



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

DAUANA MARCHIORO

CONHECIMENTO DE PRIMÍPARAS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

**CHAPECÓ
2014**

DAUANA MARCHIORO

CONHECIMENTO DE PRIMÍPARAS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Chapecó como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Professora Mestre Joice Moreira Schmalfluss

**CHAPECÓ
2014**

DGI/DGCI - Divisão de Gestão de Conhecimento e Inovação

Marchioro, Dauana

Conhecimento de primíparas sobre a violência obstétrica/ Dauana Marchioro. -- 2014.

61 f.

Orientadora: Joice Moreira Schmalfluss.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Enfermagem, Chapecó, SC, 2014.

1. Introdução. 2. Objetivos. 3. Revisão de literatura. 4. Metodologia. 5. Resultados e discussão.

I. Schmalfluss, Joice Moreira, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

DAUANA MARCHIORO

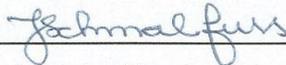
CONHECIMENTO DE PRIMÍPARAS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul.

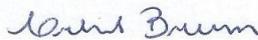
Orientadora: Professora Mestre Joice Moreira Schmalfuss

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado em:
11/12/2014

BANCA EXAMINADORA



Professora Mestre Joice Moreira Schmalfuss - UFFS



Professora Mestre Crhis Netto de Brum - UFFS



Professora Mestre Érica de Brito Pitilin - UFFS

Dedico este trabalho aos meus pais que me deram o apoio necessário para eu nunca desistir. Graças a vocês me tornei capaz de lutar por meus objetivos, correr atrás de ideais e jamais desistir dos meus sonhos. Que eu possa fazer pelos outros o que os senhores fizeram por mim.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pois acredito que tudo vem dEle e com certeza este sonho não foi só meu.

Agradeço aos meus pais Edison Luiz Marchioro e Sueli Fátima Lanzana Marchioro e à minha irmã Andressa Marchioro, por infinitos motivos, mas principalmente por estarem ao meu lado no decorrer desses anos e também me desculpo pelos momentos de ausência, deixando, muitas vezes, de vivenciar momentos especiais e únicos.

Ao meu amor e namorado William Pereira por ter paciência todas as vezes que o deixei de lado ou tive que escolher entre sua companhia ou mais alguns parágrafos de TCC, me dizendo sempre que isso logo ia passar.

À Universidade Federal da Fronteira Sul e ao corpo docente do Curso de Graduação em Enfermagem que contribuíram de diversas maneiras para a chegada até aqui.

À professora e orientadora Mestre Joice Moreira Schmalfluss por ter sido a base fundamental na construção não somente desse trabalho, mas por estar presente nos percalços que apareceram no meio da caminhada, por ser um exemplo de profissional, correta, animada e bem humorada, pois isso sempre fez uma diferença enorme.

À banca examinadora, Crhis Netto de Brum, Érica de Brito Pitilin e Tassiana Potrich que, com toda a certeza, sempre contribuíram positivamente na construção desse processo.

A todos que direta ou indiretamente estiveram presentes comigo não só no decorrer do curso, mas na convivência diária. Muito obrigada!

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis. (ALENCAR, 1872, p. 88)

RESUMO

O aumento dos casos de violência obstétrica fez com que esse assunto ganhasse destaque na mídia e, hoje, é considerada uma das violências que mais deixa marcas psicológicas nas suas vítimas. O presente projeto visou analisar o conhecimento de mulheres primíparas sobre a violência obstétrica, a partir de sua vivência, no município de Chapecó/SC. Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. A pesquisa foi realizada no Centro Integrado de Saúde Norte. Os dados do estudo foram coletados nos meses de outubro e novembro, por meio de entrevista semiestruturada, realizada no domicílio das primíparas, em data e hora indicada por elas. Todas as entrevistas foram registradas com um gravador digital do tipo mp3 player e, posteriormente, foram transcritas. A análise dos dados coletados se deu de acordo com análise temática proposta por Bardin. O estudo respeitou os aspectos éticos de acordo com a Resolução de número 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, o qual envolve pesquisas com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Fronteira Sul sob número CAEE 33711814.5.0000.5564. Participaram do estudo quatro primíparas cadastradas na Unidade de Saúde onde foi realizada a pesquisa, com idade média de 21,25 anos; 75% concluíram o ensino médio (segundo grau) e 25% estava em fase de conclusão; três entrevistadas exerciam trabalho remunerado com vínculo empregatício e apenas uma exercia trabalho autônomo; duas mantinham união estável com o parceiro, uma estava casada e uma estava solteira. A análise dos dados resultou em um tema, sendo ele: violência obstétrica. Como resultados, destaca-se a lacuna de conhecimento que as primíparas possuem sobre o tema violência obstétrica e o que constitui atos de violência durante o período gravídico-puerperal. Ainda, acredita-se que essa lacuna por parte das primíparas se dá, principalmente, pela falta de informação disponibilizada pelos órgãos de saúde no decorrer desse período, bem como dos veículos de informações populares e, também, por influências culturais, de aceitar as coisas como elas sempre foram. Com a realização deste trabalho espera-se uma contribuição quanto à identificação da violência obstétrica e, desta forma, auxílio às mulheres que sofreram e sofrem este tipo de violência a reivindicarem por uma assistência digna no sentido de criar possibilidades para o seu empoderamento, garantindo-lhes o respeito e a dignidade, além de um cuidado humanizado.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Obstetrícia. Parto. Saúde da mulher.

ABSTRACT

The increase in cases of obstetric violence caused this issue gained prominence in the media and today is considered one of the most violence leaves psychological scars on its victims. This project aimed to analyze the knowledge of primiparas on obstetric violence, from their experience, in Chapecó / SC. This was a study of qualitative approach, descriptive and exploratory. The survey was conducted in the Integrated North Health Center. The study data were collected in October and November, through semi-structured interviews carried out at home first calf at a date and time indicated by them. All interviews were recorded with a digital recorder type mp3 player and were later transcribed. The analysis of the data was in accordance with thematic analysis proposed by Bardin. The study complied with the ethical aspects according to the number of Resolution 466 of 2012, the National Health Council, which involves research on human beings, being approved by the Ethics of the Federal University of South Border Committee under CAEE 33711814.5.0000.5564 number. The study included four primiparous registered at the Health Unit where the study was performed, with a mean age of 21.25 years; 75% completed high school (high school) and 25% were nearing completion; three interviewed exercised paid work with employment and only exercised self-employment; two maintained a stable relationship with a partner, one was married and one was single. Data analysis resulted in a theme, being: obstetric violence. As a result, there is a knowledge gap that gilts have on the subject obstetric violence and what constitutes acts of violence during pregnancy and the postpartum period. Still, it is believed that this gap by first calf is given mainly by the lack of information provided by health agencies during this period as well as the popular information vehicles and also by cultural influences, to accept things as they always were. With this work we expect a contribution on the identification of obstetric violence and thus help to women who have suffered and are suffering from this type of violence to claim for dignified care in order to create opportunities for their empowerment, ensuring they respect and dignity, and a humanized care.

Keywords: Obstetric Violence. Obstetrics. Parturition. Women's Health.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ATP	Atividade Teórico-Prática
CIS	Centro Integrado de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SESC	Serviço Social do Comércio
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	15
2.1	OBJETIVO GERAL	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	EVOLUÇÃO DA OBSTETRÍCIA	16
3.2	O SURGIMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	19
3.3	O (DES) CUIDADO NA OBSTETRÍCIA	20
4	METODOLOGIA	25
4.1	TIPO DE ESTUDO	25
4.2	LOCAL DE ESTUDO	25
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	26
4.4	COLETA DE DADOS	26
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	27
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	28
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	31
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
	REFERÊNCIAS	45
	APÊNDICE A - Entrevista Semiestruturada	50
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	52
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento para Fotografia, Filmagem e Gravação	54
	APÊNDICE D - Termo de Compromisso para Utilização de Dados	55
	ANEXO A - Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas	56
	ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP/UFS	57

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos os seres humanos estão sujeitos aos mais diversos tipos de violência e estas podem acontecer em diferentes cenários: no domicílio, no espaço público e até mesmo em órgãos de saúde. Pouco se visualiza sobre o cumprimento de leis e normas contra os tipos de violências e o que mais se nota é que estes passam despercebidos ou são tratados com descaso.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1996), a violência é caracterizada pela imposição de um grau significativo de dor e sofrimento que poderiam ser evitáveis (COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER, 1996).

Segundo Aguiar e d'Oliveira (2011 Apud Chauí, 1985, p. 35), a violência é definida como:

conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência.

Em relação especificamente à violência contra a mulher, são considerados três tipos de violência, sendo eles: a física, a sexual e a psicológica, manifestando-se por meio das relações de poder, culturalmente desiguais entre homens e mulheres. Assim, a violência contra a mulher é definida como a imposição de um grau de dor significativo e um tipo de sofrimento evitável (DIAS; RAMOS, 2003; OMS, 1981).

A violência doméstica contra a mulher, que pode se manifestar de forma física, sexual e/ou psicológica, é considerada crime no Brasil e está amparada pela Lei Maria da Penha, de número 11.340, datando do ano de 2006. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), entre os três tipos de violência contra a mulher, a violência física é entendida como qualquer conduta que ofenda a integridade ou a saúde corporal da mulher; já a violência psicológica é qualquer conduta que cause dano emocional e/ou diminuição da autoestima ou que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento das atividades da mulher ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamento e credos, mediante ameaça, humilhação, manipulação, vigilância constante, perseguição, insulto, chantagem, ridicularização, exploração, humilhação e limitação do direito de ir e vir; e, por fim, a violência sexual caracteriza-

se como conduta que obrigue a mulher a presenciar, manter ou participar de atos sexuais ou relação sexual não desejada, diante de algum tipo de intimidação, ameaças, uso da força e ainda, que incentive a comercialização da sexualidade, impedindo o uso de qualquer método contraceptivo, forçando o casamento civil, forçando uma gravidez ou um aborto, e incentivando a prostituição mediante atitudes rudes e hostis (BRASIL, 2006).

Entre os três tipos de violência citados existe um subtipo bastante atual que ocorre dentro das instituições de saúde no qual é sofrida por mulheres em trabalho de parto e/ou parto, ou ainda, no período puerperal - a chamada violência obstétrica.

