

INSTITUTO VALE DO CRICARÉ
FACULDADE VALE DO CRICARÉ
CURSO BACHAREL EM ENFERMAGEM

IVETE SOUZA CARVALHO
MICHELLE DIAS HENKERT

**A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE À
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE DO NORTE DO ESPÍRITO
SANTO**

SÃO MATEUS

2019

IVETE SOUZA CARVALHO

MICHELLE DIAS HENKERT

**A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE À
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE DO NORTE DO ESPÍRITO
SANTO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Enfermagem da Faculdade Vale do
Cricaré, como requisito para obtenção
do título Bacharel em Enfermagem.

Orientador Prof^a Cynthia Valéria
Oliveira da Silva Colombi

SÃO MATEUS

2019

IVETE SOUZA CARVALHO

MICHELLE DIAS HENKERT

**A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE À
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE DO NORTE DO ESPÍRITO
SANTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 06 de dezembro de 2019

BANCA EXAMINADORA

**PROF^A CYNTHIA VALÉRIA OLIVEIRA DA
SILVA COLOMBI FACULDADE VALE DO
CRICARÉ
ORIENTADORA**

**PROF. LÍCIA BARBOSA HENRIQUES
FACULDADE VALE DO CRICARÉ**

**MARIA DAS GRAÇAS RODRIGUES
BASTOS
ENF. HOSPITAL MATERNIDADE SÃO
MATEUS**

SÃO MATEUS

2019

Á Deus, pela força e sustentação.
Às nossas famílias, pelo apoio nos
momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida, por ter-nos permitido chegar até aqui.

Aos nossos pais, pelo amor, carinho, dedicação e paciência, contribuindo diretamente para alcançarmos um caminho prazeroso e cheio de vitórias durante esses cinco anos, vocês são nossos exemplos.

Em especial aos nossos filhos, pelo amor incondicional, pelo incentivo e encorajamento, por suportarem e compreender a ausência, pela força para continuar a longa e difícil jornada; nós amamos vocês.

A nossa orientadora Valéria, pelo cuidado, atenção e dedicação de seu tempo para nos ajudar, com as correções do trabalho; pela compreensão em meio a tantas dificuldades e por não permitir que a palavra desistir fizesse parte do nosso vocabulário.

Agradecemos a todos os professores, que de alguma forma contribuíram para um melhor aprendizado, em especial Paula, Murilo, Lícia e Milânia.

Para mudar o mundo, primeiro
é preciso mudar a forma de
nascer.

Michael Odent

RESUMO

Nos últimos anos a violência obstétrica tem sido amplamente discutida e comentada entre população, instituições de saúde e profissionais de saúde, bem como, tem se desenvolvido métodos que buscam reduzir as ocorrências de violência obstétrica e/ou diminuir as consequências advindas das mesmas. Qualquer ato que seja cometido no período de gravidez e até mesmo puerpério, constitui um grave problema de saúde pública que requer atenção, sensibilização e mudança comportamental. O objetivo principal do presente trabalho é analisar a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da violência obstétrica, e os objetivos específicos consistem em: avaliar o perfil acadêmico dos enfermeiros; esmiuçar o conhecimento e interação dos profissionais sobre o assunto; capacitar, por meio de educação em saúde, os profissionais de enfermagem sobre a violência obstétrica; propor medidas com a finalidade de minimizar possíveis atos de violência obstétrica relatada pelos profissionais durante a aplicação do questionário; contribuir, a nível nacional, com a alimentação do banco de dados para produção científica. A coleta de dados foi obtida através de questionário que permite conhecimento do perfil profissional e do nível de conhecimento sobre o assunto, os dados foram analisados e discutidos e por fim foi desenvolvida uma ação de educação em saúde com os profissionais para ampliar o conhecimento e sensibilizar os mesmos. A análise dos dados obtidos foi realizada seguindo a análise de pesquisa de Minayo, a partir da qual concluiu-se que a violência obstétrica está presente fortemente na assistência as parturientes que existe uma necessidade em educação em saúde com os profissionais a fim de sensibilizar e conscientizar os mesmos, para as consequências que a violência obstétrica pode causar, pois constitui um grave problema de saúde pública.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Saúde. Profissionais. Enfermagem

ABSTRACT

In recent years, obstetric violence has been widely discussed and commented on among the population, health institutions and health professionals, as well as methods that seek to reduce the occurrence of obstetric violence and / or reduce its consequences. Any act that is committed during pregnancy and even postpartum period constitutes a serious public health problem that requires attention, awareness and behavioral change. The main objective of this paper is to analyze the perception of nursing professionals about obstetric violence, and the specific objectives are: to evaluate the academic profile of nurses; scrutinize the knowledge and interaction of professionals on the subject; train, through health education, nursing professionals on obstetric violence; propose measures to minimize possible acts of obstetric violence reported by professionals during the application of the questionnaire; contribute, at national level, to the feeding of the database for scientific production. The data collection was obtained through a questionnaire that allows knowledge of the professional profile and the level of knowledge about the subject, the data were analyzed and discussed and finally a health education action was developed with the professionals to broaden the knowledge and raise awareness. the same. The analysis of the data obtained was performed following Minayo's research analysis, from which it was concluded that obstetric violence is strongly present in the care of parturients that there is a need in health education with professionals in order to raise awareness and raise awareness. same, for the consequences that obstetric violence can cause, as it constitutes a serious public health problem.

Keywords: Obstetric Violence. Health. Professionals. Nursing

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do tempo da história do parto.....	16
Figura 2 – Declaração de Nascido Vivo (DNV)	25
Figura 3 – Laudo para solicitação de autorização para internação hospitalar.....	26
Figura 4 – Mapa da violência obstétrica no Brasil.....	29
Figura 5 – Mapa da violência obstétrica nos estados do Brasil.....	30

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categoria A – Práticas demonstradamente úteis.....	36
Quadro 2 – Categoria B – Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes.....	37
Quadro 3 – Categoria C – Práticas sem evidências suficientes.....	38
Quadro 4 – Categoria D – Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Apresentação do perfil profissional dos entrevistados.....	49
Tabela 2 – Conhecimento dos profissionais entrevistados sobre violência obstétrica.....	54
Tabela 3 – Resultados do questionário pós intervenção.....	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Formação dos profissionais entrevistados.....	50
Gráfico 2 – Tempo de formação dos profissionais entrevistados.....	51
Gráfico 3 – Especialização dos profissionais entrevistados.....	52
Gráfico 4 – tempo de atuação na enfermagem dos profissionais entrevistados.....	52
Gráfico 5 – Tempo de atuação na enfermagem obstétrica dos profissionais entrevistados.....	53

LISTA DE SIGLAS

VO	Violência Obstétrica
OMS	Organização Mundial da Saúde
CPN	Centros de Parto Normal
CONFEN	Conselho Federal de Enfermagem
MS	Ministério da Saúde
PN	Pré-Natal
DNV	Declaração de Nascido Vivo
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
AIH	Autorização de Internação
MPF	Ministério Público Federal
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
FVC	Faculdade Vale do Cricaré
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEPE	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1. CONTEXTO HISTÓRICO DO PARTO.....	15
2.2. A VIOLÊNCIA COMO PRODUTO DA SAÚDE PÚBLICA.....	18
2.3. CONCEITO DE VIOLÊNCIA.....	19
2.3.1. Violência física	19
2.3.2. Violência sexual	19
2.3.3. Violência psicológica	20
2.3.4. Violência econômica e financeira	20
2.3.5. Violência institucional	20
2.4. INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NA OBSTETRÍCIA.....	20
2.4.1. A legislação do COFEN	22
2.5. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	27
2.5.1. Conceito	27
2.5.2. Violência obstétrica no Brasil	28
2.5.3. Tipos de violência obstétrica	32
2.5.3.1. Violência psicológica.....	32
2.5.3.2. Violência física.....	32
2.5.3.3. Violência verbal.....	33
2.5.4. Momentos passíveis da ocorrência da violência obstétrica	33
2.5.4.1. Violência obstétrica no pré-natal.....	34
2.5.4.2. Violência no pré-parto e peri parto.....	34
2.5.4.3. Violência no aborto.....	35
2.5.5. Classificação das intervenções realizadas no processo de parturição	36
2.5.6. Procedimentos que podem causar danos a mulher no atendimento o parto normal e cesáreo	40
2.5.6.1. Episiotomia.....	40
2.5.6.2. Intervenções realizadas com finalidade didática.....	41
2.5.6.3. Intervenções realizadas para acelerar o processo de parto.....	41
2.5.6.4. Manobra de Kristeller.....	41
2.6. HUMANIZAÇÃO NO PARTO: ESTRATÉGIA PARA MINIMIZAR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	42

3. PERCURSO METODOLÓGICO	44
3.1. DELIENAMENTO DO ESTUDO.....	44
3.2. CENÁRIO DA PESQUISA.....	44
3.3. SELEÇÃO DE ESTUDO.....	45
3.4. COLETA DE DADOS.....	45
3.5. TRATAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL.....	45
3.6. DOS ASPECTOS ÉTICOS.....	46
3.7. PROCEDIMENTOS A SEREM EXECUTADOS.....	47
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1. RESULTADOS REFERENTES AO PRIMEIRO MOMENTO: QUESTIONÁRIO PRÉ INTERVENÇÃO.....	48
4.1.1. 1º Etapa – Análise Quantitativa do Perfil Profissional dos Entrevistados.....	49
4.1.2. 2º etapa – Análise Quantitativa do Nível de Conhecimento dos Profissionais Sobre a Temática Abordada.....	54
4.1.3. 3º Etapa: Apresentação e Discussão da Percepção dos Entrevistados a Respeito da Violência Obstétrica.....	61
4.1.3.1. Como você percebe a Violência Obstétrica.....	61
4.1.3.2. Você já cometeu, em algum momento de sua trajetória profissional, mesmo que inconscientemente, algum ato de violência obstétrica? Qual tipo?.....	64
4.1.3.3. Formas para a prevenção da violência obstétrica.....	65
4.2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E QUESTIONÁRIO PÓS INTERVENÇÃO.....	67
5. CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE	76

1. INTRODUÇÃO

A aproximação com a temática Violência Obstétrica (VO) teve início durante a vivência com as práticas clínicas das alunas de graduação de Enfermagem na disciplina de Saúde da Mulher, que ocorreram na Maternidade em 2017; onde foi presenciado um momento de VO, evidenciando a necessidade de aprofundar pesquisas sobre o assunto.

