidade do Tocantins: análise centrada na realização da manobra de kristeller. **Rev. Educação e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 10-20, abr, 2020.

HALL, K. S. *et al.* Centralizar a saúde e a justiça sexual e reprodutiva na resposta global à COVID-19. **The Lancet**, Reino Unido, v. 395, n. 10231, p. 1175-1177, abr, 2020.

HAYATA, E. *et al.* Segurança da manobra de pressão uterina no segundo estágio do trabalho de parto em um centro médico perinatal terciário: um estudo observacional retrospectivo. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, Tawan, v. 58, n. 3, p. 375–379, maio, 2019.

HOFMEYR, G. J. *et al.* Pressão uterina durante a segunda fase do trabalho de parto. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Betesda, v. 3, n. 3, p. 1-59, mar, 2017.

HUSSEIN, J. COVID-19: Quais implicações para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos globalmente? **SRHM**, Inglaterra, v. 28, n. 1, p. 1-3, jul, 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. [s.l.:s.n.], 2021. Disponível em: [http:// www.ibge.gov.br/cidades](http://www.ibge.gov.br/cidades). Acesso em: 29 ago. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012-2019**. Rio de Janeiro: Ministério da Economia, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf. Acesso em: 20 mar. 2022.

INAGAKI, A. D. M. *et al.* Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública. **Rev. Enferm. UFPE**, Pernambuco, v. 12, n. 7, p. 1879-1886, jul, 2018.

ISMAEL, F. M. Assistência de Enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **ReBIS**. São Paulo, v. 2, n. 2, p. 75-80, jan, 2020.

JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Rev. Latino Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 3, p. 1-12, nov. 2018.

KASANO, J. P. M.; SANTIBAÑEZ, L. M.; DÍAZ, I. S. Recomendações para gestantes durante a pandemia. **Rev. Peru. Invest. Mater. Perinatal**, Peru, v. 9, n. 1, p. 92-97, abr, 2020.

KATZ, L. M. *et al.* Quem tem medo da violência obstétrica? **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 20, n. 2, p. 1-5, abr/jun, 2020.

KÜHN, D. D. **Pesquisa e análise de dados**: problematizando o rural e a agricultura numa perspectiva científica. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

- LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago, 2019.
- LEAL, S. Y. *et al.* Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. **Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 23, n. 2, p. 1-7, jan, 2018.
- LEITE F. M. C. *et al.* Violência contra a mulher, Espírito Santo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 33, p. 1-12, abr, 2017.
- LIMA, A. G.; ARAUJO, I. A. A efetividade da lei de violência doméstica e familiar contra a mulher e os institutos de proteção. **Rev. Âmbito Jurídico**, São Paulo, v. 6, n.183, ago, 2017.
- LIMA, K. D. *et al.* Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 26, n. 3, nov, 2021.
- LIMA, L. A. A. *et al.* Marcos e dispositivos legais no combate à violência contra a mulher no Brasil. **Rev. Enferm. Ref.**, Coimbra, v. 5, n.11, p. 139-146, dez, 2016.
- LOPES, J. M. Violência Obstétrica: uma análise jurídica acerca do instituto no estado do Tocantins. **Rev. Âmbito Jurídico**, São Paulo, v. 4, n. 195, abr, 2020.
- LOPES, G. D. C. *et al.* Atenção ao parto e parto em um hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha **Rev. Lat. Amer. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 15, p. 171–175, p. 1-12, abr, 2019.
- LOPEZ, M. Y. C.; SARMIENTO, T. E. H. Impacto do COVID-19 na saúde sexual e reprodutiva. **Rev. Inter. Salud Mater. Fetal**. Peru, v. 5, n. 2, p.4-7, maio, 2020.
- MALVASI, A. *et al.* Manobras de Kristeller ou pressão uterina e morbidade materna/neonatal: revisão da literatura obstétrica e judicial. **JMFNM.**, Betesda, v. 32, n. 15, p. 2598–2607, ago, 2019.
- MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cad. Ibero. Am. Direito Sanit**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 97-119, jan/mar, 2020.
- MARTINS, F. L. *et al.* Violência Obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. **Rev. Saúde em Foco**, Piauí, v. 1, n. 11, p. 413-423, mar, 2019.
- MATSUMURA, E. S. S. *et al.* Distribuição Espacial dos cursos de graduação em Enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 12, n. 12, p. 3271-3278, dez, 2018.
- MELO, R. A. *et al.* A violência obstétrica na percepção dos profissionais que assistem ao parto. **Rev. Enferm. Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 29, p. 1-20, abr, 2020.
- MENEZES, F. R. *et al.* O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface**, Botucatu, v. 24, p. 1-14, set, 2020.