Para a Rede Parto do Princípio (2012), a violência obstétrica é caracterizada pelo abuso de algo ou alguém, em relação à saúde sexual e reprodutiva da mulher, podendo ser cometida por profissionais da saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas ou qualquer outra pessoa que tenha contato com a mulher antes, durante ou após a prestação de um serviço de saúde.

Aliado ao exposto, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013) define violência obstétrica como sendo apropriação do corpo feminino e do processo reprodutivo das mulheres, demonstrado por meio do tratamento desumano, uso abusivo de medicações, tratamento de processos naturais como sendo patológicos. Sendo todos esses processos causados pelos profissionais de saúde, resultando na perda de autonomia dessas mulheres, bem como perda da capacidade de decisão destas, alterando negativamente na sua qualidade de vida.

A violência obstétrica tem ganhado destaque nas publicações científicas, na mídia, entre outras associações e Organizações Não Governamentais (ONGs) ligadas à obstetrícia. Um exemplo disso é o documentário “*Violência Obstétrica: a voz das brasileiras*” lançado em 2013 e que aborda facetas desse tipo de violência. E, mais recentemente, porém no mesmo ano, foi lançado o filme “*O Renascimento do Parto*” que resgata o protagonismo da mulher no período gravídico-puerperal, elencando os diversos tipos de violência sofrida pela mulher.

Nesse contexto, no ano de 2010, a Fundação Perseu Abramo, juntamente com o Serviço Social do Comércio (SESC), realizou uma pesquisa com mulheres brasileiras sobre gênero em espaços públicos e particulares. Como resultados dessa pesquisa, 25% das mulheres que participaram havia sofrido algum tipo de violência durante a gestação, tanto em consultas de pré-natal quanto no momento do parto.

As agressões estiveram relacionadas à repreensão, humilhação, gritos por não obedecerem a ordens, exames dolorosos em demasia (toque vaginal), discriminação por cor ou classe social (VENTURI et al, 2010).

Contrapondo a origem da Obstetrícia que tem como um dos seus significados ficar ao lado, bem como o que deveria ser preconizado pelos profissionais, infelizmente o que se observa é que apesar de alguns esforços realizados para respeitar a origem da palavra, ainda prevalece uma assistência cuja base é o poder e a dominação que extrapolam limites, recaindo na desumanização e constituindo atos de violência contrários a tudo que fora mencionado anteriormente (BOURDIEU, 1996; REZENDE, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (2001), é fundamental que o acompanhamento do trabalho de parto e do parto da mulher seja um momento de confiança e segurança entre profissional e paciente. Nesse sentido, se faz necessário um cuidado com orientações a cada procedimento, valorizando a participação ativa das parturientes e respeitando o momento de dor, ansiedade e nervosismo.

De acordo com Wolff e Waldow (2008, p. 138):

o parto é um evento que integra a vivência reprodutiva da mulher e seu parceiro. Os profissionais de saúde são coadjuvantes dessa vivência, desempenhando um importante papel ao colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, ajudando-os no processo de parturição e nascimento de forma saudável, humana e humanizadora.

As altas taxas de cesáreas também podem ser consideradas uma forma de violência, visto que, no Brasil, elas ultrapassaram o limite e continuam aumentando todos os dias. No ano de 2007, 47% dos partos aconteceram por cirurgia, sendo a rede pública responsável por 35% desses partos e a rede particular por 80%. Já em 2008, a rede pública diminuiu suas taxas para 31%, porém a particular aumentou para 84,5% os partos cesáreos (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Segundo o exposto, o presente projeto tem como temática a violência obstétrica nas suas diferentes formas de manifestação, sendo realizada por qualquer membro da equipe de saúde, independentemente do fato ou ato que ocasionou uma situação desconfortável, dolorosa ou constrangedora para a mulher. Ainda, que tenha invadido a privacidade da mulher, bem como dificultado ou tornado desagradável um momento especial da sua vida, o de dar à luz.

O desejo de trabalhar com esse tema surgiu a partir de uma atividade teórico-prática (ATP) realizada no Componente Curricular “O Cuidado no Processo de Viver Humano II”, na 7ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul. Durante a realização das ATPs no Centro Obstétrico e Maternidade de um hospital localizado no oeste do Estado de Santa Catarina, foi possível observar diversas cenas de violência obstétrica praticada a mulheres nos diferentes contextos de atenção, desde o trabalho de parto até o puerpério mediato.

Assim, o presente estudo procurará responder às seguintes questões de pesquisa: qual o conhecimento de mulheres primíparas sobre a violência obstétrica? Elas identificam ter sofrido esse tipo de violência? Em que cenário/contexto a violência aconteceu?

2 OBJETIVOS

Nesta parte do projeto serão apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos.

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o conhecimento de mulheres primíparas sobre a violência obstétrica, a partir de sua vivência, no município de Chapecó/SC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar se as mulheres identificam episódios de violência praticada no período gravídico-puerperal.
- Identificar o cenário e contexto no qual a violência obstétrica ocorreu, nos casos em que esta foi praticada.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura, serão abordadas as seguintes temáticas: evolução da obstetrícia, surgimento da violência obstétrica e o cuidado/descuidado na obstetrícia.

3.1 EVOLUÇÃO DA OBSTETRÍCIA

Historicamente, os partos e os cuidados pós-parto eram realizados por mulheres popularmente chamadas de aparadeiras, comadres ou ainda parteiras-leigas. Elas possuíam um conhecimento empírico e acompanhavam no domicílio as mulheres durante a gestação, parto e puerpério, incluindo cuidados ao recém-nascido (BRENES, 1991).

No Brasil, as atribuições das parteiras eram similares as das parteiras europeias, tais como: partejar, acompanhar as amas-de-leite e cuidar da mãe e do recém-nascido. As parteiras também eram convocadas como peritas em exames médico-legais, assinavam atestado de saúde e doença, vacinavam, faziam abortos e tratavam doenças como infertilidade nas mulheres (BARRETO, 2008)

Ainda, segundo o mesmo autor, até alguns anos atrás essas parteiras eram vistas como mulheres sujas, sem qualificação científica, abortadeiras, bruxas, fofoqueiras e outros adjetivos de baixo calão. Nas décadas de 70 e 80 as análises feministas inverteram essa imagem negativa que a sociedade tinha sobre as parteiras ao mostrarem que o parto realizado no domicílio, conduzido pela parteira-leiga e com o auxílio de outras mulheres, não provocou tantas mortes e nem foi tão prejudicial à sociedade, como os médicos haviam comentado na época (BARRETO, 2008).

Em relação à formação das parteiras, essas podiam ser ocasionais ou de ofício. As parteiras ocasionais eram responsáveis pelo parto, porém não possuíam a parturição como principal atividade ou atividade secundária. As parteiras de ofício dividiam-se em três categorias: as leigas, que possuíam apenas o saber empírico; as examinadas que eram avaliadas por cirurgiões e depois de responder a perguntas teóricas e práticas recebiam uma carta de autorização para o ofício e arte de partejar; e as diplomadas que tinham como profissão a parturição e que cursavam obstetrícia em alguma das faculdades de medicina (BARRETO, 2008).

Para Barreto (2008) a maioria das parteiras era vista como auxiliar de médico, pelo fato de possuírem uma renda mensal bem inferior e por dependerem de autorização médica ou do cirurgião para exercerem oficialmente a profissão de parteira.

A prática obstétrica foi incorporada como uma das atribuições da Medicina intitulado-a como arte obstétrica e os profissionais formados por ela eram denominados como parteiros ou médicos-parteiros. Esse processo aconteceu inicialmente na Europa nos séculos XVII e XVIII, chegando ao Brasil no século XIX quando houve a inauguração das escolas de medicina e cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro (BRENES, 1991).

A primeira Faculdade de Medicina foi implantada na Bahia, no ano de 1808, pela necessidade de preparar profissionais cirurgiões que dominassem o conhecimento em anatomia e na arte obstétrica. A segunda faculdade foi instalada no Rio de Janeiro em 1809 e, inicialmente, era utilizada como Hospital Militar (PORTO; CARDOSO, 2009).

As condições de ensino nas faculdades eram precárias, tornando-se quase impossível realizar trabalhos práticos de clínica obstétrica. Uma reforma que objetivou melhorar as condições físicas e de ensino nas faculdades ocorreu em 1832 e melhorou o ensino teórico dos futuros médicos quanto à prática, pois as faculdades passaram muitos anos sem ter uma enfermaria ou um serviço de apoio clínico para as mulheres grávidas e parturientes (BRENES, 1991)

Segundo Porto e Cardoso (2009, p. 2):

com o passar dos anos e pelo prestígio obtido, o ensino da medicina necessitou ser reconfigurado, apesar das lacunas observadas no processo de formação médica. Neste sentido, em 1832 as duas Faculdades de Medicina (Bahia e Rio de Janeiro) foram equiparadas nas cadeiras ministradas, bem como passaram a conceder aos concluintes o título de doutor para os médicos. Outros cursos também foram criados, entre eles, o Curso de Partos realizado em três anos, possuindo várias cadeiras, entre elas: parto, moléstias de mulheres pejudadas¹ e paridas, e recém-nascidos.

Entre os séculos XVIII e XIX houveram mudanças no discurso médico em relação ao parto, ou seja, foi desmistificada a ideia de que o parto era um fenômeno conduzido pelas leis da natureza, mas antes suas bases estavam assentadas na fisiologia (BARRETO, 2008).

¹ Mulher prenha, grávida.

A arte obstétrica concentrava seus estudos no parto com enfoque biológico, por isso no século XIX foram incorporados aos novos manuais de obstetrícia, estudos anatômicos, patológicos, fisiológicos e clínicos, bem como a descoberta da física, química e terapêutica, pelo fato de que o discurso anatomopatológico permitia a interrupção da gestação pelo médico-parteiro, caso fosse observado algum sinal de risco para a vida da mulher (BRENES, 1991; BARRETO, 2008).

De acordo com Brenes (1991) a introdução da medicina no cenário do parto inaugurou a experimentação clínica articulada com esse discurso anatomopatológico e também a imposição da figura masculina nas práticas da obstetrícia.

Nessa época (século XIX), as parteiras diplomadas atendiam em consultórios próprios ou em parceria com os médicos em Casas de Maternidade fundadas por elas, no qual eram as responsáveis pelos partos eutócicos e eles pelos partos distócicos (PORTO; CARDOSO, 2009).