A violência contra a mulher durante o trabalho de parto ocorre silenciosamente e rotineiramente nos hospitais de todo o país, pode ocorrer através de violência física ou psicológica resultando em sofrimento psíquico importante para as mulheres. Quando as mães esperam por acolhimento e cuidado recebem, inesperadamente, uma assistência violenta, que se expressa através de negligência, violência verbal, violência física e até mesmo violência sexual (BARBOZA & MOTA, 2016).

Considerando o fato de que o ato de partejar esteve presente em um amplo contexto histórico predominantemente como atividade exercida por mulheres, e em um dado momento desse contexto passou a ser objeto de pesquisa científica, tratado como especialidade médica que sobrepuja a desumanização, destituindo o empoderamento e protagonismo da mulher; observa-se a violência obstétrica como um problema de saúde pública em ascensão, e que imputa grave violação dos direitos humanos.

Uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010, uma em cada quatro mulheres sofrem violência no momento do parto, sendo os tipos mais comuns gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e negligência. Outros tipos que passam despercebido são impedir que a mulher seja acompanhada, tratar a mulher de forma grosseira, zombeteira ou inferioriza-la, submetê-la a procedimentos desnecessários dolorosos ou humilhantes, como fazer lavagem intestinal, raspar os pelos pubianos, mais de um profissional realizar o toque, administrar hormônio para indução rápida do parto e fazer episiotomia sem consentimento (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2013).

Atualmente a saúde das mulheres não tem sido vista com a relevância que precisa pela saúde pública, uma pesquisa realizada em 2011 mostrou que 25% das

brasileiras relataram ter sofrido algum tipo de maus tratos durante o parto (FRANZON & SENA, 2012).

Apesar de ultimamente parecer que a temática que envolve maus trato e violência contra a mulher tem sido amplamente divulgada, não existe uma definição sobre como esse problema pode ser mensurado e o seu impacto na saúde das mulheres não é bem conhecido. Embora a necessidade de abordar esse assunto receber destaque no mundo todo, políticas não foram adotadas, ou não são específicas ou não foram convertidas em ações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

O presente trabalho, justifica-se em especial, pela relevância da temática que está em ascensão, tornando-se necessária uma reflexão sobre todo contexto referente a violência obstétrica e que envolve atitudes desumanas que, direta ou indiretamente, contribuem com a morbimortalidade materna, constituindo-se assim em um grande problema de saúde pública e para a obstetrícia.

Assim, o objetivo geral é analisar a percepção dos profissionais de enfermagem frente a violência obstétrica; e os objetivos específicos são: Avaliar o perfil profissional dos profissionais de enfermagem; identificar, através de questionário, o conhecimento acerca do assunto; ampliar, por meio de educação em saúde, o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a violência obstétrica; propor medidas com a finalidade de minimizar possíveis atos de violência obstétrica relatada pelos profissionais durante a aplicação do questionário; e contribuir, a nível nacional, com a alimentação do banco de dados para produção científica.

Atualmente milhares de mulheres sofrem VO desde o acompanhamento ao pré-natal, bem como nos momentos pré, peri e pós-parto, no entanto, apesar de existir uma gama de discussões acerca do assunto, nota-se uma escassez de produção científica acerca da temática.

A vivência das autoras durante as práticas clínicas na disciplina de Saúde da Mulher, cujo o cenário era a maternidade, despertou a necessidade de abordar o tema, pois foi presenciado um momento de violência durante um parto natural, impondo um questionamento por parte das autoras em relação ao conhecimento por

parte dos profissionais de saúde e se o não conhecimento leva a prática dos atos de VO.

Destarte, com o intuito de motivar a leitura, o trabalho irá buscar evidenciar a percepção e conhecimento dos profissionais sobre VO, e em seguida sugerir método de intervenção e melhoria de falhas detectadas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.CONTEXTO HISTÓRICO DO PARTO

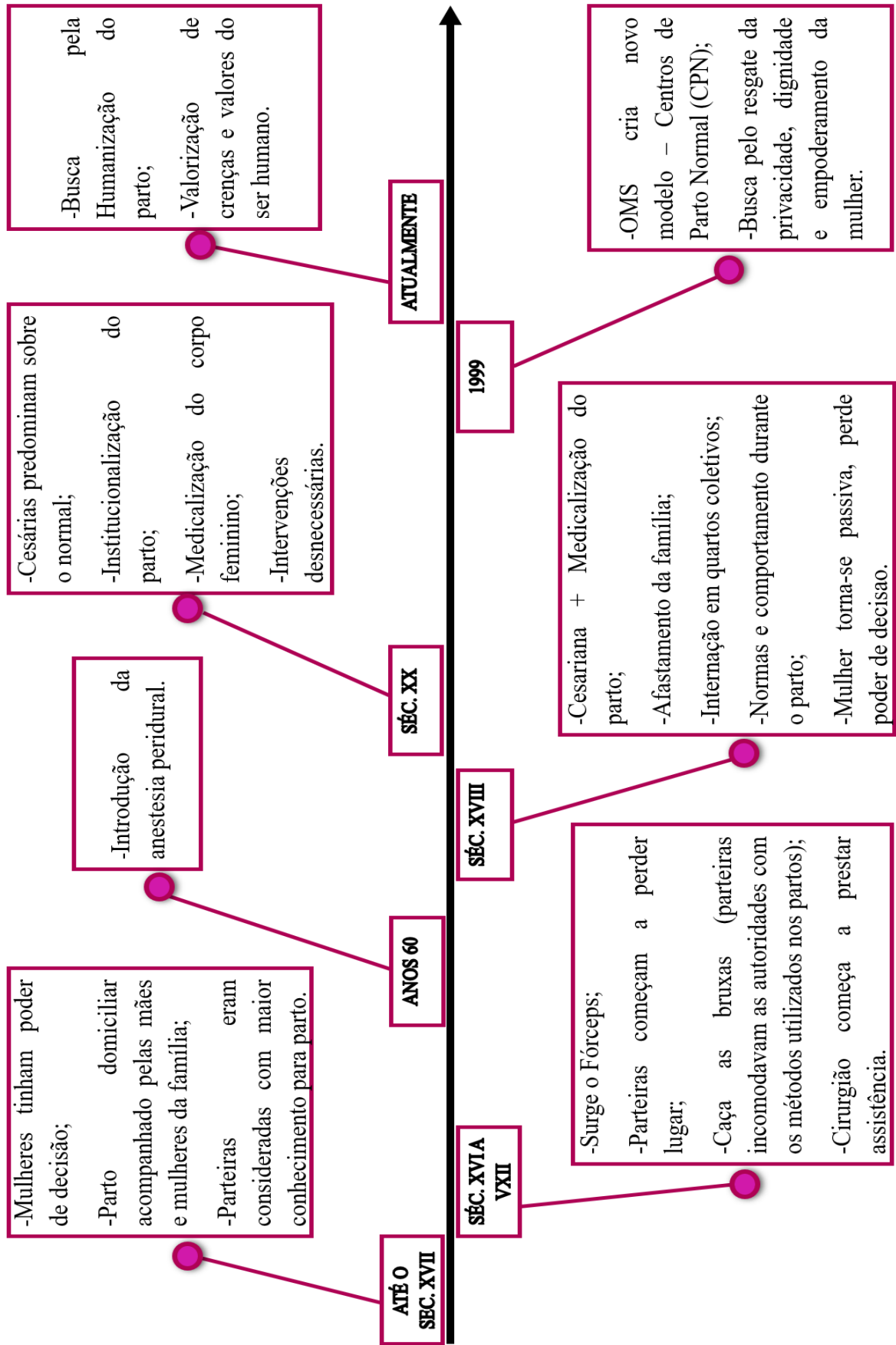
O parto e todo o contexto envolvido com o mesmo passaram por uma gama de mudanças com o passar dos anos. Antes era realizado nas próprias residências e hoje é realizado no hospital, antes realizado por parteiras e hoje por médicos e enfermeiros, antes era natural e sem envolver medicações e hoje medicalizado e regrado; tais transformações ocorreram com a intenção de trazer mais conforto e segurança no momento do parto para a gestante, mas como consequência a transformação da parturiente de sujeito para objeto (VENDRÚSCOLO & KRUEL, 2015).