MIRANDA, F. L. *et al.* Violência obstétrica: percepções de enfermeiros obstétricos em uma maternidade de Minas Gerais. **HU Rev.**, Minas Gerais, v. 45, n. 4, p. 415-420, fev, 2019.

MORALES, X. B.; CHAVES, L. V. E.; DELGADO, C. E. Y. Nem a medicina nem os membros da equipe de saúde são violentos por natureza: violência obstétrica de uma perspectiva interacionista. **Qual Health Res**, Besteda, v. 28, n. 8, p.1308-1319, maio, 2018.

MOURA, R. C. M. *et al.* Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Enfermagem em Foco**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.60-65, abr, 2018.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 885-904, set, 2015.

NASCIMENTO, E. R. *et al.* Desafios da Assistência de Enfermagem ao Parto Humanizado. **Cad. Graduação Ciênc. Biol. Saúde Unit**, Sergipe, v. 6, n. 1, p. 141-146, mar, 2020.

NASCIMENTO, F. C. V.; SILVA, M. P.; VIANA, M. R. P. Assistência de Enfermagem no parto humanizado. **Rev. Pre. Infec. Saúde**, Piauí, v. 4, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6821/pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

NASCIMENTO, S. L. *et al.* Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. **Enfermagem Atual de Costa Rica**, São José, n. 37, p. 66-79, dez, 2019.

NERY, V. P. **Principais tipos de Violências Obstétricas sofridas pelas parturientes**. 2018. 17 f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Brasília-DF: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2018.

NUDEM. Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Conversando sobre Violência Obstétrica**. São Paulo, 2018. Disponível em: [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Cartilha_VO_JUL_2018%20\(3\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Cartilha_VO_JUL_2018%20(3).pdf). Acesso em: 20 set. 2020.

NUDEM. Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Guia rápido direitos das mulheres e Covid-19**. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=3355.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

NUDEM. Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Violência Obstétrica: você sabe o que é?** São Paulo, 2017. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/FOLDER_VIOLENCIA_OBSTETRIC A.PDF. Acesso em: 15 ago. 2020.

NUNES, L. A. R. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: doutrina e jurisprudência**. 4. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

OLIVEIRA, A. L. **Violência obstétrica: uma análise de suas dimensões nas normativas brasileiras**. 2017. 69 f. Monografia (Graduação em Direito). Brasília-DF: Universidade de Brasília, 2017.

OLIVEIRA, C. P. S. **O consentimento informado sob a luz do princípio constitucional da dignidade humana e a violação do plano de parto no Brasil**. 2020. 71 f. Monografia (Graduação em Direito). Caxias do Sul – RS: Universidade de Caxias do Sul, 2020.

OLIVEIRA, M. C.; MERCES, M. C. Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2483-2489, jun, 2017.

OLIVEIRA, M. R. R.; ELIAS, E. A.; OLIVEIRA, S. R. Mulher e Parto: Significados da Violência Obstétrica e a abordagem de Enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE**, Pernambuco, v. 14, n. 1, p. 1-8, jan, 2020.

OLIVEIRA, L. A.; OLIVEIRA, E. L. A mulher no mercado de trabalho: algumas reflexões. **Rev. REFAF Multidisciplinar**, Mato Grosso, v. 8, n. 1, p. 17-27, jan/jun, 2019.

OLIVEIRA, T. R. *et al.* Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 11, n. 1, p. 40- 46, jan, 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre a violência e saúde**. Genebra, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 16 maio 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Genebra, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?ua=1. Acesso em: 15 ago. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Recomendações da OMS: atenção intraparto para uma experiência de parto positiva**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014**. Núcleo de Estudos da Violência (Trad.) São Paulo, 2015. Disponível em: <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>. Acesso em: 16 set. 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. Mulheres Brasil. **Gênero e covid-19 na américa latina e no caribe: dimensões de gênero na resposta**. Brasília, 2020. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf. Acesso em: 15 mar. 2022.