Essa parceria entre médicos e parteiras pode ser entendida no discurso de Porto e Cardoso (2009, p. 5), que diz:

a Faculdade de Medicina para ensinar a Arte de Partear precisava de mulheres grávidas, que pariam com as Parteiras Diplomadas. Neste sentido, os médicos precisavam romper com aquela prática para tornarem-se porta-voz e terem aos seus auspícios o discurso autorizado sobre o corpo da mulher.

A evolução da obstetrícia foi marcada entre os anos de 1832 a 1876 no Rio de Janeiro com demarcação geográfica a partir do olhar da Enfermagem. A Faculdade de Medicina começou a investir na formação de Parteiras Diplomadas, com o intuito de promover uma melhora no atendimento às mulheres. Hoje em dia as Enfermeiras Obstétricas podem ser consideradas sucessoras das Parteiras Diplomadas, pois permanecem na luta por melhorias na assistência ao parto, assim como as Parteiras agiam, respeitando a fisiologia feminina e o corpo da mulher no momento do parto (PORTO; CARDOSO, 2009).

Em muitos momentos, observa-se que falta apoio e parceria para a Obstetrícia continuar essa luta histórica que começou com mulheres humildes e que fizeram seu trabalho da melhor maneira possível. Luta esta que teve sua continuação com a introdução da Medicina no cenário da parturição. Quando as tecnologias foram inseridas e passaram a prevalecer acima do desejo da mulher, estas tornaram-se prejudiciais a ela. Essa evolução que a Obstetrícia vivenciou fez com que surgissem

casos de violência durante a parturição, ou seja, a adoção de procedimentos técnicos que facilitaram o trabalho a ser realizado. Muitos desses procedimentos e condutas utilizadas de forma inadequada e exacerbada caracterizaram o início da violência obstétrica.

3.2 O SURGIMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

No século XX o parto passou a ser hospitalar e essa mudança propiciou a inclusão de atos e rotinas cirúrgicas aos partos, incluindo episiotomia e fórceps profilático. O ato de dar à luz, tido como uma experiência feminina de profundidade subjetiva e de emoção sem igual, com características domiciliares tanto para a mulher quanto para a sua família, transformou-se numa experiência hospitalar, um momento oportuno para o treinamento de acadêmicos, residentes de Medicina e obstetizes (WOLFF; WALDOW, 2008).

A violência obstétrica passou a acontecer a partir da institucionalização do trabalho de parto, da medicalização da mulher no intraparto, do uso de objetos perfuro-cortantes e/ou invasivos como fórceps, tesouras e pinças, alegando um parto mais rápido e sem riscos para a mulher, sendo esse um assunto bem recente e compreendido como uma relação assimétrica, heterogênea, que tem significado histórico de hierarquia, poder, com características dominadoras, exploradoras e opressoras (DIAS; RAMOS; PEREIRA, 2003; 2004).

Ainda segundo os autores Wolff e Waldow (2008) existe uma conspiração de silêncio, ou seja, uma falta de denúncia dessa violência, impedindo que esses dados sejam revelados, mostrando a todos a gravidade desse fenômeno cada vez mais comum.

Segundo Aguiar e d'Oliveira (2011, p. 80):

a violência institucional nas maternidades públicas do Brasil é determinada, em parte, por uma violência de gênero, que transforma diferenças [...] em desigualdades, uma relação hierárquica na qual a paciente é tratada como um objeto de intervenção profissional, e não um sujeito de seus próprios atos e decisões sobre o que lhe acontece. Subjaz a este contexto a permanência histórica de uma ideologia de gênero naturalizadora da inferioridade física e moral da mulher e de sua condição de reprodutora como determinante do seu papel social.

Nos dias atuais, predomina o modelo tecnocrático que norteia e conduz as práticas obstétricas. Depois da institucionalização do parto, a mulher foi limitada à

situação de paciente, perdendo a autonomia sobre o próprio corpo e impossibilitada de estar junto aos seus familiares e com o próprio filho logo após o nascimento. O parto, hoje, é encarado como algo patológico, biologicista e intervencionista. Isso se dá pela mecanização que surgiu ao longo do tempo, com a criação da “arte obstétrica”, sendo marcado por procedimentos de tricotomia, episiotomia, enteróclise, anestesia, medicações, fórceps, entre outros (SEIBERT, 2005).

Alguns hospitais, atualmente, contam com tecnologia de ponta para atendimento da clientela. Maquinários importados que oferecem às futuras mães todo o comodismo de ter um filho, subtraindo a dor, a demora e também a participação das mesmas no trabalho de parto e parto, tornando-as passivas desse momento.

Toda essa tecnologia tem influência direta na cultura das mulheres e distancia cada vez mais a arte de dar à luz naturalmente. Essa mudança na cultura da população faz com que os partos sejam vistos como outro procedimento cirúrgico qualquer, ou seja, a visão de que é algo fisiológico e natural se perdeu ao longo do tempo e talvez demore muito tempo a predominar novamente.

3.3 O (DES)CUIDADO NA OBSTETRÍCIA

Derivada da palavra latina *obstetrix* e do verbo *obstare* – *ficar ao lado* ou *em face de* – a Obstetrícia abrange toda a gestação, o parto e também o puerpério. Ainda abrange a fisiologia desses períodos, as possíveis patologias associadas e os acidentes inevitáveis (REZENDE, 2011).

A arte de dar à luz a alguém e de partejar é uma atividade que acompanha a humanidade e que faz parte da história da mulher. O parto foi considerado por muito tempo uma atividade exclusivamente feminina e geralmente era realizado por parteiras, como tradição. Assim, durante muito tempo, o parto foi uma vivência exclusiva das mulheres, envolvendo uma intensa experiência corporal e emocional (BRENES, 1991).

No estudo realizado por Wolff e Waldow (2008), os autores afirmam que considerando o contexto do parto normal, os profissionais de saúde estão buscando melhorias na atenção dada às parturientes, tentando ampliar a assistência igualitária. O relacionamento multiprofissional, no qual cada profissional respeita o

saber de cada categoria, auxilia no atendimento à mulher em trabalho de parto, garantindo qualidade da assistência prestada e satisfação das usuárias.

Na maioria das vezes a violência não é cometida fisicamente, porém no decorrer do trabalho de parto a mulher fica vulnerável, podendo ser submissa e passiva a ordens, pois está em um momento delicado. É uma violência consentida, apesar de não ser conscientizada como tal (WOLFF; WALDOW, 2008).

Segundo os autores recém citados, as mulheres durante o trabalho de parto e parto não opinam e silenciam suas reclamações, tanto por medo como por opressão. Ainda, o fato de estarem vivenciando um momento especial faz com que todos os maus tratos sejam esquecidos logo após o nascimento do bebê (WOLFF; WALDOW, 2008).

Em um estudo realizado por Pereira (2004), várias mulheres relataram os principais atos de violência que sofreram durante o trabalho de parto em hospitais. Esses atos perpassaram desde a fragmentação do corpo até o desrespeito em suas dores e desconfortos causados por procedimentos rotineiros durante o trabalho de parto. Um exemplo disso é o toque vaginal, método utilizado por todos os médicos e apontado pelas mulheres como o mais desagradável e doloroso. No estudo, uma mulher chegou a ser tocada oito vezes no período de uma hora por profissionais diferentes.

Além do toque, outros atos de violência também marcaram de maneira negativa a vida das mulheres. Os mais citados no estudo de Pereira (2004) foram o fórceps – utilizado principalmente em natimortos – e o uso da episiotomia como facilitadora nos partos vaginais, que em primíparas foram realizados como procedimento padrão.

Nesse âmbito, como tentativa de resgatar o parto como um processo fisiológico e respeitado, há 14 anos surgiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), criado pelo Ministério da Saúde pela Portaria/GM de número 569, no ano de 2000. Este tem como objetivo prioritário garantir a melhoria do acesso aos serviços de saúde, melhoria na cobertura e na qualidade do desenvolvimento do pré-natal, na assistência ao parto e no período de puerpério tanto para as gestantes quanto para os recém-nascidos, na perspectiva dos direitos de cidadania.

Possui como objetivos principais:

1) concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país. 2) adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. 3) ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2002 p. 6).

Os objetivos preconizados no PHPN com as Secretarias de Saúde estaduais e municipais a fim de fazer com que vigorassem e passassem a ser executados para de fato oferecer uma assistência humanizada às gestantes e puérperas ainda não foram totalmente alcançados. No próximo subitem serão apresentados os dois extremos na luta pela humanização do parto e da assistência prestada nesse contexto.

De acordo com o MS, a humanização é entendida como a valorização dos diferentes sujeitos, implicados no processo de saúde, sejam eles usuários, trabalhadores e gestores. Incentiva a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles e a identificação das necessidades sociais de saúde (BRASIL, 2006).

O contexto de cada gestação é determinante para o desenvolvimento do bebê, influenciando na relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança durante a gestação e nas primeiras horas após o nascimento. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto com o mínimo de problemas sofridos fortalece esses vínculos familiares e dá condição para o desenvolvimento saudável da criança (BRASIL, 2006).

Para Seibert (2005, p. 249)

o humanismo tem como princípio não seguir o modelo convencional, elevando a mulher a sujeito, dando-lhe direito a escolhas, valorizando a participação da família e procurando incentivar ao máximo a participação ativa do acompanhante na hora do parto.

No Brasil, nos últimos anos, esforços consideráveis têm sido lançados em prol de mudanças na atenção obstétrica e neonatal, tanto por instituições governamentais quanto pelas não governamentais (BRUGGERMAN; OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

Dois pilares sustentam a humanização, sendo que o primeiro pilar é o dever que as unidades possuem de receber as mulheres, seus familiares e filho com dignidade. Para isso, é exigido ética e solidariedade por parte dos profissionais da saúde e da organização, juntamente com um ambiente acolhedor, com normas e rotinas da instituição que acabem com o antigo isolamento da mulher no momento de dar à luz; o outro pilar é agir com prudência e sabedoria diante dos procedimentos a serem realizados na gestante, pois muitos deles são desnecessários, intervencionistas e que muitas vezes podem acarretar em riscos para o binômio (BRASIL, 2002).