Apesar de todo processo que envolve o parto ter diferentes características de acordo com cada país e cultura, sempre existe algo em comum no momento do parto, as mulheres sempre são acompanhadas por uma ou mais pessoas, que antigamente geralmente eram mulheres, amigas, parteiras e familiares, e atualmente são médicos, enfermeiras e técnicas de enfermagem. Até o século XVII era considerado assunto de mulheres, e os médicos eram chamados apenas em casos de extrema necessidade quando ocorriam complicações. No início do século XVII as mulheres começaram a perder esse espaço, quando o fórceps passou a ser introduzido, em casos de partos difíceis. Outro fator que afetou o papel das parteiras foi o período de caça às bruxas, quando a cultura da época defendia que as mulheres deveriam sentir a dor do parto, causando uma afronta contra as parteiras que usavam meios que amenizavam a dor (VENDRÚSCOLO & KRUEL, 2015).

Aos poucos o parto passou a ser realizado em ambiente hospitalar, tirando das mulheres seus direitos de privacidade, poder de decisão e autonomia, além de impor procedimentos que não são naturais. A partir do século XX, a assistência ao parto passou a ser predominantemente institucionalizada, ganhando na questão de tecnologias, mas, por outro lado, perdeu o lado acolhedor. No início dos anos 60 também surge a peridural para controle da dor, momento conhecido como medicalização do parto. Mas a partir de metade da década passada surge um olhar diferente acerca do parto, quanto a Organização Mundial de saúde – OMS distribui

um novo modelo no Brasil, os Centros de Parto Normal (CPN), trata-se de instituições que seguem normas de funcionamento fora do centro cirúrgico obstétrico e buscam resgatar a privacidade e dignidade da mulher nesse momento único especial (VENDRÚSCOLO & KRUEL, 2015).

Figura 1: Linha do tempo da história do parto.



2.2. A VIOLÊNCIA COMO PRODUTO DA SAÚDE PÚBLICA

Vivemos em um século marcado pela violência, que traz opressão através de um histórico de destruição em massa onde a mesma é imposta. O que se vê é a disseminação de sofrimento, abusos e humilhação, processos que se repetem quando gerações futuras herdarem como aprendizado das gerações passadas a violência; que se impregna cada vez mais quando a democracia se faz ausente, portanto, a sociedade deve dedicar sua atenção para as raízes da violência (KRUG *et al*, 2002)

A violência trata-se de um problema de saúde pública que acomete o mundo todo, podendo ser observada em vários contextos, visto que todo ano mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas como resultado de algum tipo de violência, estando a mesma entre as principais causas de morte em pessoas de 15 a 44 anos. Boa parte desses atos impiedosos, passam por despercebido nos lares, locais de trabalho ou instituições, dificultando possíveis intervenções. Apesar da violência sempre estar presente em nosso contexto histórico, ela veio acompanhada por pessoas que buscam impedir ou diminuir sua ocorrência, desde 1980 a saúde pública busca contribuir buscando as raízes que desencadeiam a violência a fim de conseguir evitá-la (KRUG *et al*, 2002).

Pode-se considerar como agravo a saúde de grande impacto, pois se manifesta amplamente e possui diversas classificações que tem em comum a depreciação da dignidade de uma pessoa/grupo. A violência pode afetar todos os níveis sociais, no entanto pode causar consequências mais duradouras em grupos mais vulneráveis, constituindo assim um evento que intervém na maneira de viver, adoecer e morrer (FLEURY-TEIXEIRA & MENEGHEL, 2015).

Segundo Krug *et al* (2002), a saúde pública norteia-se através de 4 etapas para abordar a violência, que são:

- Revelar o máximo de conhecimento acerca do assunto, coletando dados para mensurar magnitude características e consequências;
- Investigar causas e fatores, modificáveis ou não, que levam a violência;
- Buscar, implementar e monitorar formas de evitar a violência;

→ Implementar ações, informar e determinar relação custo efetividade dos programas.

2.3. CONCEITO DE VIOLÊNCIA

Krug *et al* (2002) define violência como uso de força física e/ou poder, usados intencionalmente, contra si próprio ou outra pessoa ou contra um grupo, levando a danos psicológicos ou físicos. Neste caso poder refere-se a ameaças e intimidações; negligência ou omissão; abuso físico, psicológico e sexual; e suicídio. Tais atos podem causar danos imediatos ou latentes, que perduram por longo período de tempo.

A violência pode se manifestar de diversas formas, que podem determinar também a gravidade dos danos. Esses tipos de violência podem ocorrer de forma isolada ou em conjunto (BRASIL, 2001).

2.3.1. Violência física

Dano não acidental por meio do uso de força física ou de arma que pode provocar lesões tanto internas quanto externas. Pode ocorrer através de tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, amarrar, arrastar, entre outros (BRASIL, 2001).

2.3.2. Violência sexual

Uso de força física, coerção ou intimidação psicológica para forçar uma pessoa a cometer o ato sexual contra a vontade ou que exponha a pessoa em ações sexuais que levem a sua vitimização. Dentro desse tipo de violência estão envolvidas carícias não desejadas, penetração com órgão genital ou objetos, exposição pornográfica obrigatória, exibicionismo e masturbação forçados; linguagem erotizada em situação inadequada, impedimento do uso de

contraceptivos ou se negar a usar preservativos, e ser forçado a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas (BRASIL, 2001).

2.3.3. Violência psicológica

Qualquer tipo de ação ou omissão que causa dano a autoestima, identidade ou desenvolvimento de uma pessoa. Ocorre por meio de insultos, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento social, ridicularização, manipulação afetiva, exploração, negligência, ameaças e outros (BRASIL, 2001).

2.3.4. Violência econômica o financeira

Atos por parte do agressor que afetam saúde emocional e sobrevivência da pessoa. Pode ocorrer por meio de roubo, destruição de bens pessoais, uso de recursos da pessoa deixando sem provimentos (BRASIL, 2001).

2.3.5. Violência institucional

Exercida dentro dos serviços públicos, por atos de ação ou omissão, bem como serviços de má qualidade e abusos decorrentes das desigualdades sociais. Pode ser percebida quando há peregrinação por diversos serviços até receber atendimento, falta de escuta ativa para os usuários, frieza, rispidez, negligência, maus tratos, diagnósticos imprecisos acompanhados de medicações inapropriadas (BRASIL, 2001).

2.4. INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NA OBSTETRÍCIA

Dentro de um contexto histórico as profissões, parteira e enfermeira obstetriz possuem origem e evolução singulares. Sendo o de parteira um título mais antigo,

seguindo para enfermeira e por final obstetritz. A atualização mais recente de enfermeira obstetra é dada aos profissionais de enfermagem com especialização na área de obstetrícia, que confere mudanças na legislação de ensino e na concepção quanto a formação e profissão (RIESCO, 1998).

No decorrer de vários anos enfermeiras e obstetrizes passaram por uma certa contenda, onde era atribuído maior poder e conhecimento as obstetrizes, já as enfermeiras eram vistas como boas administradoras e com mais domínio no hospital. Estes estereótipos profissionais sofreram mudanças ao longo do tempo. A aceitação social da enfermeira obstetra vem ocorrendo gradualmente em um contexto de grande desigualdade de acesso e soberania do profissional médico, que associados a outros fatores permitiram a fundação da Representação Social da Enfermeira Obstetra (RIESCO, 1998).

Na década de 70 o ensino da enfermagem era voltado especificamente para as técnicas e cuidados aplicados na gestante como a avaliação obstétrica completa, orientação, exercícios de relaxamento, avaliação da dinâmica uterina, toque vaginal e plano de De Lee (método que avalia o percurso do trajeto do feto); no entanto, quando se tratava da assistência ao parto em si, a responsabilidade era do médico (TELES, 2016).

O ensino da enfermagem surgiu no Brasil em 1890, mas fundiu-se com a obstetrícia muito tempo depois, com a assimilação da obstetrícia pela enfermagem universitária. Mas a partir de 1972 a graduação de obstetritz foi extinta, e passou-se a exigir que o enfermeiro já graduado se especializasse em obstetrícia; persistindo até a atualidade como única via para qualificação na área (RIESCO, 1998).

Atualmente o enfermeiro obstetra tem um papel de valor imensurável, visto que é o profissional de saúde mais capacitado para promover a atenção integral a mulher, desenvolvendo ações de educação em saúde para as grávidas e seus familiares para que o nascimento ocorra de forma mais natural e saudável. A atuação desse profissional deve ocorrer desde o pré-natal, promovendo prevenção de doenças, detecção precoce de agravos e promoção de bem-estar materno fetal (MARTINS & REMOALDO, 2014).