PAES, L. B. O. *et al.* Mulheres e COVID-19: reflexões para uma atenção obstétrica baseada nos direitos sexuais e reprodutivos. **Rev. Bras. Enferm.**. Brasília, v. 74, n. 1, p. 1-4, abr, 2021.

PEREIRA, A. L. F.; MOUTA, R. J. O.; BARBOSA, D. S. P. O processo de criação do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica, modalidade de residência, na rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Cultura de los Cuidados**, Espanha, n. 22, n. 51, p. 114-123, fev, 2018.

PEREIRA, S. B. *et al.* Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1313- 1319, jan, 2018.

PEREIRA, A. S. *et.al.* **Metodologia da Pesquisa Científica**. Santa Maria: UFSM, 2018.

PICKLES, C. Eliminando o cuidado abusivo: uma resposta do direito penal à violência obstétrica na África do Sul. **South African Crime Quarterly**, Pretoria, v. 54, n. 53, p. 5-16, dez, 2015.

PINHEIRO, G. Q.; SILVA JÚNIOR, A. P.; GIOTTO, A. C. O processo de parto: a importância do enfermeiro no parto humanizado. **Rev. Inic. Cient. Ext.**, Goiás, v. 2, n. 4, p. 190-195, ago, 2019.

PINTO, L. S. S. *et al.* Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1501-1508, maio, 2017.

PRADO, D. S. *et al.* Práticas e intervenções obstétricas em mulheres de um estado do Nordeste do Brasil. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v. 63, n. 12, p. 1039–1048, dez, 2017.

RIVERA, G. L. N.; BURGOS, G. A. R. **Disfunção sexual feminina 6 meses pós-parto e sua relação com a episiotomia nos hospitais de IV nível em Bogotá, 2020**. 2021. 36 f. Dissertação. (Mestrado). Bogotá – CO: Escola de Medicina e Ciências da Saúde, 2021.

ROBAINA, J. V. L. *et al.* **Fundamentos teóricos e metodológicos da pesquisa em educação em ciências** 1. ed. Curitiba-PR: Bagai, 2021.

SADLER, M.; LEIVA, G.; OLZA, I. COVID-19 como fator de risco para violência obstétrica. **SRHM**, Inglaterra, v. 28, n. 1, p. 1-4, jul, 2020.

SANTADE, M. S. B. A metodologia de pesquisa: instrumentais e modos de abordagem. **Interciência e Sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 3-17, 2020.

SANTOS, A. L. S. *et al.* O acompanhante no trabalho de parto sob a perspectiva da puérpera. **Rev. Enferm. UFSM**, Rio Grande do Sul, v.5. n. 3, p. 531-340, jul/set, 2015.

SANTOS, F. S. R. *et al.* Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. 1-11, jul, 2019.

SANTOS, G. G.; PAÇO, J. A. O. Visão e atuação humanizada de estudante do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica no parto normal. **Glob. Acad. Nurse**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1-7, ago, 2020.

SANTOS, R. A. A.; MELO, M. C. P.; CRUZ, D. D. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. **Cad. Cult. Ciên.**, Ceará, v. 13, n. 2, p. 76-89, mar, 2015.

SARAIVA, F. A. **Mapa conceitual da saúde da mulher: uma visão cronológica das políticas públicas brasileiras**. 2017. 32 f. Monografia. (Graduação em Enfermagem). Brasília-DF: Universidade de Brasília, 2017.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo, 2015.

SCHMID, M. B. *et al.* COVID-19 em mulheres grávidas. **The Lancet**, Reino Unido, v. 20, n. 6, p. 653, jun, 2020.

SCHNEIDER, E. M. *et al.* Pesquisas qualiquantitativas: contribuições para a pesquisa em ensino de ciências. **Rev. Pesq. Qualit.**, São Paulo, v.5, n.9, p. 569-584, dez, 2017.

SILVA, A. C. P. *et al.* Perfil sociodemográfico e formativo de enfermeiros especialistas em saúde mental. **REAID**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 33, p. 1-9, jan, 2021.