Considerando o contexto atual, a Portaria de número 1.459, de 24 de junho de 2011, que regulamenta a Rede Cegonha, prevê uma série de cuidados ligados ao pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico envolvendo transporte sanitário e regulação, visando assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar e à atenção humanizada à gestação, ao parto e ao puerpério, incluindo também o direito da criança ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento de formas saudáveis (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha tem como objetivos principais:

fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade, e; reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Para Leocádio (2007), a humanização como ferramenta para estabelecer uma relação está fundamentada na capacidade dos indivíduos de compartilhar os sentimentos uns com os outros, sendo capaz de ver o sofrimento de alguém, colocar-se no lugar do outro, buscar amenizá-lo ou evitá-lo, ser for possível. Ter compaixão é se identificar com a dor do outro e simpatizar-se é sentir esse sofrimento com a mesma intensidade. Porém, essa simpatia faz com que o encontro de dois sujeitos seja na felicidade, e a compaixão faz com que seja na dor.

Humanizar algo nada mais é do que colocar amor e respeito naquilo que está se fazendo. Portanto, a humanização do parto deve sim acontecer, deve ser amparada por lei e deve, principalmente, tornar-se rotina nas instituições de saúde, a fim de que todas as mulheres sejam tratadas com o respeito e a dignidade que

merecem, não apenas por estarem gestantes ou serem puérperas, mas por serem pessoas.

4 METODOLOGIA

A seguir, serão apresentadas as etapas da metodologia que foram utilizadas no desenvolvimento da pesquisa.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório.

Para Marconi e Lakatos (2003) a pesquisa qualitativa é um método de interpretação dinâmico e totalizante da realidade, pois afirma que os fatos não podem ser considerados se não estiverem dentro de um contexto social, político ou econômico.

Os estudos descritivos, para Vergara (2000), expõem características de uma determinada população ou sobre um determinado problema. Não busca explicar esses problemas, porém serve de base para algumas possíveis explicações.

De acordo com Gil (2005), as pesquisas exploratórias são aquelas que têm como objetivo propor maior entendimento sobre um determinado assunto. Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador procura conhecer mais sobre o tema em estudo.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Centro Integrado de Saúde Norte (CIS Norte), localizado no município de Chapecó, Santa Catarina. Este serviço de saúde conta com o atendimento de gestantes e puérperas, no qual são assistidas por uma enfermeira e uma médica ginecologista-obstetra que realizam o acompanhamento pré-natal e puerperal das mesmas. Ressalta-se que a Unidade de Saúde mencionada faz parte do campo de atividades teórico-práticas do Curso de Graduação em Enfermagem da UFFS, sendo estas realizadas na oitava fase, pelo Componente Curricular O Cuidado no Processo de Viver Humano II, no qual desenvolve atividades relacionadas à saúde da mulher e da criança. Tal vínculo com o CIS Norte já propiciou um prévio conhecimento da Unidade e da sua área de abrangência, tornando mais fácil a inserção da pesquisadora para a realização das entrevistas.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo quatro primíparas, sendo **critérios de inclusão**:

- ser primípara (justifica-se este critério, pois acredita-se que primíparas possuem vivências diferentes das multíparas, já que é a primeira experiência destas mulheres com a gestação e, conseqüentemente, com o pré-natal, parto e puerpério);
- ter sido submetida a parto vaginal (justifica-se este critério, pois as mulheres submetidas a um parto cesáreo recebem uma assistência diferente, até mesmo em função da equipe que presta o atendimento, bem como o local que o procedimento ocorre, no bloco cirúrgico do hospital e não no centro obstétrico);
- ter tido filho há menos que seis meses (este critério de inclusão justifica-se pelo fato de que se a mulher for entrevistada após um longo período em que o episódio da violência aconteceu, a lembrança poderá não ser fidedigna ao que realmente e como ocorreu);
- ter mais que 18 anos;
- estar cadastrada na Unidade de Saúde onde a pesquisa será realizada;
- ter cadastro no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – SISPRENATAL.

Foram **critérios de exclusão** no estudo:

- mulheres que tiveram casos de gestação interrompida anterior decorrente de um aborto ou uma perda fetal;
- realização do pré-natal na rede privada de saúde;
- realização do parto em hospital particular;

O número total de primíparas entrevistadas seguiu o critério de saturação de dados, no qual a coleta cessa quando os dados atingem os objetivos da pesquisa e começam a se repetir (DENZIN, LINCOLN; 1994).

4.4 COLETA DE DADOS

As primíparas foram identificadas com o auxílio de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), seguindo informações colhidas ao longo das visitas domiciliares. Após essa identificação inicial foi realizado contato com as possíveis primíparas que se encaixassem nos critérios de inclusão, via telefone ou pessoalmente. As entrevistadas nos domicílios das mulheres, em horário e data escolhida por elas. A

coleta de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2014, por meio de uma entrevista semiestruturada, com perguntas pré-estabelecidas (APÊNDICE A).

Todas as entrevistas foram registradas com um gravador digital do tipo MP3 Player e, posteriormente, foi realizada a transcrição destas.

Para Manzini (1990/1991), a entrevista semi-estruturada mantém o foco em um determinado assunto sob a base de questões pré-estabelecidas, mas que se completam com outras questões momentâneas. Esse tipo de entrevista permite respostas mais livres, sem ter alternativas padrões. Ainda, para Marconi e Lakatos (2003), o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido, com perguntas predeterminadas, o que evita alterar a ordem dos tópicos ou fazer outras perguntas que não estejam relacionadas ao interesse da pesquisa.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Bardin (1997), a análise de conteúdo é utilizada quando o pesquisador quer ir além dos significados que já possui. É apropriar-se do que é dito nas entrevistas elaboradas, mas também daquilo que não é dito verbalmente, porém é dito com um gesto, expressão, comportamento, etc.

Ainda segundo a autora:

a análise de conteúdo é usada quando se quer ir além dos significados, da leitura simples do real. Aplica-se a tudo que é dito em entrevistas ou depoimentos ou escrito em jornais, livros, textos ou panfletos, como também a imagens de filmes, desenhos, pinturas, cartazes, televisão e toda comunicação não verbal: gestos, posturas, comportamentos e outras expressões culturais (BARDIN, 1997, p. 42).

O modelo de análise proposto por Bardin (1997) compreendeu três etapas, sendo as mesmas apresentadas conforme segue:

- pré-análise: é a fase de organização do material coletado que visa a escolher os documentos que serão submetidos à análise. Nesta etapa, realiza-se a leitura flutuante e a escolha dos documentos que serão analisados, respeitando questões como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência. Após, segue-se para os objetivos iniciais do estudo, para a

referenciação dos índices e a elaboração de indicadores, e, finalmente, para a preparação do material.

- exploração do material: esta é a fase mais longa, que consiste, basicamente, de operações de codificação em virtude de regras previamente formuladas. A organização da codificação compreende o recorte (escolha das unidades de registro), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação e agregação (escolha das categorias). Vale ressaltar que as categorias reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico.

- tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação: permite classificar as informações obtidas. É a etapa em que se realizam inferências e interpretações, relacionando-as mutuamente com a questão teórica do estudo.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução de número 446 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo obteve aceite para sua execução por meio da assinatura do representante legal da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó/SC, manifestado na Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas (ANEXO A). Também recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) sob o número CAAE 33711814.5.0000.5564 (ANEXO B).

Os dispositivos legais da Resolução mencionada foram respeitados, bem como o direito das mulheres que participaram desse estudo, em relação à regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). A proposta do estudo foi apresentada e detalhada individualmente às mulheres, que, aceitaram participar, receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), bem como o Termo de Consentimento para Fotografia, Filmagem e Gravação (APÊNDICE C).

Durante todo o processo de pesquisa foi observada e respeitada a Resolução de número 466, que visa assegurar os direitos e deveres dos participantes e do pesquisador, à comunidade científica e ao Estado, para assim atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes. Dentre outros tópicos, foi direcionada uma atenção maior aos itens listados:

- aprovação do Projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS);
- obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do participante da pesquisa e também do Termo de Consentimento para Fotografia, Filmagem e Gravação;
- respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos, bem como os hábitos e costumes dos participantes.

O TCLE foi entregue às participantes da pesquisa em duas vias, no qual haviam todas as informações do estudo, sendo que uma via ficou com o responsável pelo estudo e a outra com a participante. As mulheres foram informadas sobre os objetivos, os riscos e benefícios, bem como sobre a possibilidade de deixarem o estudo a qualquer momento, sem que isso representasse qualquer penalização ou prejuízo a elas.

Os riscos e desconfortos eventuais e provenientes desta pesquisa, para as participantes, foram: constrangimento durante a entrevista, incômodo em falar ou, ainda, mobilização emocional. Desta forma, as participantes foram isentas de responder a qualquer pergunta ou fornecer quaisquer informações durante a entrevista caso elas se sentissem desconfortáveis ou entendessem que a resposta tratava-se de algo muito pessoal e nos casos em que houve alguma mobilização emocional permitiu-se que as participantes continuassem a entrevista no momento em que elas achassem pertinente, sem insistência por parte da pesquisadora.

Como benefícios, acredita-se que a participação das primíparas neste estudo, auxiliou na reivindicação por uma assistência digna no sentido de criar possibilidades para o seu empoderamento, garantindo-lhes o respeito e a dignidade, além de um cuidado humanizado.

Além disso, a autora comprometeu-se a manter a confidencialidade das informações coletadas nos prontuários e carteiras de pré-natal das mulheres, assim como, o anonimato das entrevistas, de acordo com o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (APÊNDICE D). A fim de não permitir a identificação das participantes entrevistadas, estas foram nomeadas com a letra P de primípara e números que contemplaram o total das entrevistas, exemplo: P1, P2, e assim por diante.

Todos os documentos oriundos do estudo estão sob a responsabilidade da professora orientadora, Joice Moreira Schmalfluss e ficarão armazenados em seu

armário pessoal, localizado na UFFS, durante um período de cinco anos e, após, serão incinerados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As quatro primíparas que participaram do estudo tinham idade média de 21,25 anos, com idades variando entre 18 e 27 anos. A média das primíparas entrevistadas foi divergente da faixa etária que compreende a adolescência. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei número 8.069, de 13 de julho de 1990, o artigo segundo classifica a faixa etária que compreende a adolescência dos 12 aos 18 anos (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2010).

Um estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2009 em São Paulo e que buscou analisar a reincidência de gravidez, concluiu que das 32 mulheres que se encaixaram na pesquisa, as idades variaram entre 18 e 22 anos, a idade de maior frequência foi de 19 anos e a média de idade foi de 18,1 anos (IBGE, 2009). Este resultado reforçou que a prevalência de gravidez no SUS se dá na fase da adolescência, fato que também pôde ser observado nos achados do presente estudo.