2.4.1. A legislação do COFEN

A resolução do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) nº 516/2016, alterada pela resolução nº 524/2016, normatiza no artigo 1º a atuação do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetritz na assistência as gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, CPN e/ou Casas de Parto ou outros locais onde ocorra essa assistência, e estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetritz. No parágrafo 1 diz que esses profissionais devem atuar conforme regulamentações da profissão e normativas do Ministério da Saúde (MS) (COFEN, 2016).

No parágrafo 3 do artigo 1º desta mesma resolução diz que:

Para a atuação do Enfermeiro generalista na área de Obstetrícia e para o Registro de Título de Obstetritz e o de pós-graduação *Stricto* ou *Lato Sensu*, de Enfermeiro Obstetra no Conselho Federal de Enfermagem, além do disposto na Resolução COFEN nº 389/2011, de 20 de outubro de 2011, estabelece critérios mínimos de qualificação para a prática de obstetrícia (COFEN, 2016).

Tais critérios são: a realização de no mínimo 15 consultas de enfermagem pré-natais; 20 partos com acompanhamento completo do trabalho de parto e pós-parto; e 15 consultas de atendimento ao recém-nascido na sala de parto (COFEN, 2016).

Ainda segundo COFEN (2016), no artigo 3º da resolução nº 524/2016 compete ao enfermeiro obstetra:

- I – Acolher a mulher e seus familiares ou acompanhantes;
- II - Avaliar todas as condições de saúde materna, clínicas e obstétricas, assim como as do feto;
- III - Garantir o atendimento à mulher no pré-natal, parto e puerpério por meio da consulta de enfermagem;
- IV – Promover modelo de assistência, centrado na mulher, no parto e nascimento, ambiência favorável ao parto e nascimento de evolução fisiológica e garantir a presença do acompanhante de escolha da mulher, conforme previsto em Lei;

V – Adotar práticas baseadas em evidências científicas como: oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal do momento da expulsão do feto, contato pele a pele mãe recém-nascido, apoio ao aleitamento logo após o nascimento, entre outras, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da mulher e de sua família;

VI – Avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições maternas e fetais, adotando tecnologias apropriadas na assistência e tomada de decisão, considerando a autonomia e protagonismo da mulher;

VII – Prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia) e ao recém-nascido;

VIII – Encaminhar a mulher e/ou recém-nascido a um nível de assistência mais complexo, caso sejam detectados fatores de risco e/ou complicações que justifiquem;

IX – Garantir a integralidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido por meio da articulação entre os pontos de atenção, considerando a Rede de Atenção à Saúde e os recursos comunitários disponíveis;

X – Registrar no prontuário da mulher e do recém-nascido as informações inerentes ao processo de cuidar, de forma clara, objetiva e completa;

XI – Emitir a Declaração de Nascido Vivo (DNV), conforme a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, que regula a expedição e a validade nacional da Declaração de Nascido Vivo (Fig. 2);

XII – Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias ao acompanhamento e avaliação do processo de cuidado;

XIII – Promover educação em saúde, baseado nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania;

XIV – Participar do planejamento de atividades de ensino e zelar para que os estágios de formação profissional sejam realizados em conformidade com a legislação de Enfermagem vigente;

XV – Promover, participar e ou supervisionar o processo de educação permanente e qualificação da equipe de enfermagem, considerando as evidências científicas e o

modelo assistencial do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, centrado na mulher e na família;

XVI – Participar de Comissões atinentes ao trabalho e a filosofia do CPN ou Casa de Parto, como: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), de investigação de óbito materno e neonatal, de ética, entre outras;

XVII – Participar de ações interdisciplinares e Inter setoriais, entre outras, que promovam a saúde materna e infantil;

XVIII – Notificar todos os óbitos maternos e neonatais aos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil/Neonatal da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde, em atendimento ao imperativo da Portaria GM/MS nº 1.119, de 05 de junho de 2008, ou outra que a substitua.

Em parágrafo único ainda disposto no artigo 3º, trata de outras competências também direcionadas ao Enfermeiro Obstetra (COFEN, 2016).


a) Emissão de laudos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para o procedimento de parto normal sem distócia, realizado pelo Enfermeiro (a) Obstetra, da tabela do SIH/SUS (Fig. 2);

b) Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido;

c) Realização de episiotomia e episiorrafia (rafias de lacerações de primeiro e segundo grau) e aplicação de anestesia local, quando necessária;

d) Acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta.

Figura 2: Declaração de Nascido Vivo – DNV

I		01 – DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO Nº				
II	 <p>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE 11 VIA – ÓRGÃO DE PROCESSAMENTO</p>	CARTÓRIO		02 – CARTÓRIO DE		
				03 – Nº DO REGISTRO		
				04 – DATA DO REGISTRO		
				05 – MUNICÍPIO		
		06 – UF	07 – CÓDIGO			
III	LOCAL DA OCORRÊNCIA	08 – INDICAR COM UM "X" NO QUADRO		09 – ENDEREÇO		
		<input type="checkbox"/> 1 HOSPITAL <input type="checkbox"/> 2 OUTRO ESTAB. DE SAÚDE <input type="checkbox"/> 3 DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> 4 OUTRO LOCAL		10 – MUNICÍPIO		
				11 – UF		
				12 – CÓDIGO		
		13 – NOME DO ESTABELECIMENTO		14 – CÓDIGO		
IV	RECÉM-NASCIDO	15 – NASCIMENTO			16 – SEXO (MARCAR COM "X" NO QUADRO)	
		DATA			<input type="checkbox"/> 1 MASCULINO <input type="checkbox"/> 2 FEMININO	
		DIA	MÊS	ANO	HORA	MIN.
		17 – PESO AO NASCER (ATÉ A 5ª HORA)		18 – ÍNDICE DE APGAR		
				19 MINUTO		
				59 MINUTO		
V	GESTAÇÃO E PARTO	19 – DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS) (INDICAR COM "X" NO QUADRO)		20 – TIPO DE GRAVIDEZ (INDICAR COM "X" NO QUADRO)		
		<input type="checkbox"/> 1 0 – 21 <input type="checkbox"/> 4 37 – 41 <input type="checkbox"/> 2 22 – 27 <input type="checkbox"/> 5 42 E MAIS <input type="checkbox"/> 3 28 – 36 <input type="checkbox"/> 6 IGNORADA		<input type="checkbox"/> 1 ÚNICA <input type="checkbox"/> 4 MAIS DE 3 <input type="checkbox"/> 2 DUPLA <input type="checkbox"/> 5 IGNORADO <input type="checkbox"/> 3 TRÍPLICE		
				21 – TIPO DE PARTO (INDICAR COM "X" NO QUADRO)		
				<input type="checkbox"/> 1 ESPONTÂNEO <input type="checkbox"/> 4 OUTRO <input type="checkbox"/> 2 OPERATÓRIO <input type="checkbox"/> 5 IGNORADO <input type="checkbox"/> 3 FÓRCEPS		
VI	MÃE	22 – NOME		23 – IDADE		
		24 – GRAU DE INSTRUÇÃO (INDICAR COM "X" NO QUADRO)		RESIDÊNCIA HABITUAL		
		<input type="checkbox"/> 1 NENHUMA <input type="checkbox"/> 4 2º GRAU <input type="checkbox"/> 2 1º GRAU INCOMPLETO <input type="checkbox"/> 5 SUPERIOR <input type="checkbox"/> 3 1º GRAU COMPLETO <input type="checkbox"/> 6 IGNORADO		25 – ENDEREÇO		
				26 – BAIRRO		
		27 – MUNICÍPIO		30 – FILHOS TIDOS (INDICAR QUANTOS) NÃO INCLUIR ESTA GESTAÇÃO		
		28 – UF		29 – CÓDIGO		
				<input type="checkbox"/> NASC VIVOS <input type="checkbox"/> NASC MORTOS <input type="checkbox"/> TOTAL		
VII	PAI	31 – NOME				
		RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO				
VIII		32 – NOME		33 – FUNÇÃO		
<p>PARA REGISTRAR ESTA CRIANÇA (OBRIGATORIO POR LEI), O PAI OU RESPONSÁVEL DEVERÁ LEVAR ESTE DOCUMENTO AO CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL.</p> <p>ATENÇÃO: ➡ ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO</p>						

Fonte: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2012/06/declaracao-de-nascido-vivo-e-emitida-apos-o-parto>

Figura 3: Laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES					
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO			
				Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO		Nº DO TELEFONE			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)							
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
				() CNS () CPF			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - [] ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - [] ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAT DA EMPRESA		41 - CBOR	
35 - [] ACIDENTE TRABALHO TRAJETO							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
() EMPREGADO		() EMPREGADOR		() AUTÔNOMO		() DESEMPREGADO	
						() APOSENTADO	
						() NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
46 - DOCUMENTO		47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
() CNS () CPF							
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					

Fonte:

<http://femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/SAS/2006/Abril/Portaria%20N%C2%BA%20743-SAS-Ministerio%20da%20Saude-Republicada.pdf>

2.5. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A banalização da violência pode ocorrer de diversas formas, dentre elas podemos citar uma fácil aceitação de atos violentos; exiguidade de percepção social sobre as consequências da violência; naturalização dos danos físicos, mentais e espirituais que a mesma pode provocar; e até mesmo o fato de que a cultura corrobora a crença de supremacia masculina. Além disso, a mídia contribui com o processo de banalização ao impor estereótipos sociais que são aceitos como verdades absolutas, levando a uma diminuição de intervenções diante de situações reais (FLEURY-TEIXEIRA & MENEGHEL, 2015).