SILVA, B. C. R. *et al.* Violência obstétrica: percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde a família. **Scire Salutis**, v. 11, n. 2, p. 75-82, fev/maio, 2021.

SILVA, R. A. *et al.* A atuação do enfermeiro no parto humanizado e na luta contra a violência obstétrica. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.6, p. 1-20, jun, 2021.

SILVA, R. M. *et al.* Nível de tolerância nas relações de amizade em profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. **REVISA**, Valparaíso de Goiás, v. 9, n. 1, p. 631-645, jul/set, 2020.

SILVA, R. M. O. *et al.* Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. **Rev. Enferm. Refer.**, Portugal, vol. 4, n. 16, p. 147 - 157, mar, 2018.

SILVA, G. A.; ANDRADE, N. S. **Violência Obstétrica: um olhar para o contexto da pandemia do COVID-19, Silêncio, Bramido e Medo**. 2020. 58 f. Monografia. (Graduação em Enfermagem). Anápolis-GO: Universidade Evangélica, 2020.

SMOLENTZOV, V. M. N.; MOTERANI, G. M. B. Violência obstétrica. **Avesso do Avesso**, São Paulo, v.15, n.15, p. 111-120, nov, 2017.

SOUZA, M. *et al.* Fatores relacionados ao desfecho perineal após parto vaginal em primíparas: Estudo transversal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 54, n. 1-9, p. 1-19, mar, 2020.

SOUZA, M. K. F. D. Violência obstétrica e as consequências à dignidade psicológica da mulher. **Conteúdo Jurídico**. [s.l.:s.n.], 2019. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/artigo/53580/violencia-obstetrica-e-asconsequencias-dignidade-psicologica-da-mulher>. Acesso em: 17 mar. 2022.

STREFLING, I. S. S. *et al.* Percepções de puérperas sobre o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto. **Rev. Cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, v.9, n. 2, p. 333-339, abr/jun, 2017.

STUEBE, A. Os bebês devem ser separados das mães com COVID-19? Primeiro não faça nenhum mal. **Breastfeed Med**, País de Gales, v. 15, n. 5, p. 351-352, maio, 2020.

TAKEMOTO, M. L. S. *et al.* A tragédia da COVID-19 no Brasil: 124 mortes maternas e contagem. **International Federation of Gynecology and Obstetrics**, Irlanda, v. 151, n. 1, p. 1-3, jul, 2020.

TEIXEIRA, C. P. *et al.* Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: a dor que querem calar. **Nursing**, São Paulo, v. 23, n. 261, p. 3607-3615, fev, 2020.

TERTO, R. L. *et al.* Associação entre internação precoce de gestantes e uso de intervenções obstétricas e cesarianas: estudo transversal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 74, n. 4, p. 1-6, jun, 2021.

TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev. Bras. Med. Fam. Comum.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1- 12, jun. 2015.

TRAJANO, A. R.; BARRETO, E. A. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface**, Botucatu, v. 25, n. 1, p. 1-16, set, 2021.

TRAPANI JÚNIOR, A. *et al.* Protocolo de Atendimento no Parto, Puerpério e Abortamento durante a Pandemia da COVID-19. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/covid-19-orientacoes-dafebrasgo-para-avaliacao-e-tratamento-ambulatorial-de-gestantes/>. Acesso em: 28 mar. 2020.

TRIGUEIRO, T. H. O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal: uma revisão de escopo. **REME**, Minas Gerais, v. 25, n. 1, p. 1-15, jul, 2021.

VENEZUELA. **Ley nº 38.668, del abril de 2007**. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Venezuela: República Bolivariana, [2007]. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

VIEIRA, R. S. **Violência Obstétrica práticas no processo do parto e nascimento: uma revisão integrativa**. 2016. 69 f. Monografia. (Graduação em Enfermagem e Licenciatura). Niterói- RJ: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, 2016.

WILLIAMS, C. R. *et al.* Violência obstétrica: uma resposta jurídica latino-americana aos maus-tratos durante o parto. **BJOG**, Betesda, v. 125, n. 10, p. 1208-1211, set, 2018.

WOLFF, C. S. *et al.* Pandemia na necroeconomia neoliberal. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 28, n. 2, p. 1-7, jun, 2020.