Com relação à escolaridade das primíparas, três delas (75%) concluíram o ensino médio (segundo grau) e uma (25%) estava em fase de conclusão, mas em função da gravidez teve que adiar o término dos estudos por um período de tempo.

Das entrevistadas, três exerciam trabalho remunerado (auxiliar de classe, atendente de balcão e operadora de caixa) com vínculo empregatício e apenas uma exercia trabalho autônomo (manicure). Em relação à situação conjugal, duas delas mantêm união estável com o parceiro, uma é casada e uma é solteira.

A análise dos dados coletados resultou em um tema geral, sendo este denominado violência obstétrica. Alguns subtemas foram sendo contemplados ao longo da discussão e da apresentação dos resultados, tais como: conhecimento e/ou desconhecimento, dor/medo, medicalização, acompanhantes, entre outros.

5.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Um dos principais sentimentos dos quais as mulheres se lembram é a dor. Nos relatos coletados por meio das entrevistas com as primíparas, quando questionadas sobre detalhes do seu trabalho de parto, parto e pós-parto, todas citaram a dor como a maior lembrança que tinham do trabalho de parto e o medo vinha como

consequência, pelo fato de acreditarem que não iriam conseguir parir ou aguentar. Observa-se estes fatos nos relatos que seguem:

“o parto foi bem doloroso [...] foi bem complicado, aí eu desmaiava”. (P1)

“Eu só tive que esperar bastante, aguentar a dor, só isso que eu me lembro”. (P2)

“Daí me internaram num quartinho e daí me botaram soro pra vim mais forte as dores”. (P3)

“O parto foi, ah não sofri muito, não foi muito complicado, mas só na hora das dores, mas depois foi bem natural mesmo [...]”
(P4)

Em acordo, Silva et al (2014), afirma que a maternidade é entendida pelas mulheres como o início de um novo ciclo na vida, um marco que consagra a abrangência do papel feminino, o suprassumo de ser mulher, mesmo que a maioria das pacientes associe esse ciclo com a dor intensa e o sofrimento sentido.

Os relatos geralmente vinham acompanhados de faces de choro, como se elas revivessem, novamente, todo aquele momento, revivesse as dores, os medos e as fragilidades. Porém, as falas de dor e medo finalizaram com uma lembrança bonita, como se toda a dor valesse a pena no final de tudo.

“É foi meio que... dolorido, mas ela nasceu”. (P2)

Para Davim et al (2008), a dor durante o trabalho de parto é tida como a pior experiência de suas vidas, a qual é intermitente, variando de intensidade, de mulher para mulher, constituindo o amálgama que é revestido pela hora da expulsão fetal.

Em um estudo realizado com primigestas, em Fortaleza, sobre sentimentos e expectativas das mulheres em relação ao parto, a dor foi identificada como “vilã”. As informações vieram de mulheres que já haviam vivenciado a dor do parto. Esse

sentimento impactou-as diante da fragilidade emocional, sendo decorrente do desconhecimento do processo de parto e nascimento (ALMEIDA et al, 2012).

Esse desconhecimento, citado no estudo, também foi evidenciado na coleta de dados dessa pesquisa, pelo fato das entrevistadas serem mães pela primeira vez. Muitas mulheres relataram não saber se iam aguentar tanta dor. Esse fato pode ser evidenciado na fala desta entrevistada:

“porque ali na hora da dor a gente fica, sabe, eu pelo menos aguentei firme até um certo ponto, depois eu não aguentava mais”. (P4)

No decorrer das entrevistas, algumas mulheres, ao contar sobre o trabalho de parto referiram não se lembrar de muitas coisas, se esquecendo dos detalhes do parto e relacionando essa falta de lembrança pela dor sentida, por exemplo:

“acho que é isso... foi tudo. É que eu não lembro muito bem por causa que estava bem fraca e como eu desmaiava [...]”. (P1)

“Dor eu senti bastante, o resto eu não me lembro de muita coisa”. (P2)

Sobre a relação da dor e da falta de lembrança após o parto, são poucos os estudos que afirmam essa relação. Porém, foi possível observar esta associação no presente estudo.

Segundo uma pesquisa realizada por Davim et al (2008), o parto é um evento naturalmente e historicamente doloroso, esse mesmo evento é vivenciado, protagonizado e enfrentado pelas mulheres e, posteriormente, é esquecido.

A dor relatada pelas entrevistadas também teve relação direta com o tamanho do bebê. Segundo as mesmas, esse fato tem influência direta na dor, pois estas afirmaram que um bebê de tamanho maior demanda uma dilatação proporcional, diferentemente do que acontece com bebês que possuem estrutura e peso menores.

“Eu não tinha força e ela não tava bem encaixada e ela era grande pra sair”. (P1)

“Porque ele era pequeno e coisa, aí não sofri muito”. (P4)

Apesar de toda a dor sentida, todas as entrevistadas disseram valer a pena vivenciar momentos como os que experienciaram. Um fato importante que contribuiu para que elas aguentassem até o fim, fossem fortes e não desistissem foi a presença do marido ou do companheiro delas o tempo todo.

“Meu marido teve toda a hora comigo até a hora de eu ir pro quarto, toda a hora. [...] sim, foi bastante [importante], ele me deu força”. (P1)

Desde o dia 7 de abril de 2005, a Lei número 11.108 garante às parturientes o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS e, também para os atendimentos particulares (BRASIL, 2005).

Algumas instituições descumprem essa lei, deixando as mulheres sozinhas na sala de parto ou na maternidade, impedindo que essas vivenciem esses momentos na presença do pai da criança, da sua mãe ou de alguma outra pessoa que lhe traga segurança e consolo.

De acordo com Alvarenga e Hotimsky (2002), para as mulheres que estão sendo mães pela primeira vez, o nascimento do primeiro filho representa um momento de transição muito importante em suas vidas e talvez seja por esses motivos que elas desejem compartilhá-lo com pessoas queridas da sua família.

Um estudo realizado por Tomeliri et al (2007) relacionou essa rejeição inicial por parte dos profissionais pelo fato de sentirem-se ameaçados de alguma forma, podendo ser questionados sobre alguma conduta ou prática.

No decorrer dessa pesquisa, foi possível entender que a regulamentação não é cumprida, sendo que para algumas mulheres foi concedido o direito de escolherem alguém para estar presente na parturição. Já para outras mulheres, na mesma instituição, esse mesmo direito não lhes foi concedido ou isso se deu pela falta de conhecimento das gestantes sobre a Lei do Acompanhante.

“É, acompanhante só depois na internação, que daí meu marido ficou junto até depois que eu fui pro quarto”. (P1)

“Tava só eu na sala”. (P2)

A medicalização no momento do parto também foi mencionada pelas entrevistadas, tanto positivamente quanto negativamente, variando de acordo com o tipo de medicação e o momento em que ela foi usada. Nas falas a seguir podemos evidenciar:

“medicação eu lembro que eles me deram duas no braço antes. [...] Aí depois que eu fui pro quarto só depois que eles me deram medicação foi pra anemia, para o leite e para infecção”. (P1)

“Ah depois era só remédio pra dor [...] era um antiinflamatório e o paracetamol, acho que era pra dor, só isso que eu lembro (P4)

“Antes não, antes só me colocaram um soro, mas o nome eu não sei, mas não é aquele soro pra vim antes [o bebê]”. (P4)

Em relação ao uso de medicações no momento do parto, segundo a OMS (2009), nas últimas décadas foi evidenciada uma rápida expansão na criação e no uso de uma variedade de práticas para acelerar o início do trabalho de parto, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo natural e fisiológico do parto, objetivando resultados melhores nos índices de morte materna ou fetal e algumas vezes, também, para racionalizar padrões no caso do parto hospitalar.

Para Martin (2003), as críticas existentes em torno do parto medicalizado são válidas, pois essas técnicas existentes disciplinam o corpo da mulher, tendo controle total da vivência do parto, desfavorecendo o protagonismo feminino. Ainda, para a mesma autora, o parto é um evento natural e seguro, assim sendo, não precisa de tratamento.

Isso pode ser visto na fala abaixo:

“me colocaram no soro sem medicamento, só o soro, aí as contrações aumentaram e não me deram medicamento nenhum, só bem na hora do parto. [...] eu lembro que o médico pediu se as enfermeiras tinham dado medicação no soro e elas falaram que tinham esquecido”. (P1)

Outro ponto observado nos relatos foi o desconhecimento da medicação usada, ou seja, os profissionais aplicavam a medicação e não explicavam para a mulher o que era ou qual sua forma de ação.

“Aí depois do parto elas me deram uma no quadril, mas não me falaram qual era. [...] Na hora da medicação que eles esqueceram, que foi erro deles, que eles esqueceram a medicação”. (P1)

“Não lembro de medicação”. (P3)

A ideia de parto e nascimento humanizado está totalmente ligada ao empoderamento das mulheres, ao saber delas e as suas ações, dos poderes e dos potenciais de cada uma que, infelizmente, estão sendo cada vez mais subjugadas pela nossa sociedade, no qual o parto deixou de ser assunto das mulheres para se tornar assunto médico (TORNQUIST, 2002).

Sem o uso de nenhuma medicação, algumas formas de alívio da dor do trabalho de parto citadas pelas mulheres foram os métodos não farmacológicos, como deambulação, banhos quentes, que as deixavam mais relaxadas com consequente diminuição da dor sentida.

“Eles me mandaram caminhar, umas duas horas e meia, aí já tava com quatro centímetros [dilatação]”. (P1)

“Me botaram no chuveiro pra acalmar um pouco [a dor] e daí nasceu”. (P3)

O fato dos hospitais usarem fármacos na indução do trabalho de parto é visto negativamente pelas parturientes, pois estas acreditam que a dor não seria tão forte caso não utilizassem nada ou utilizassem algo contra a dor e não a favor dela.

Assim, quando questionadas se haviam passado por atos violentos durante o período de gestação e parto, a maioria das mulheres afirmou não identificar ter passado, mas no decorrer das entrevistas, principalmente no detalhamento do pré-parto, relataram algumas atitudes não condizentes com as boas práticas obstétricas.

“Ah por ter descoberto tarde, assim, foi bom. Eu gostei, a médica bem querida, bem legal [...] Daí ela viu que tinha estourado a bolsa, daí me internaram num quatinho e daí me botaram soro pra vim mais forte as dores”. (P3)

Segundo a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013), o uso da ocitocina como um acelerador do trabalho de parto é considerado danoso, já que interfere na saúde e na autonomia da mulher, causando dor e desconforto pelos seus efeitos, além de ser usado, muitas vezes, em demasia e de forma desnecessária.