2.5.1. Conceito

Existe uma grande amplitude no conceito de VO, visto que a mesma pode ser observada em ocasiões diversas em que ocorre invasão desrespeitosa do corpo da mulher e quando são realizadas intervenções desnecessárias durante a gestação, trabalho de parto, pós-parto e abortamento, sem que haja conhecimento ou consentimento por parte da mulher. Assim, ações tanto físicas quanto psicológicas, que causem danos a integridade da mulher se encaixam no conceito de VO (SANTOS, 2016).

Para Jardim e Modena (2018):

[...] a VO é uma questão feminista, fruto de uma opressão patriarcal que leva à redução, à repressão e à objetivação dos corpos femininos, limitando seu poder e suas maneiras de expressão. Ao contrário do pensamento masculino de fragilização, o corpo feminino é forte, ativo, criativo, capaz de suportar situações como o trabalho de parto e parto; por isso necessita de domesticação e controle para reduzi-lo a uma condição de objeto, “desativado”, alienado, silencioso, assim passível de ser violado. A mulher, nesse cenário, é destituída de sua identidade, fragmentada, deixando sua totalidade e passando a ser apenas um útero, em abrigo para o feto, uma máquina de fazer bebês ou apenas a “mãe” [...].

A VO está relacionada com todo e qualquer ato de violência contra a mulher no processo da gestação, sem ou com o seu consentimento, podendo ser de natureza física, institucional, psicológica, verbal, simbólica e além da discriminação e negligência, condutas desnecessárias, excessivas ou de persuadir (BRASIL, 2017).

Na VO o momento da gestação, parto, nascimento e pós-parto é cercado por agressão física, psicológica, verbal, sexual e até mesmo pela negligência ou discriminação na assistência. Quando são realizados tratamentos médicos excessivos e desnecessários, sem embasamento científico, também podem-se considerar como atos de violência obstétrica (FLEURY-TEIXEIRA & MENEGHEL, 2015).

2.5.2. Violência obstétrica no Brasil

No Brasil demonstra-se uma prevalência alarmante no número de cesáreas, trazendo motivos de preocupação para o quadro de mortalidade materno infantil, visto que uma taxa maior que 15% de cesarianas podem representar possíveis consequências para mãe e bebê. Esse aumento no número de cesáreas que vem acontecendo no Brasil, levanta questionamentos à cerca da ocorrência de tais cirurgias, que ocorrem mesmo quando desnecessárias (ZANARDO *et al*, 2017).

As quatro maiores complicações relacionadas a VO no Brasil são: síndromes hipertensivas, hemorragias, infecções puerperais e as complicações do aborto, que podem resultar de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou eventos que ocorrem como resultado de tais ações (FLEURY-TEIXEIRA & MENEGHEL; 2015).

A pesquisa nascer no Brasil, realizada entre fevereiro de 2011 a outubro de 2012 mostrou que nesse período a taxa de mortalidade neonatal foi de 11,2 por mil nascidos vivos, através dela percebeu-se que dentre as principais causas de mortalidade está a hipóxia intrauterina, que tem como principal causa atraso nas intervenções adequadas, ou seja, o atendimento realizado de forma adequada poderia evitar 36% das mortes relacionadas ao trabalho de parto (LANSKY *et al*, 2014).

Ainda nessa pesquisa, identificou-se que a manobra de Kristeller foi realizada com frequência tanto nos nascidos vivos sobreviventes, quanto nos que morreram; ao mesmo tempo em que as práticas recomendadas, como o partograma e posição verticalizada, foram escassamente utilizadas. O uso não recomendado e abusivo de ocitocina, contenção no leito e posição litotômica podem prolongar o trabalho de parto e impactar negativamente o mesmo, elevando o risco de mortalidade materno-infantil, bem como submeter a mulher ao abandono, jejum prolongado e situações de estresse (LANSKY *et al*, 2014).

O Brasil lidera o ranking mundial de cesáreas, fugindo totalmente das recomendações da OMS, traduzindo-se em um cenário onde mulheres são submetidas a tal procedimento de grande porte e altas possibilidades de riscos e complicações, sem receber qualquer tipo de esclarecimento. No ano de 2007 um grupo de mulheres representantes da Parto de Princípio realizou denúncia ao Ministério Público Federal (MPF) sobre a falha da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em fiscalizar e controlar a ocorrência exacerbada de cesáreas em maternidades particulares, mas apenas em 2010 o MPF entrou com ação contra a ANS para que a mesma passasse a exercer sua função reguladora. No entanto, mesmo com a surgimento de propostas, ações e controle incentivando um parto natural o número de cesáreas continuou aumentando, bem como o índice de violência contra a mulher. Este fator pode ser justificado pelo grande número de relatos de ocorrências dos tipos de violência durante o parto natural, rodeado de intervenções desnecessárias que interrompem a evolução natural do parto fazendo com que as mulheres imaginem a cesárea como opção mais segura (MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA, 2012).

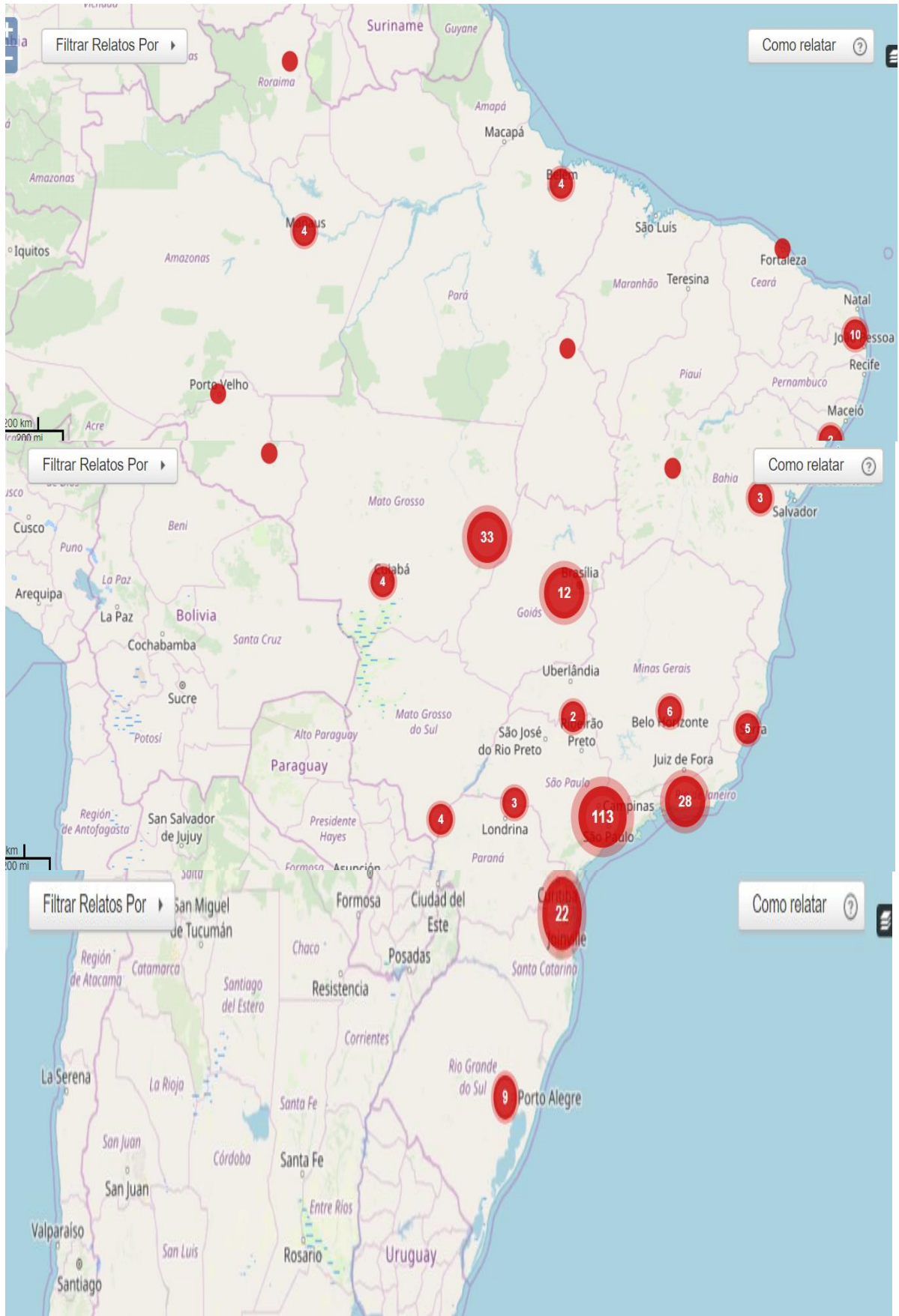
A Artemis é uma organização dedicada a erradicar todos os tipos de violência contra as mulheres e incentivar a autonomia feminina, que tem se mobilizado nos últimos anos a favor da humanização no parto e nascimento. Em 2013, essa organização começou a criar um mapa da VO que possibilita uma visão sobre atos de violência na assistência ao parto e processos de abortamento (ARTEMIS, 2013).