XIMENES NETO, F. R. G. Características de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma Microrregião da Saúde do Ceará. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 10, n. 5, p. 130-136, jan, 2019.

ZANARDO, G. L. P. *et al.* Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia e Sociedade**, Recife, v. 1, n. 29, p. 1-11, jan, 2017.

ZHANG, J. *et al.* Padrões contemporâneos de trabalho de parto espontâneo com resultados neonatais normais. **Obstet Gynecol**, Betesda, v. 116, n. 6, p.1281-1287, maio, 2010.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO – UEMA
CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE BALSAS – CESBA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: percepção e atuação de enfermeiros no cotidiano da maternidade

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

1. Qual a sua faixa etária (anos)?

☐ 18 a 29 ☐ 30 a 49 ☐ 50 a 60 ☐ 60 a +5

2. Você se considera:

☐ Branco ☐ Preto ☐ Amarelo ☐ Pardo ☐ Indígena

3. Qual o seu estado civil?

☐ Solteiro ☐ Casado ☐ União estável
☐ Divorciado/separado ☐ Viúvo ☐ Outro

4. Cidade/Estado da Maternidade que atua?

5. Você tem quanto tempo de formação?

☐ Menos de 06 meses ☐ 06 meses a 1 ano ☐ 5 anos a 10 anos
☐ 1 ano a 5 anos ☐ 10 a 20 anos ☐ 30 anos +

6. Qual o seu nível de especialidade?

☐ Graduação ☐ Pós-Graduação
☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado

7. Você tem quanto tempo de especialização?

☐ Menos de 06 meses ☐ 06 meses a 1 ano ☐ 5 anos a 10 anos
☐ 1 ano a 5 anos ☐ 10 a 20 anos ☐ 30 anos +

8- Para você, o que significa “Violência Obstétrica”? E qual a sua percepção quanto ao uso do termo?

9- O que você entende por protagonismo da mulher na assistência à saúde?

10- Em sua opinião, quais ações ou procedimentos são considerados como violência obstétrica?

11- Em seu trabalho você já vivenciou alguma situação que poderia chamar de ato violento?
Caso a resposta seja sim, qual foi?

12- Diante da vivência de algum caso de violência obstétrica, você tomou alguma atitude? Caso sua resposta seja sim, qual foi a sua conduta?

13- Para você, o que seria um desrespeito à parturiente? E em qual momento que você acredita que ela se sente mais vulnerável a agressões?

14- Durante a sua atuação profissional, você já presenciou o uso de jargões pejorativos e/ou procedimentos sem o consentimento da paciente? Com que frequência?

15- Na sua prática profissional no acompanhamento à mulher na maternidade, quais ações você realiza com o objetivo de prevenir a violência obstétrica?

16- Você gostaria de mencionar algo mais que eu não tenha perguntado, mas veio à sua lembrança?



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO – UEMA
CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE BALSAS – CESBA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM**

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: percepção e atuação de enfermeiros no cotidiano da maternidade

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **“VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: atuação de enfermeiros no cotidiano da maternidade”**, desenvolvida pela pesquisadora responsável Profa. Esp. Jaiane de Melo Vilanova e pela acadêmica de Enfermagem e pesquisadora participante Geovana Rachel Figueira Coelho. O objetivo central desta é investigar a atuação de profissionais enfermeiros que trabalham em maternidade frente à violência obstétrica.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Este estudo será feito da seguinte maneira: você irá responder a um questionário referente aos objetivos do projeto. O questionário será disponibilizado de forma online através da Plataforma Google Forms, o mesmo conterá perguntas fechadas e abertas sobre seus dados sociodemográficos, como idade, estado civil, profissão, tempo de formação e especialização e, em seguida, sobre as percepções quanto ao uso do termo violência obstétrica, conduta profissional durante o acompanhamento às mulheres, em relação a prevenção da violência obstétrica, e outras neste sentido. O tempo previsto para responder o questionário é de aproximadamente 10 a 15 min. O questionário será quantificado e armazenado, em arquivos digitais, onde somente terão acesso aos dados as pesquisadoras e sua orientadora.