Em todas as entrevistas realizadas percebeu-se que há lacunas no conhecimento das mulheres quanto ao que são atos de violência obstétrica. Em muitos casos não havia conhecimento nenhum e o pouco conhecimento que algumas delas detinham interferiram nas respostas, como por exemplo, não evidenciando ter sofrido violência obstétrica, pois para algumas, esta prática caracteriza-se, apenas, quando o médico fala de maneira grosseira com elas.

“Não passei por nenhuma situação, que eu me lembre pelo menos. Fui bem atendida [...] eu fui para o hospital meio-dia e fui ganhar ela nove e meia da noite”. (P2)

“Bom, cheguei aí tinha só uma enfermeira tava lá que ela era bem... como que eu posso dizer? Ignorante sabe, mas aí depois trocou de plantão, o médico também não gostou de mim, mas aí depois trocou de plantão [...] daí foi o... Aí não lembro dele mas foi bem querido comigo, me deixou calma,

me passou tranquilidade e a enfermeira também... Mas depois que trocou o plantão que foi às 7 horas na manhã, mas antes não foi assim". (P4)

O fato das entrevistadas não identificarem ter passado por episódios de violência obstétrica se dá pelo desconhecimento do que se configura esta violência. Ou, ainda, conhecer de maneira superficial ou diferente do que é de fato e automaticamente não se encaixar no que cada uma julga ser violência obstétrica.

Em relação ao parto propriamente dito, apenas quando solicitadas a detalhar os acontecimentos que ocorreram nesse processo é que as entrevistadas relataram ter vivenciado situações desagradáveis.

"Aí depois a placenta não queria sair, foi daí que tiraram a força [...] A neném também eles empurraram, eles forçaram embaixo do peito, aí a placenta tava contraída e não conseguiam tirar, tiraram à força. Da mesma forma que empurraram a neném, tiraram a placenta [...] Não queriam me dar anestesia. As enfermeiras falavam para o médico dar anestesia e ele falou que não, que era assim mesmo". (P1)

Mesmo com relatos assim, algumas mulheres não identificaram fatos desse tipo como sendo atos de violência obstétrica. Muitas acreditam, ainda, que esses procedimentos são padrões e necessários ao nascimento do bebê, sendo automaticamente esquecidos após o nascimento dos seus filhos.

Quando questionadas sobre o que conheciam ou já tinham ouvido falar sobre violência obstétrica, algumas respostas remeteram às pesquisadoras a pensarem sobre como está sendo a disseminação de informações para essas mulheres. Por quais meios de informações elas ouviram sobre e formularam a sua opinião? E, ainda, será que essa falta de informação não omite alguns dados importantes, como indicadores de qualidade da assistência, taxas de fraturas de membros em crianças recém-nascidas, taxas de complicações pós-parto e outras infinitas informações que não chegam corretamente ao seu destino, criando uma falsa ideia de que a rede de atenção ao parto não precisa de muitas mudanças para se tornar segura e eficaz?

Diante do exposto e buscando compreender a violência obstétrica, na visão das entrevistadas, esta se configura em atos de cunho sexual ou verbal.

“O médico meio que violenta a mulher. Faz sexo com ela, sei lá, uma coisa assim”. (P3)

“Ah sei lá, das enfermeiras, que, ah eu não sei, não tem paciência. Muita gente fala que tem enfermeira, até médico mesmo que não dão aquela tranquilidade, só falam tipo, grosso com a pessoa, eu acho que isso não é certo, né? Sei lá [...]”.
(P4)

A fala da primípara três revela que algumas mulheres associam a violência obstétrica com atos, apenas, de violência sexual. A mesma, quando questionada sobre ter passado por algum episódio de violência obstétrica, negou, pois para ela violência era apenas isso, mesmo relatando no decorrer da entrevista ter recebido ocitocina para adiantar o trabalho de parto, não ter recebido medicação para dor, nem mesmo orientações quantos ao pós-parto. Exemplos que também são considerados violência obstétrica pelas organizações de saúde, mas não sendo consideradas pela primípara.

Na primeira entrevista contradições nas falas iniciais com algumas outras que foram surgindo ao longo da mesma, por exemplo:

“foi bem tranquilo, foi... normal, assim, não teve nenhuma complicação”. (P1)

“Mas foi complicado o parto, foi bem complicado [...]”. (P1)

Acredita-se que a entrevistada percebeu que algumas situações vivenciadas não eram condizentes com as práticas obstétricas que deveriam ser prestadas. Algumas mulheres, por acharem alguns procedimentos normais ou aceitáveis, muitas vezes, não param para refletir sobre o que passaram, sobre o que consideram violência ou não, sobre o que julgam ser certo ou errado, calando-se diante das perguntas feitas ou simplesmente não querendo lembrar.

“Não passei por nenhuma situação, que eu me lembre pelo menos [...] Nenhuma reclamação, fui bem atendida”. (P2)

“Ah não sofri muito, não foi muito complicado, mas só na hora das dores, ma depois foi bem natural mesmo”. (P4)

Apenas uma das entrevistas alegou ter passado por situações de violência obstétrica, sendo que as demais não identificaram, pois não consideravam as situações vividas como sendo violentas, ilegais ou desnecessárias.

“Talvez o que eu passei?”. (P1)

Uma pesquisa realizada, em 2010, pela Fundação Perseu Abramo revelou que em cada quatro mulheres brasileiras, uma sofre violência durante o parto. O conceito internacional de violência no parto a define como qualquer ato direcionado à mulher ou ao seu bebê, realizado sem o consentimento da mesma, sem que tenha sido explicado e, ainda, que gere desrespeito a sua imagem, integridade física ou mental, aos seus sentimentos, vontades, opções ou preferências (SILVA, 2014).

Dias e Ramos (2003) caracterizaram por violência, na área da saúde, a falta de solidariedade e sensibilidade, relacionadas principalmente ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos inadequados, falta de informação, negligência, indiferença e desrespeito, assim como a desigualdade. As ações educativas, fundamentais na atuação do profissional enfermeiro, aliadas ao amor, formam a principal corrente contra essa falta de humanização vista como natural.

Segundo a primeira entrevistada, a situação relatada na fala anterior foi a causadora de complicações posteriores ao parto, como um quadro de hemorragia.

“É, da mesma forma que não queriam me dar anestesia ou pelo forçar... Fazer a força... Sei lá [...] Aí foi por isso que deu hemorragia, porque eles forçaram a passagem”. (P1)

As complicações causadas pelo uso de ocitocina, principalmente com os derivados do *Ergot* ou outro medicamento para indução do parto vão desde

náuseas, cefaleia e hipertensão pós-parto até problemas mais graves como parada cardíaca, hemorragia e edema pulmonar (OMS, 2009).

Ainda, para a OMS, a hemorragia após o parto é uma das principais causas de mortalidade materna. A incidência de hemorragia materna tem fatores predisponentes como, por exemplo: distócia, trabalho de parto obstruído, restos placentários e correção da dinâmica do trabalho de parto, ressaltando mais uma vez a maleficência dos ocitógenos (OMS, 2009).

Também observou-se o uso da manobra de Kristeller para adiantar a descida do bebê pela via do parto. Essa manobra, além de ser um dos tipos de violência obstétrica mais usados, é o que mais causa danos à mulher e à criança. Exemplos disso são fraturas de clavícula e de membros superiores nos bebês, hemorragia e laceração perineal nas gestantes, além da dor e do desconforto de pressionar o bebê para nascer.

Diniz (2001) define a manobra de Kristeller como uma compressão do fundo uterino para ajudar na saída do bebê. Ainda, é um procedimento tão prejudicial e está inteiramente associado às complicações pós-parto, porém o mesmo não é mencionado nas publicações e documentos, mesmo sendo muito utilizado nos serviços públicos brasileiros.

De acordo com o autor acima, Leal et al (2012), afirma que a manobra de Kristeller é muito utilizada na assistência ao parto juntamente com outras intervenções consideradas inadequadas, pois acontecem antes da dilatação completa, geralmente com a gestante em uma posição que dificulta a oxigenação do bebê, prejudicando toda a dinâmica do parto. Os autores ainda comentam que apesar da manobra de Kristeller ser prescrita, ela jamais é registrada em prontuário.

Pode-se perceber, desta forma, que a manobra de Kristeller, apesar de muito utilizada e sendo danosa à saúde do binômio mãe-bebê, é considerada ilegal pelos próprios membros da equipe de saúde que assistem ao parto. Sendo assim, quaisquer complicações que acontecerem após o parto não podem ser relacionadas à manobra, pois a mesma não está registrada e se não está registrada ninguém assumirá tê-la realizada.

A maioria das mulheres participantes desse estudo não considerou a manobra de Kristeller como um ato de violência obstétrica, considerando-a normal e necessária para o nascimento do bebê. Essa falta de conhecimento por parte das mulheres acarreta na submissão das mesmas ao longo do trabalho de parto.

Segundo a OMS (2012), algumas práticas são consideradas prejudiciais, ineficazes e devem ser rapidamente banidas da assistência ao parto, sendo sinalizadas como violência no parto. Essas práticas submetem o binômio a sofrimentos físicos e emocionais desnecessários e que podem ser evitados, sendo caracterizados como violação dos direitos humanos. São elas: cesariana sem indicação clínica ou sob falsos pretextos (trabalho de parto prolongado, circular de cordão, bacia muito estreita, bebê muito grande, primigesta), episiotomia de rotina, exames de toque abusivos, descolamento de membranas, proibição do acompanhante, etc.

Em relação ao cenário e contexto em que a violência foi cometida e qual dos profissionais a cometeu, a primeira entrevistada relata:

“no parto, que ele não quis fazer a cesárea de jeito nenhum, eu não ia aguentar”. (P1)

“Foi os enfermeiros mesmo”. (P1)

As demais mulheres não identificaram ter passado por tais situações, não considerando algumas práticas como atos de violência obstétrica. Dessa forma, também não identificaram nem o cenário e nem o contexto, em função dessa não identificação.

Acredita-se que a relação que se faz da equipe de assistência ao parto é que o erro ou a violência é exclusivamente de quem a aplicou e não de quem prescreveu esta, mesmo que a prescrição tenha sido feita previamente por um profissional, mas aplicada por outro, por exemplo.