Figura 4: Mapa da violência obstétrica no Brasil



Fonte: <https://www.artemis.org.br/violencia-obstetrica>

Figura 5: Mapa da violência obstétrica nos estados do Brasil



Fonte: <https://violenciaobstetrica.crowdmap.com/>

O filtro utilizado no mapa é subdividido em 10 categorias: cesariana desnecessária; procedimentos desnecessários na mãe; bebê no berçário sem necessidade; impediram contato pele a pele; violência verbal e ameaças; humilhação, falta de privacidade e desrespeito; piadinhas sobre qualquer condição da mulher; proibição da presença de acompanhante; proibição/coibição do trabalho de doulas; e outras violências. Os relatos de ocorrências dessas categorias ocorreram com unanimidade no estado de São Paulo, seguido por Mato Grosso (ARTEMIS, 2013).

2.5.3. Tipos de violência obstétrica

A VO pode se apresentar de várias formas, e se caracteriza de acordo com o contexto e maneira como acontece, assim, pode ser classificada em diversos tipos, que serão citados e exemplificados a seguir.

2.5.3.1. Violência psicológica

A violência psicológica se apresenta quando ocorrem situações de abandono, negligência diante da dor, negar atendimento a pedidos de ajuda e não fornece informações sobre o quadro atual ou sobre os procedimentos que foram ou que irão ser realizados (ALONSO, 2018).

Além disso, sinais de discriminação, quebra de confidencialidade, desrespeito a privacidade e privação de acompanhante também se manifestam como violência psicológica (SANTOS, 2017).

Quando um profissional se dirige a mulher com ar de superioridade através de uma fala autoritária e agressiva, ou em situações que o mesmo outorga à mulher a responsabilidade pelo sofrimento fetal, criando situações de culpabilização, também observamos um cenário de violência psicológica (JARDIN & MODENA, 2018).

2.5.3.2. Violência física

A VO de caráter físico pode ser considerada como qualquer ato que rompa a integridade física da mulher, que lhe cause dor e seja realizada sem consentimento. Dentre elas podemos citar a manobra de Kristeller, negação de analgesia para dor, uso excessivo de ocitocina para acelerar o processo de parto, cesariana sem indicação e sem consentimento da mulher. Ainda dentro do contexto de violência física temos a violência sexual que consiste em violar o corpo da mulher, expondo-o a procedimentos como a episiotomia, tricotomia e toques vaginais excessivos sem necessidade, bem como atos de violência ao pudor (ALONSO, 2018).

2.5.3.3. Violência verbal

No contexto da violência verbal podemos citar como exemplos situações em que ocorrem falas desrespeitosas, pronunciadas com grosserias, afronta e blasfêmia; bem como dirigir comentários com sentido irônico, bem como críticas moralistas. Situações como essas em que ocorrem a violência verbal, expõe a mulher a uma situação de humilhação, onde a mesma se sente inferiorizada e constrangida (JARDIN & MODENA, 2018).

2.5.4. Momentos passíveis da ocorrência da violência obstétrica

É certo que os profissionais de saúde são munidos de conhecimento técnico-científico no que diz respeito aos cuidados que devem ser prestados, no entanto, sua autoridade e conhecimento estão voltados principalmente para um conjunto de regras e protocolos a serem seguidos que acabam se impondo diante da gestante, quebrando o vínculo profissional/paciente. A partir do momento que se impõe autoridade unilateral e se perde a sensibilidade do humano, a mulher perde seu poder de decisão e abrem-se fendas que permitem a consolidação da VO durante todo o processo assistencial a gestante/parturiente (JARDIN & MODENA, 2018).

A ausência de informações, para as mulheres, sobre os direitos e sobre a fisiologia do parto, faz com que as mesmas se sintam incapaz diante de parir

fisiologicamente. Assim, nota-se que a VO pode ocorrer em vários momentos do ciclo gravídico puerperal, sendo estes o pré-natal, recepção da mulher na maternidade, momento pré-parto, momento intraparto, parto e momento pós-parto.

O foco principal deste trabalho é avaliar a percepção dos enfermeiros acerca das violências que ocorrem durante o parto, mas a seguir, serão descritos os momentos em que podem acontecer a VO, exemplificando cada um.

2.5.4.1. Violência obstétrica no pré-natal.

Nota-se um despreparo das parturientes ao chegarem na maternidade, pois estas se encontram totalmente desprovidas de informação acerca dos seus direitos e autonomia. Os profissionais de saúde devem assumir um papel de educadores, levando empoderamento para as gestantes, a educação em saúde vai permitir que elas assumam uma participação ativa durante toda a assistência recebida, a partir do momento que são oferecidas informações as mulheres poderão tomar decisões com maior segurança. Quando os profissionais exercem seu papel de educador com efetividade a mulher volta a ser protagonista de sua história (SANTOS, 2016).

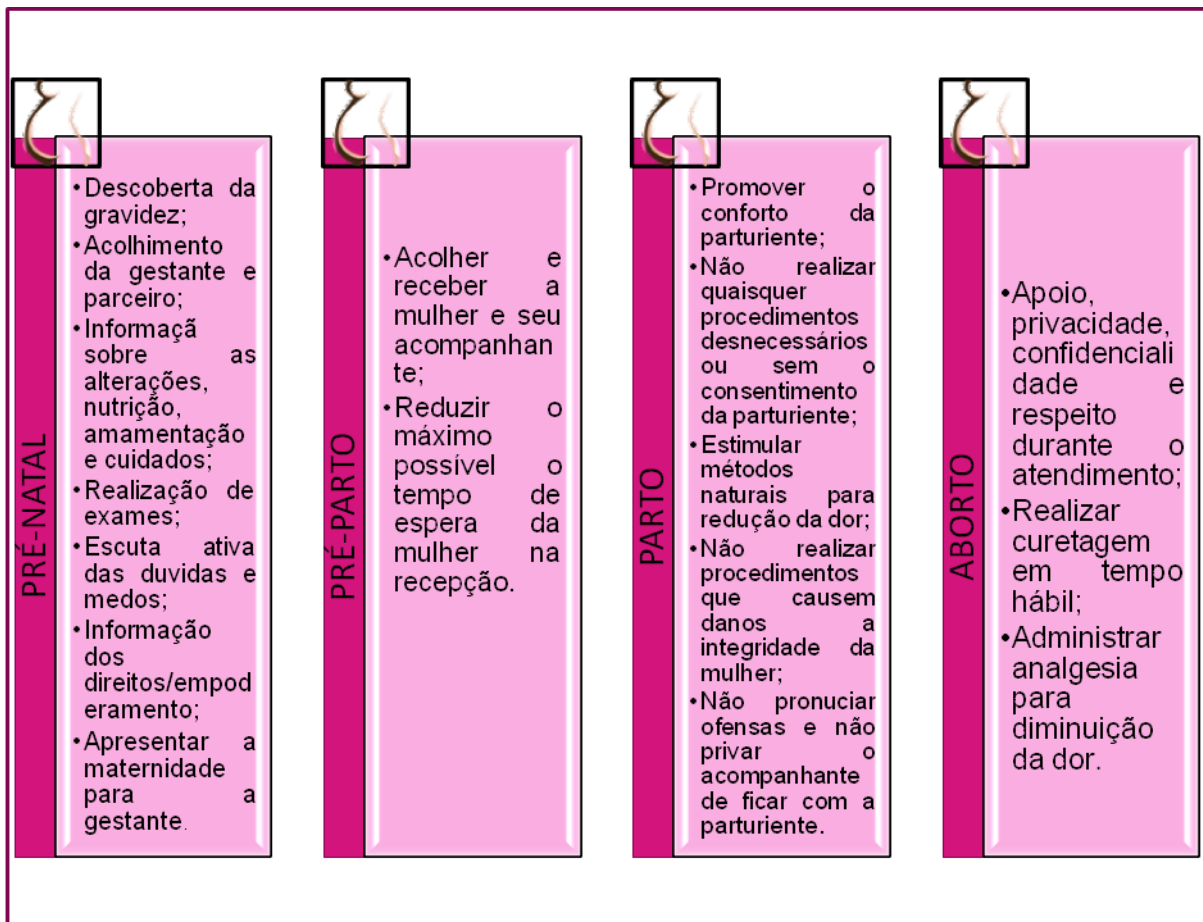
2.5.4.2. Violência obstétrica no pré-parto e peri parto

Do momento em que a mulher chega no hospital maternidade para dar início ao processo do parto e nascimento, até o momento em que a mesma recebe alta, ela recebe atendimento multiprofissional, portanto, se a equipe não for capacitada para receber e conduzir a mulher durante todo esse percurso a violência pode ocorrer em diversos momentos. Ao dar entrada na maternidade, se a mulher é recebida com discriminação e ignorância, também são considerados VO. A partir desse momento, qualquer ato advindo de qualquer profissional que rompa a integridade física ou psicológica da parturiente é percebido como VO (SANTOS, 2016).