Os riscos envolvidos nesta pesquisa poderão consistir em desconforto, cansaço ou aborrecimento no decorrer da coleta de dados. Entretanto, tais obstáculos poderão ser evitados com o fornecimento de informações acerca da pesquisa e a explicação aos contribuintes da pesquisa acerca da importância de sua participação e a comprovação de que sua identificação e respostas ficarão em total sigilo.

Os benefícios da pesquisa poderão ser verificados de maneira direta e/ou indireta pelos participantes envolvidos, pois poderá trazer à discussões relevantes acerca do tema desenvolvido, como no fato do estudo promover a investigação das percepções, atuações e condutas preventivas dos profissionais enfermeiros acerca da violência obstétrica, pois espera-se que o mesmo venha contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a construção social da temática e seus significados, sendo esta informação muito importante para colaborar com a melhoria da qualidade da Assistência de Enfermagem e dos demais profissionais de saúde à mulher.

Os resultados deste estudo serão divulgados à Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), em exposição oral durante a Apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso da pesquisadora participante, bem como ficarão disponíveis na forma impressa à gestão local onde a pesquisa será feita, assim como serão submetidos a publicações acadêmicas e científicas. Você receberá uma cópia deste termo via e-mail.

Em caso de dúvida quanto à conduta ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), pertencente ao Centro de Estudos Superiores de Caxias. Rua Quininha Pires, nº 746, Centro. Anexo Saúde. Caxias-MA. Telefone: (99) 3521-3938.

De acordo com a Lei 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas, envolvendo seres humanos, solicitamos sua assinatura que representará estar de acordo em participar da pesquisa. Todos os dados serão arquivados por cinco anos e após incinerados, conforme orientação da Resolução CNS n. 466/2012.

Ao encerrar o questionário, você receberá por e-mail uma notificação da sua participação, através do endereço eletrônico preenchido no início do questionário. Por meio deste e-mail, você terá acesso à cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual aceitará para participar da pesquisa. Não será necessário responder confirmando o seu recebimento. Esclarecemos que a participação na pesquisa não envolve custos e não haverá pagamento por sua cooperação, sendo que você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isso lhe traga alguma penalidade ou prejuízo.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou foi lido para mim, sobre a pesquisa: **“VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: atuação de enfermeiros no cotidiano da maternidade”**. Ficaram claros para mim os objetivos da pesquisa, garantias de sigilo, de esclarecimentos permanentes, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Concordo voluntariamente em participar deste estudo. Caso você tenha dúvidas sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com as pesquisadoras pelos seguintes números ou e-mails:

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: JAIANE DE MELO VILANOVA

E-mail da pesquisadora responsável: jai.vilanova@gmail.com

Telefone para contato: (99) 9 8818-1516

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA

PESQUISADORA PARTICIPANTE: GEOVANA RACHEL FIGUEIRA COELHO

E-mail da pesquisadora participante: geovanarachelfc@gmail.com

Telefone para contato: (99) 9 8811-8902

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA

Ao preencher seu e-mail e clicar em ACEITO, você está concordando em participar da pesquisa.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO – UEMA
CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE BALSAS – CESBA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: percepção e atuação de enfermeiros no cotidiano da
maternidade**

APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DOS PESQUISADORES


DECLARAÇÃO DOS PESQUISADORES

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Maranhão

Eu **JAIANE DE MELO VILANOVA**, pesquisadora responsável da pesquisa intitulada **“VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: percepção e atuação de enfermeiros no cotidiano da maternidade”**, tendo como pesquisadora participante **GEOVANA RACHEL FIGUEIRA COELHO** declaramos que:

- Assumimos o compromisso de cumprir os Termos da **Resolução nº 466/12**, do CNS.
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade da Profa. Obstetra Jaiane de Melo Vilanova da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) – Centro de Estudos Superiores de Balsas (CESBA), que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos participantes da pesquisa;
- O CEP/UEMA será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório circunstanciado apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP/UEMA será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o participante da pesquisa;
- Esta pesquisa ainda não foi realizada.

Balsas-MA, 31 de agosto de 2021.