Ainda, mesmo que apenas uma entrevistada tenha identificado ter sofrido violência obstétrica, deve-se levar em consideração as falas ao longo das entrevistas que revelaram algumas condutas irregulares ao longo da assistência, mas que não foram expressamente ligadas à violência obstétrica, pois cada mulher tem a sua opinião sobre o que é ou, muitas vezes, desconhece o assunto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das entrevistas coletadas foi possível chegar ao objetivo central dessa pesquisa, identificando por meio da análise dos dados que a maioria das primíparas não sabe o que é violência obstétrica, tão pouco identifica ter passado por tal situação.

Esse fato é preocupante, pois torna cada vez mais dificultoso o trabalho de profissionais que querem mudar o contexto existente em relação à obstetrícia no Brasil, pois quando não existem informações adequadas, também não existem denúncias ou reclamações.

A falta de informação ou informações mal entendidas, infelizmente, acarretam a submissão dessas mulheres no momento da assistência ao parto, já que estas podem passar a aceitar de forma consciente ou inconsciente ações danosas a sua saúde, fato de extrema preocupação para a saúde pública.

Portanto, tornam-se cada vez mais necessárias mudanças no modelo da assistência obstétrica existente, não só por parte da Enfermagem, mas também por parte da Medicina, duas profissões que atuam fortemente na assistência ao parto, na rede pública de saúde.

As mudanças nas condutas da equipe de saúde poderão contribuir para uma assistência mais digna e humana, reforçando as políticas já existentes sobre humanização no pré-natal, parto e nascimento, fazendo com que as mulheres tornem-se protagonistas desses momentos, tendo liberdade e autonomia no decorrer destes e sabendo, acima de tudo, quais são os seus direitos e deveres a fim de que reivindiquem por eles.

Espera-se que a realização deste trabalho contribua para a identificação da violência obstétrica e, desta forma, auxilie as mulheres que sofreram este tipo de violência a reivindicarem por uma assistência digna no sentido de criar possibilidades para o seu empoderamento, garantindo-lhes o respeito e a dignidade, além de um cuidado humanizado. Também se expectativa que os profissionais que praticaram essa violência implementem um cuidado humanizado na sua assistência, permitindo o protagonismo das mulheres nesse momento tão importante de suas vidas, o período gravídico-puerperal.

Ainda, espera-se suprir as lacunas de conhecimento existentes sobre essa temática, já que se trata de um assunto em pulsar constante e crescente que cada vez mais vem sendo discutido, inclusive como pauta de políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. de; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência Institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. São Paulo: **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, 2011.

ALENCAR, J. **Til**. 2 ed. São Paulo: Melhoramentos, 1872.

ALMEIDA, N. A. M; MEDEIROS, M; SOUZA, M. R. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. 4 ed, 21 vol. Florianópolis: **Texto e contexto Enfermagem**, 2012.

ALVARENGA, A. T; HOTIMSKY, S. N. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? São Paulo: **Estudos Feministas**, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5 ed. Lisboa, 1997.

BARRETO, M. R. N. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. 4 ed. 15 vol. Rio de Janeiro: **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. _____. **Portaria número 1.459 de 24 de Junho de 2011**. Rede Cegonha: Brasília, 2011.

_____. _____. Secretaria executiva. **Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. _____. Secretaria de políticas de saúde. Área técnica de saúde da mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília: Ministério da saúde, 2001.

_____. Decreto Lei 11.340 de 7 de Agosto de 2006. **Lei Maria da Penha**: Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Secretaria especial de política para as mulheres, 2008.

_____. Decreto Lei 11.108 de 7 de Abril de 2005. **Subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato**. Brasília: Subchefia para assuntos jurídicos, 2005.

BOURDIEU, P. Novas reflexões sobre a dominação masculina. Porto Alegre: **Gênero e saúde**, Artmed, 1996.

BRÜGGEMNN, O. M; OLIVEIRA, M. E; SANTOS, E. K. A. **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Curitiba: Editora Progressiva, 2011.

BRENES, A. C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. 2 ed. 7vol. Rio de Janeiro: **Cadernos de saúde pública**, abr/jun, 1991.

CIELLO, C; CARVALHO, C; KONDO, C; DELAGE, D; NIY, D; WERNER, L; SANTOS, S. K. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”. **Rede Parto do Princípio**, 2012.

COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER. Instituto para promoção da equidade, assessoria, pesquisa e estudos. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**. Convenção Belém do Pará. São Paulo: KMG, 1996.

DAVIM, R. M. B; TORRES, G. V; DANTAS, J. C. Representação de parturientes acerca da dor de parto. 10 ed. 1 vol. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2008.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência obstétrica**: você sabe o que é? São Paulo: Coordenadoria de Comunicação Social e Assessoria de Imprensa da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2013.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. 2. nd. Thousand Oaks: Sage, 1994.

DIAS, H. H. Z. R; RAMOS, F. R. S. O “des”cuidado em saúde: a violência no processo de trabalho em enfermagem. 1 ed, 12 vol. Florianópolis: **Texto Contexto Enfermagem**, 2003.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. 3 ed, 10 vol. São Paulo: **Ciência e saúde coletiva**, 2005.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Lei número 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata**. 7 ed. Centro de Documentação e Informação, Edições Câmara. Brasília, 2010.

GIL, A.C. **Metodologia do ensino superior**. São Paulo: Atlas, 2005.

IBGE - Instituto brasileiro de geografia e estatísticas. **Indicadores sociodemográficos e de saúde**. Rio de Janeiro, 2009.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodológica científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEAL, M. C. **Nascer no Brasil**: Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012. Resultados preliminares.

LEOCÁDIO, E. **Violência e direitos humanos**. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/rhamas/violenciadire.html>>. Acesso em: 09 setembro de 2014.

MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social**. 27 ed. 26 vol. São Paulo: Didática, 1990/1991.

MARTIN, K. A. Giving birth like a girl. 1 ed, 17 vol. **Gender & Society**, 2003.

MOTT, M.L. Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo. 1 ed. 35 vol. São Paulo: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados no parto normal**: um guia prático. Grupo técnico de trabalho. Departamento de investigação e saúde reprodutiva. Genebra, OMS, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Gravidez, parto, pós-parto e cuidados com o recém-nascido**: guia para a prática fundamental. São Paulo: Roca, 2009.

PEREIRA, W. R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. Cuiabá: **Texto e contexto Enfermagem**, 2004.

PORTO, F; CARDOSO T. C. **A luta das parteiras diplomadas pela prática da Obstetrícia no Rio de Janeiro (Brasil)**. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO. Brasil: Enfermería Global, fevereiro, 2009.

PULHEZ, M. M. “Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. 35 ed. 12 vol. Campinas: **Revista brasileira de sociologia da emoção**, 2013.

REZENDE, J. R. **Obstetrícia**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SANTOS, J. O; SILVA, C. F. S; PETENÃO, E; SOSTER, F. C. B; BERARD, M. B; SILVA, S. R. Perfil das adolescentes com reincidência de gravidez assistidas no setor público de Indaiatuba (SP). 2 ed. 27 vol. São Paulo: **Revista do instituto de ciências da saúde**, 2009.

SEIBERT, S. L; BARBOSA, J. L. S; SANTOS, J. M; VARGENS, O. M. C. Medicalização X Humanização: o cuidado ao parto na história. 13 vol. Rio de Janeiro: **Revista de Enfermagem**, 2005.

SILVA, M. G; MARCELINO, M. C; RODRIGUES, L. S. P; TORO, R. C; SHIMO, A. K. K.: Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras: relato de experiência. 4 ed, 15 vol. Campinas: **Revista da rede de Enfermagem do Nordeste**, 2014.

TOMELERI, K. R; PIERI, F. M; VIOLIN, M. R; SERAFIM, D; MARCON, S. S. Eu vi meu filho nascer: vivência dos pais na sala de parto. 4ed, 28 vol. Porto Alegre: **Revista gaúcha de Enfermagem**, 2007.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Rio de Janeiro: **Caderno de saúde pública**, 2003.

VENTURI, G; BOKANY, V; DIAS, R. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. Fundação Perseu Abramo/Sesc. São Paulo, 2010.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2000.

VIELLAS, E. F; GAMA, S. G. N; CARVALHO, M. L; PINTO, L. W. Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido. 89 vol. Rio de Janeiro: **Jornal de Pediatria**, 2013.

WOLFF, R. L; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. São Paulo: **Saúde Social**, 2008.

APÊNDICE A - Entrevista Semiestruturada**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****Roteiro de entrevista semiestruturada**

Entrevistada número: _____

Data: ____ / ____ / 2014

DADOS PESSOAIS DA MULHER

- Iniciais do nome: _____
- Idade: ____ anos Data de nascimento: ____ / ____ / ____
- Profissão: _____
- Escolaridade: _____
- Situação conjugal: _____
- Com que idade gestacional iniciou o acompanhamento pré-natal na rede básica de saúde: _____
- Com quem realizou o acompanhamento pré-natal:
() médico (a) () enfermeiro (a)
- Com que idade gestacional teve o parto: _____

PERGUNTAS:

Horário início: _____

Horário fim: _____

- 1 - Como foi o seu acompanhamento pré-natal?
- 2 - Me conte em detalhes como foi o seu trabalho de parto, parto e pós-parto (chegada no serviço de saúde, quem atendeu, procedimentos realizados, explicações e orientações fornecidas, presença de acompanhante, uso de medicações, .
- 3 - Você já ouviu falar sobre violência obstétrica?
- 4 - O que você entende/conhece por violência obstétrica?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL CAMPUS CHAPECÓ CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisadora: Acadêmica Dauana Marchioro

Orientadora: Professora Mestre Joice Moreira Schmalfluss

Você está sendo convidada a participar da pesquisa pré-intitulada **“Conhecimento de primíparas sobre a violência obstétrica”**. O presente projeto tem como objetivo geral analisar o conhecimento de mulheres primíparas sobre a violência obstétrica, a partir de sua vivência, no município de Chapecó/SC.

Por isso, viemos convidá-la a participar de forma voluntária, na etapa de coleta de dados desta pesquisa. Ressaltamos que você poderá solicitar informações e esclarecimentos em qualquer momento da pesquisa. Também, poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com o Centro Integrado de Saúde Norte. Ainda, você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por participar do presente estudo.