2.5.4.3. Violência no aborto

Um cenário frequentemente observado em situações de aborto é aquele em que se presencia um atendimento com atitudes de julgamento moral, preconceito, negligência na redução da dor e até mesmo adiar o processo de curetagem. Pesquisas realizadas no Brasil em 2010 mostraram que em uma amostragem de 2365 mulheres que passaram por aborto, 53% relataram ter passado por algum tipo de violência durante a internação hospitalar, estando entre elas falha no controle da dor, e incluindo também, ameaças de denúncia para a polícia, contradizendo a postura ética de confidencialidade por parte dos profissionais de saúde (MADEIRO & RUFINO, 2017).

No organograma abaixo foram descritas algumas condutas adequadas para atendimento em momentos que geralmente ocorre atos de VO.



2.5.5. Classificação das intervenções realizadas no processo de parturição

A partir da década de 1990 o tema VO começou a ganhar destaque no Brasil, momento em que determinadas práticas violentas realizadas em maternidades hospitalares passaram a ser denunciadas. Assim, intervenções realizadas no processo de parto foram classificadas em 4 categorias, A, B, C e D (SANTOS, 2017).

Na categoria A são descritas práticas comprovadamente úteis que devem ser estimuladas; na categoria B são descritas práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que deve ser eliminadas; na categoria C são descritas práticas sobre as quais não há evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; e por fim, categoria D que descreve práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Quadro 1: Categoria A – Práticas demonstradamente úteis

PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS
→ Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado ao seu marido / companheiro.
→ Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde.
→ Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto.
→ Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.
→ Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
→ Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
→ Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o

trabalho de parto e parto.
→ Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem.
→ Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.
→ Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente.
→ Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS.
→ Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento.
→ Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
→ Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
→ Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.
→ Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue.
→ Condições estéreis ao cortar o cordão, prevenção da hipotermia do bebê.
→ Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno.
→ Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

Fonte: OMS, 1996.

Quadro 2: categoria B – Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes

PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES QUE DEVEM SER ELIMINADAS
→ Uso rotineiro de enema e/ou tricotomia.
→ Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.

→ Cateterização venosa profilática de rotina.
→ Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto.
→ Exame retal.
→ Uso de pelvimetria por Raios-X.
→ Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos.
→ Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto.
→ Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
→ Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
→ Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias.
→ Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
→ Lavagem uterina rotineira após o parto.
→ Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.

Fonte: OMS, 1996.

Quadro 3: categoria C – Práticas sem evidências suficientes

PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO
→ Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos.
→ Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto.

→ Pressão do fundo durante o trabalho de parto.
→ Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto.
→ Manipulação ativa do feto no momento do parto.
→ Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto.
→ Clampeamento precoce do cordão umbilical.
→ Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto.

Fonte: OMS, 1996.

Quadro 4: Categoria D – Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado

PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO
→ Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
→ Controle da dor por agentes sistêmicos.
→ Controle da dor por analgesia peridural.
→ Monitoramento eletrônico fetal.
→ Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
→ Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.
→ Correção da dinâmica com utilização de ocitocina.
→ Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
→ Cateterização da bexiga.
→ Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário.

→ Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.

→ Parto operatório.

→ Uso liberal e rotineiro de episiotomia.

→ Exploração manual do útero após o parto.

Fonte: OMS, 1996.

2.5.6. Procedimentos que podem causar danos a mulher no atendimento o parto normal e cesáreo

2.5.6.1. Episiotomia

A episiotomia é um procedimento cirúrgico que constantemente é realizado sem o consentimento e até mesmo sem informar a paciente. Nesse procedimento é realizado uma pequena incisão na vulva, com o auxílio de tesoura ou bisturi, que pode trazer sequelas pois altera a estrutura dos músculos, tendões e vasos sanguíneos do períneo, que tem a função de sustentação de órgãos que auxiliam no controle urinário, fecal e na funcionalidade do clitóris. A cultura brasileira trata a episiotomia como se fosse algo integrante do parto normal, como se o mesmo dependesse da realização da episiotomia para ser realizado, entretanto, o parto natural pode ocorrer sem que haja nenhum tipo de dano no períneo (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

As lesões no períneo possuem 4 classificações: 1º grau, 2º grau, 3º grau e 4º grau. Lesões de primeiro grau são superficiais que atingem vários pontos do tecido subcutâneo e epitélio vaginal; lesões de segundo grau são um pouco mais profundas e atingem a musculatura superficial do períneo; lesões de terceiro grau causam mais danos e atingem musculaturas mais profundas e também o esfíncter anal; e as lesões de quarto grau afetam as mesmas estruturas da de terceiro grau,

causa rompimento do esfíncter anal interno e externo e do epitélio retal (PARTO DO PRNCÍPIO, 2012).

A episiotomia é realizada por profissionais de forma indiscriminada, sem indicações científicas, e ainda existem médicos que realizam uma técnica chamada “ponto do marido”, onde um ponto a mais é feito para que a vulva fique mais apertada, com o intuito de manter o prazer do marido durante as relações sexuais e o mesmo não reclame. Os riscos da episiotomia podem causar infecções, dor, incomodo nas relações sexuais, lacerações em partos subsequentes, sangramento maior que o normal e anatomia e estética comprometidas (PARTO DO PRNCÍPIO, 2012).

2.5.6.2. Intervenções realizadas com finalidade didática

A realização de procedimentos desnecessários ocorre frequentemente apenas para o aprendizado de acadêmicos, sem respeitar a integridade da mulher. Essa prática é comum em hospitais escola, onde colocam como prioridade ensinar os procedimentos mesmo sem indicação e deixam de lado os direitos das mulheres sobre o próprio corpo, além de não permitir que a fisiologia do parto ocorra naturalmente (PARTO DO PRNCÍPIO, 2012).

2.5.6.3. Intervenções realizadas para acelerar o processo de parto

Geralmente alguns procedimentos realizados interferem na dinâmica natural do parto, como por exemplo a administração indiscriminada de ocitocina, rompimento artificial da bolsa, dilatação manual do colo, manobra de Kristeller e fórceps. Todos esses procedimentos realizados sem indicações e sem um acompanhamento adequado podem acarretar em dano para a mulher e para a criança (PARTO DO PRNCÍPIO, 2012).

2.5.6.4. Manobra de Kristeller

A manobra de Kristeller é realizada quando um profissional posiciona os braços, antebraços, mãos, joelhos e até mesmo o próprio corpo, sobre o fundo do útero em direção a pelve. Esse método pode acarretar em serias complicações como laceração visceral e descolamento de placenta (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

2.6. HUMANIZAÇÃO NO PARTO: ESTRATÉGIA PARA MINIMIZAR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A humanização aplicada na área da saúde, e mais especificamente da obstetrícia, tem sido utilizada sob diferentes perspectivas ao longo dos tempos, com início no século 20 quando o uso de narcose e fórceps eram vistos como assistência humanizada. Antes disso havia um modelo criado pela igreja católica que dizia que as dores e sofrimentos que as mulheres sentiam no momento do parto eram consequências pelos pecados e não deveriam receber qualquer tipo de intervenção para alívio da dor. Entretanto, a área médica da obstetrícia passou a lutar por uma mudança nessa visão, e então a mulher passa a ser vista como vítima do processo natural do parto e o obstetra passa a intervir diante de situações que tragam risco para a mesma no momento do parto (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

O século 20 foi um período delicado para a obstetrícia, nesse momento começou a se impor o modelo de parto exclusivamente hospitalizado acompanhado pelo parto sob sedação total, onde era administrada alta dose de morfina e escopolamina para que as mulheres passassem por todo trabalho de parto inconscientes; devido ao efeito alucinógeno da escopolamina as mesmas eram amarradas nas camas, recebiam doses de ocitocina para indução do parto e em seguida eram submetidas ao fórceps, recobrando a consciência cheia de hematomas e lesões. Nesse período, no Brasil, também surgiu a episiotomia, muito utilizada nos hospitais escolas para extração do bebê com fórceps nas primíparas. Esse quadro mudou depois de várias décadas, quando o alto índice de mortes e

complicações materno infantil passaram a receber atenção especial (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

O Ministério da Saúde (2002) instituiu um programa de humanização no pré-natal e nascimento, através da Portaria/GM n.569, de 1/6/2000, com subsídio nas análises das necessidades das gestantes, ao recém-nascido, a mãe no puerpério, com as seguintes prioridades:

- Os esforços mais concentrados no sentido de que seja reduzido os altos índices de morbimortalidades, no pré-natal, neonatal e materna;
- Medidas adotadas para que sejam asseguradas a melhoria no acesso, acompanhamento com qualidade no processo do pré-natal, parto, puerpério;
- Ações devem ser adotadas para capacitar os profissionais de saúde.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para alcançar o objetivo proposto, foi utilizada pesquisa do tipo exploratória com abordagem qualitativa e quantitativa, com foco em coleta e análise de dados, para propor medidas de intervenção.

As pesquisas exploratórias proporcionam maior proximidade com o problema, deixando mais explícito e facilitando assim a compreensão e construção de hipóteses. A coleta de dados pode ocorrer através de levantamento bibliográfico, entrevistas e análise de exemplos (GIL, 2017).