Profa. Esp. Jaiane de Melo Vilanova

CPF: 002.979.893-08

COREN-MA: 292.292



Geovana Rachel Figueira Coelho

CPF: 611.969.173-67



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO – UEMA
CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE BALSAS – CESBA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM**

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: percepção e atuação de enfermeiros no cotidiano da maternidade

APÊNDICE D – OFÍCIO PARA O ENCAMINHAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA

OFÍCIO PARA O ENCAMINHAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA

Balsas, 31 / 08 / 2021

À Senhora
FRANCIDALMA DE SOUSA SOARES CARVALHO FILHA,
DD Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CESC da
Universidade Estadual do Maranhão - UEMA

Prezado Senhor,

Utilizo-me desta para encaminhar a Vsa. o projeto de pesquisa intitulado “Violência Obstétrica: atuação de enfermeiros no cotidiano da maternidade” sobre a minha responsabilidade solicitando, deste comitê, a apreciação do mesmo. Aproveito para informá-lo que os conteúdos descritos no corpus do projeto podem ser utilizados no processo de avaliação do mesmo, e que:

- (a) Estou ciente das minhas responsabilidades frente à pesquisa e que a partir da submissão do projeto ao Comitê, será estabelecido diálogo formal entre o CEP e o pesquisador;
- (b) Estou ciente que devo solicitar e retirar, por minha própria conta, os pareceres e o certificado junto a secretaria do CEP;
- (c) Estou ciente de que as avaliações, possivelmente, desfavoráveis deverão ser, por mim, retomadas para correções e alterações;
- (d) Estou ciente de que os relatores, a presidência do CEP e eventualmente a CONEP, terão acesso a este protocolo em sua versão original e que este acesso será utilizado exclusivamente para a avaliação ética.

Sem mais para o momento aproveito para enviar a Vsa. e aos senhores conselheiros as melhores saudações.

Atentamente,

Jaiane de Melo Vilanova – CPF: 002.979.893-08
Pesquisadora Responsável

Geovana Rachel Figueira Coelho – CPF: 611.968.173-67
Pesquisadora Participante

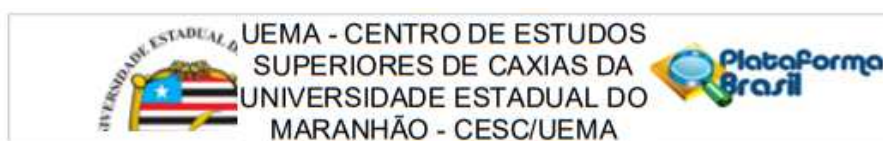
ANEXOS



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO – UEMA
CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE BALSAS – CESBA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM**

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: percepção e atuação de enfermeiros no cotidiano da maternidade

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: atuação de enfermeiros no cotidiano da maternidade.

Pesquisador: JAIANE DE MELO VILANOVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51807221.6.0000.5554

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.013.913

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa cujo título VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: atuação de enfermeiros no cotidiano da maternidade., nº de CAAE 51807221.6.0000.5554 e Pesquisador(a) responsável JAIANE DE MELO VILANOVA. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa dos dados.

O cenário da realização desse estudo será composto por , utilizar-se-á como campo de pesquisa todos os 27 Estados brasileiros e 54 Instituições Hospitalares, sendo pelo menos 01 enfermeiro atuante em maternidade de cada Estado, a fim de conhecer a atuação dos profissionais enfermeiros no cotidiano assistencial das maternidades no Brasil. A população do estudo será composta por profissionais enfermeiros atuantes em maternidades em todos os Estados brasileiros, que de forma mais direta prestam assistência às mulheres atendidas. Para conseguir a amostra do estudo, a pesquisa será divulgada através de mídias sociais, a fim de que os enfermeiros convidados possam responder aos questionamentos a serem feitos.

Utilizar-se-á como critérios de inclusão para esta pesquisa: ser profissional enfermeiro atuante em maternidade; prestar assistência direta à mulher gestante ou puérpera, em qualquer situação clínica; aceitar de livre e espontânea vontade participar do estudo confirmando por meio da leitura e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Serão excluídos do estudo os profissionais enfermeiros atuantes em maternidade que não confirmarem o aceite após a leitura do TCLE.

Endereço: Rua Quinhinha Pires, 743
Bairro: Centro **CEP:** 70.255-010
UF: MA **Município:** CAXIAS
Telefone: (99)3251-3938 **Fax:** (99)3251-3938 **E-mail:** cepe@cesc.uema.br