Os dados serão coletados por meio de uma entrevista semiestruturada (com roteiro previamente estabelecido e perguntas predeterminadas, relacionadas aos seus dados pessoais e ao seu pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto), que será realizada pela pesquisadora do estudo, em local e horário definido por você. Estima-se que a entrevista terá uma duração aproximada de 30 a 45 minutos, sendo registrada com um gravador digital do tipo MP3 *player*.

As informações que serão gravadas permanecerão em posse e responsabilidade da pesquisadora responsável e professora orientadora, Joice Moreira Schmalfluss, sendo armazenadas em seu armário pessoal, localizado na UFFS, durante cinco anos e, posteriormente, serão destruídas.

Ressaltamos que todas as informações obtidas nesta pesquisa serão tratadas de forma anônima e confidencial e que a sua identidade será mantida em sigilo. Nos casos em que ocorrer a divulgação do estudo em publicações científicas, os seus

dados pessoais não serão mencionados, sendo os mesmos nomeados com a letra P de primípara e números que contemplarão o total de entrevistas do estudo, exemplo: P1, P2 e assim por diante.

Os riscos e desconfortos provenientes desta pesquisa, para você, poderão ser decorrentes de: constrangimento durante a entrevista, incômodo em falar ou, ainda, mobilização emocional. Desta forma, você não precisará responder a qualquer pergunta ou fornecer quaisquer informações durante a entrevista se sentir-se desconfortável ou achar que a resposta trata-se de algo muito pessoal. Como benefícios, espera-se que sua participação neste estudo auxilie as mulheres na reivindicação por uma assistência digna no sentido de criar possibilidades para o seu empoderamento, garantindo-lhes o respeito e a dignidade, além de um cuidado humanizado.

Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam neste TCLE, e caso se considere prejudicada na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com a acadêmica Dauana Marchioro via telefone (49-88487584) ou pelo e-mail (dauana_marchioro@hotmail.com); com a professora orientadora Joice Moreira Schmalfluss via telefone (49-85055592), e-mail (joice.schmalfluss@uffs.edu.br) ou pelo endereço institucional (Campus Chapecó/SC, SC-459, km 2, s/n, saída para Guatambu, Chapecó/ SC, telefone (49-20491501). Também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS via telefone (49-2049-1478), e-mail (cep.uffs@uffs.edu.br) ou pelo endereço (Avenida General Osório, 413-D, Jardim Itália, Edifício Mantelli, 3º andar, CEP 89802-210, Chapecó/SC).

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações mencionadas, coloque seu nome no local indicado.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pela pesquisadora e orientadora, em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com a pesquisadora.

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Assinatura da orientadora: _____

Chapecó/SC, _____ de _____ de 2014.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento para Fotografia, Filmagem e Gravação**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Projeto de pesquisa: Conhecimento de primíparas sobre a violência obstétrica

Pesquisadora: Acadêmica Dauana Marchioro

Orientadora: Professora Mestre Joice Moreira Schmalfluss

Eu, _____
permito que a pesquisadora relacionada acima obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica/ educacional.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicadas em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Assinatura: _____

Chapecó/SC, _____ de _____ de 2014.

APÊNDICE D - Termo de Compromisso para Utilização de Dados**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Projeto de pesquisa: Conhecimento de primíparas sobre a violência obstétrica

Pesquisadora: Acadêmica Dauana Marchioro

Orientadora: Professora Mestre Joice Moreira Schmalfluss

A pesquisadora do presente projeto compromete-se a manter a confidencialidade das informações contidas nas anotações de campo, assim como o anonimato das entrevistas. Concorda, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto e que somente poderão ser divulgadas de forma anônima e para fins científicos.

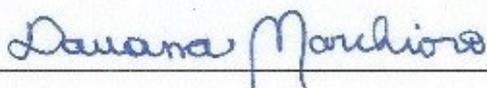
Chapecó/SC, _____ de _____ de 2014.

DAUANA MARCHIORO

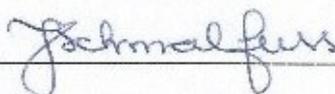
ANEXO A - Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP/UFS, o representante legal da instituição Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó/SC declara ter sido informado sobre o projeto de pesquisa intitulado **CONHECIMENTO DE PRIMÍPARAS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**, e concorda com o envolvimento da instituição na referida pesquisa, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da Resolução de número 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Chapecó, 01 de setembro de 2014.

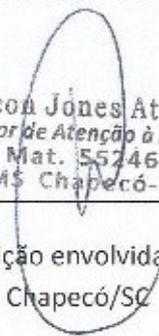


Assinatura da pesquisadora responsável



Joice M. Schmalzfuss
Prof. Enfermagem UFS
SIAPE n.º 1723195

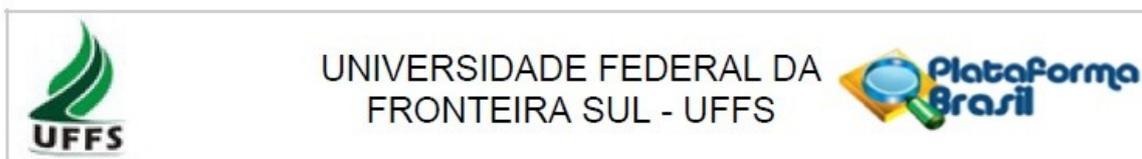
Assinatura do responsável pela instituição (de origem)



Maicon Jones Atuatti
Diretor de Atenção à Saúde
Mat. 55746
FMS Chapecó-SC

Assinatura do responsável da instituição envolvida – Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó/SC

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP/UFFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimento de primíparas sobre a violência obstétrica

Pesquisador: Joice Moreira Schmalfluss

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 33711814.5.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 838.601

Data da Relatoria: 21/10/2014

Apresentação do Projeto:

TRANSCRIÇÃO DO RESUMO JÁ APRESENTADO EM PARECER ANTERIOR:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. A pesquisa será realizada no Centro Integrado de Saúde Norte (CIS Norte), serviço de saúde que conta com o atendimento de gestantes e puérperas, no qual são assistidas por uma enfermeira e uma médica gineco-obstetra que estejam cadastradas na Unidade de Saúde onde será realizada a pesquisa. O número estimado de participantes neste estudo é 12. O número de sujeitos entrevistados seguirá o critério de saturação de dados, no qual a coleta cessa quando os dados atingem os objetivos da pesquisa e começam a se repetir. Os dados do estudo serão coletados por meio de entrevista semiestruturada, realizada no domicílio das mesmas, em data e hora indicada por elas, a partir de uma visita domiciliar realizada anteriormente. Todas as entrevistas serão registradas com um gravador digital do tipo mp3 player para posterior transcrição. A análise dos dados coletados será feita de acordo com análise temática proposta por Bardin e dividida em três etapas: pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação. O estudo respeitará os aspectos éticos segundo a Resolução de número 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, o qual envolve pesquisas com seres humanos.

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS

Bairro: CENTRO

CEP: 89.802-265

UF: SC

Município: CHAPECÓ

Telefone: (49)2049-1478

E-mail: joseane@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 838.601

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO DOS OBJETIVOS JÁ APRESENTADOS EM PARECER ANTERIOR:

Objetivo Primário:

Analisar o conhecimento de mulheres primíparas sobre a violência obstétrica, a partir de sua vivência, no município de Chapecó/SC.

Objetivo Secundário:

- Avaliar se as mulheres identificam episódios de violência praticada no período gravídico-puerperal.
- Identificar o cenário e contexto no qual a violência obstétrica ocorreu, nos casos em que esta foi praticada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS JÁ APRESENTADOS EM PARECER ANTERIOR:

Riscos:

Os riscos e desconfortos provenientes desta pesquisa, para as participantes, poderão ser decorrentes de: constrangimento durante a entrevista, incômodo em falar ou, ainda, mobilização emocional. Desta forma, as participantes não precisarão responder a qualquer pergunta ou fornecer quaisquer informações durante a entrevista se sentirem-se desconfortáveis ou acharem que a resposta trata-se de algo muito pessoal.

Benefícios:

Espera-se que a participação das primíparas neste estudo, as auxilie na reivindicação por uma assistência digna no sentido de criar possibilidades para o seu empoderamento, garantindo-lhes o respeito e a dignidade, além de um cuidado humanizado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As alterações solicitadas foram realizadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Solicitações já atendidas em versão anterior.

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS

Bairro: CENTRO

CEP: 89.802-265

UF: SC

Município: CHAPECÓ

Telefone: (49)2049-1478

E-mail: joseane@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFSS



Continuação do Parecer: 838.601

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As alterações solicitadas foram realizadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução 466 de 12/12/2012 principalmente, os artigos XI.1 e XI.2 itens c) ao h) , a Normativa 001/2013 e o Capítulo III da Resolução 251/1997.

A página do CEP-UFSS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador" acessível no Link http://www.ufss.edu.br/images/proppg/Deveres_do_pesquisador_CEP.pdf

Atente:

- 1) No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, obedecidos os 20 dias antes da reunião do CEP do mês correspondente aos 6 meses, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra (exceto se a pesquisa estiver totalmente finalizada, pois, neste caso, deverá ser enviado o relatório final). Veja modelo na página do CEP, no item "6) Documentos a serem anexados à Plataforma Brasil" no subitem " 6.1) Obrigatórios " . A cada 6 meses novo relatório parcial deverá ser enviado até que seja enviado o relatório final.
- 2) Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP para que possa ser avaliada e as medidas adequadas possam ser tomadas. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto. Após um projeto ter sido aprovado, alterações devem ser solicitadas na forma de EMENDA.
- 3) Além do relatório semestral, a qualquer momento o CEP poderá solicitar esclarecimentos sobre

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFSS

Bairro: CENTRO

CEP: 89.802-265

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-1478

E-mail: joseane@ufss.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 838.601

a sua pesquisa – vide artigos X.1.3.b), X.3.6 e XI.2.e)

4) Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final.

OBS: Os relatórios deverão ser enviados utilizando-se da opção "enviar notificação", na "Plataforma Brasil".

Em caso de dúvida: (1) contate este CEP pelo telefone 20491478, das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00

(2) contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitar ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta, (3) Contate a "central de suporte" da plataforma Brasil no canto superior direito da plataforma e cujo atendimento é online.

Boa pesquisa!

CHAPECO, 20 de Outubro de 2014

Assinado por:
JOSEANE DE MENEZES STERNADT
(Coordenador)

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS

Bairro: CENTRO

CEP: 89.802-265

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-1478

E-mail: joseane@uffs.edu.br