A pesquisa qualitativa busca compreender um grupo social determinado e fundamentado apenas em análises qualitativas que visam entender, descrever e explicar fenômenos sociais ao avaliar experiências de grupos. Já a pesquisa quantitativa se caracteriza pelo uso de quantificação em todos os momentos que lida com a informação, esta, é coletada através de questionário e a análise dos dados representadas através de tabelas (FERNANDES *et. Al.*, 2018).

3.2. CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital Maternidade do município de São Mateus, Espírito Santo; no período de julho a outubro de 2019.

O Hospital Maternidade de São Mateus começou a ser construído no dia 30 de dezembro de 1944, dando início a sua história. Nessa época, Maria de Lourdes Esteves Neves, esposa do prefeito que administrava a cidade Otto de Oliveira Neves, representava a instituição e foi em busca de alcançar a verba necessária para concluir a construção do hospital, que quando concluída ainda permaneceu fechado por 12 anos. Após a era de Getúlio Vargas a ausência de um hospital maternidade no Norte do Espírito Santo passou a ser visto como inaceitável e após o Governador Francisco Lacerda de Aguiar analisar uma carta que lhe havia sido

enviada solicitando a abertura do hospital, aceitou a proposta e no dia 30 de dezembro de 1957, o governador juntamente com o Juiz e com o Dr. Denizart Santos, fazem a entrega do Hospital Maternidade São Mateus, que a partir de então passou a ser administrada pela sociedade civil Casa de Nossa Senhora Aparecida (HOSPITAL MATERNIDADE SÃO MATEUS, 2019).

Atualmente o Hospital Maternidade de São Mateus realiza partos de risco habitual, sendo referência de atendimento para os municípios de Conceição da Barra, Jaguaré, Pedro Canário e São Mateus (GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO; 2017).

3.3. SELEÇÃO DO ESTUDO

A população que foi convidada a fazer parte dessa pesquisa era composta por 11 enfermeiros e 8 técnicos de enfermagem atuantes nesta instituição e que desempenham assistência obstétrica, totalizando o n de 19 profissionais a serem pesquisados.

3.4. COLETA DE DADOS

A coleta de dados com os profissionais foi realizada através de um questionário elaborado pelas acadêmicas, abrangendo um total de 20 perguntas, das quais 17 são objetivas e outras 3 discursivas. E, posteriormente a análise dos dados, realizou-se uma intervenção em saúde e a aplicação de um pós-questionário, também elaborado pelas autoras, a fim de identificar se a intervenção foi bem aceita pelos profissionais.

3.5. TRATAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL

A análise dos dados coletados para proposta de medidas de intervenção foi executada através de instrumento de abordagem qualitativa de Minayo, que constitui um ciclo de pesquisa metodológica que tem início com uma dúvida ou pergunta e termina com um material que pode sanar tais dúvidas e dar origem a novas perguntas. Esse ciclo envolve a fase exploratória da pesquisa, cujo o foco é criar um projeto de investigação, em seguida é estabelecida a pesquisa de campo que envolve entrevistas, levantamentos e observações que vão confirmar ou refutar hipóteses, e por fim, o tratamento do material recolhido realizando ordenação, classificação e análise (MINAYO, 2002).

3.6. DOS ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aceito pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), sob CAAE 15963519100008207, seguindo todas as normas e pré-requisitos exigidos. Foi apresentado para a maternidade uma autorização da instituição co-participante, com intuito de obter liberação, dos cargos superiores da instituição para a realização da pesquisa, que foi assinada no mês de junho de 2019, bem como um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi assinado por cada profissional entrevistado antes de responder ao questionário, respaldando estes e os pesquisadores envolvidos. Para manter o anonimato dos participantes utilizou-se a nomenclatura de flores.

Utilizou-se como critérios de inclusão para neste estudo: ser profissional de enfermagem atuante na maternidade; prestar assistência à parturiente e puérpera; aceitar participar da pesquisa por livre e espontânea vontade mediante assinatura do termo de consentimento. Como critérios de exclusão utilizou-se: profissionais da saúde que não prestavam assistência direta às parturientes e que não trabalhavam na maternidade, ou que se negassem a assinar o termo de consentimento. A pesquisa teve riscos como: a possibilidade de constrangimento ao responder o questionário, desconforto, medo, aborrecimento, vergonha, estresse, quebra de sigilo e cansaço. No entanto, para minimizar os riscos, utilizou-se medidas como: ambiente privativo, momento para expor os objetivos da pesquisa permitindo tirar dúvidas e receios, adequadas dia e hora para realização do questionário no próprio

ambiente de trabalho e garantir sigilo e liberdade para se retirar da pesquisa a qualquer momento sem quaisquer danos.

Para designar a quem pertencia cada fala descrita preservando o anonimato dos participantes foram utilizados nomes de flores. Assim, temos: Hibisco, Gloriosa, Antúrio, Íris, Lótus, Girassol, Centáurea, Tulipa, Amarílis, Lírio, Gardênia, Calêndula, Azaleia, Margarida, Jasmin, Rosa, Amor perfeito, Camélia, Cravo.

3.7. PROCEDIMENTOS EXECUTADOS

A realização da pesquisa ocorreu seguindo etapas estabelecidas:

- I – Pesquisa do referencial teórico acerca do assunto;
- II – Apresentação da proposta e autorização da instituição;
- III – Liberação do CEP para aplicação do questionário;
- IV – Aplicado o questionário com os enfermeiros e técnicos de enfermagem;
- V – Analisado os dados obtidos;
- VI – Realizada intervenção por meio de educação em saúde com os profissionais através de cartilha informativa e aplicado um questionário pós intervenção;
- VII – Comparação e discussão dos resultados obtidos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados começaram a ser coletados no dia 20 de agosto de 2019 e a coleta foi encerrada no dia 03 de setembro de 2019. Foram envolvidos na pesquisa os técnicos de enfermagem que prestam assistência na sala parto e os enfermeiros que trabalham na sala parto, triagem, centro cirúrgico, alojamento conjunto, comissão de segurança do paciente e um membro da direção do hospital. Foram inclusos profissionais dos turnos diurnos e noturno, dos plantões pares e ímpares. Antes da entrega e aplicação do questionário, foram apresentados os riscos e os meios prováveis para minimizar os mesmos, sendo assim, todos os profissionais concordaram em participar da pesquisa não apresentando nenhuma negativa ou resistência. Foram realizadas visitas periódicas no hospital maternidade para aplicação do questionário e os pesquisadores estiveram presentes durante todo tempo de aplicação do mesmo para sanar eventuais dúvidas que surgiam por parte dos profissionais e para transmitir mais segurança aos mesmos quanto a seriedade da pesquisa realizada. Os plantões do turno diurno apresentaram mais necessidade de retorno devido à alta demanda de pacientes, já os plantões noturnos apresentaram pouca necessidade de retorno.

A análise dos resultados prosseguiu conforme citado na metodologia através de três momentos: aplicação de questionário pré intervenção, realização de intervenção e, por fim, aplicação de questionário pós intervenção.

4.1. RESULTADOS REFERENTES AO PRIMEIRO MOMENTO: QUESTIONÁRIO PRÉ INTERVENÇÃO

Para melhor compreensão e dinamicidade dos dados estatísticos, dividiram-se os resultados em três etapas:

- 1º etapa: Apresentação do perfil profissional dos participantes do estudo;
- 2º etapa: Avaliação do nível de conhecimento sobre a temática abordada;

→ 3º etapa: Apresentação e discussão da percepção dos entrevistados a respeito da violência obstétrica.

A primeira e a segunda etapa corresponderam a uma análise quantitativa. Já a terceira etapa diz respeito a análise qualitativa.

4.1.1. 1º Etapa – Análise Quantitativa do Perfil Profissional dos Entrevistados

Tabela 1 – Apresentação do perfil profissional dos entrevistados.

Variáveis	Dados	N	%
Formação	Enfermeiros	11	57,9
	Técnicos de enfermagem	8	42,1
	Recém-formado	3	15,8
Tempo de formação	1-5 anos	7	36,8
	5-10 anos	5	26,3
	> 10 anos	4	21,1
Possui especialização em obstetrícia	Sim	5	26,3
	Não	10	52,6
	Em curso	3	15,8
Tempo de atuação na enfermagem	Pretendo fazer	1	5,3
	< 1 ano	2	10,5
	1-5 anos	7	36,8
Tempo de atuação	5-10 Nos	5	26,3
	> 10 anos	5	26,3
	< 1 ano	3	15,8
Tempo de atuação	1-5 anos	10	52,6

na Enfermagem obstétrica	5-10 anos	2	10,5
	> 10 anos	1	5,3
	Não respondeu	3	15,8
Carga horária	12 horas	16	84,2
	24 horas	0	0
	36 horas	0	0
Turno de trabalho	Diarista	3	15,8
	Diurno	13	68,4
	Noturno	5	26,3
	Não respondeu	1	5,3
Trabalha em mais de uma instituição	Sim	7	36,8
	Não	12	63,2

Ao expor os dados em forma de gráfico é possível ter uma melhor visualização e noção de dimensão da análise do perfil profissional dos entrevistados.

Gráfico 1 – Formação dos profissionais entrevistados

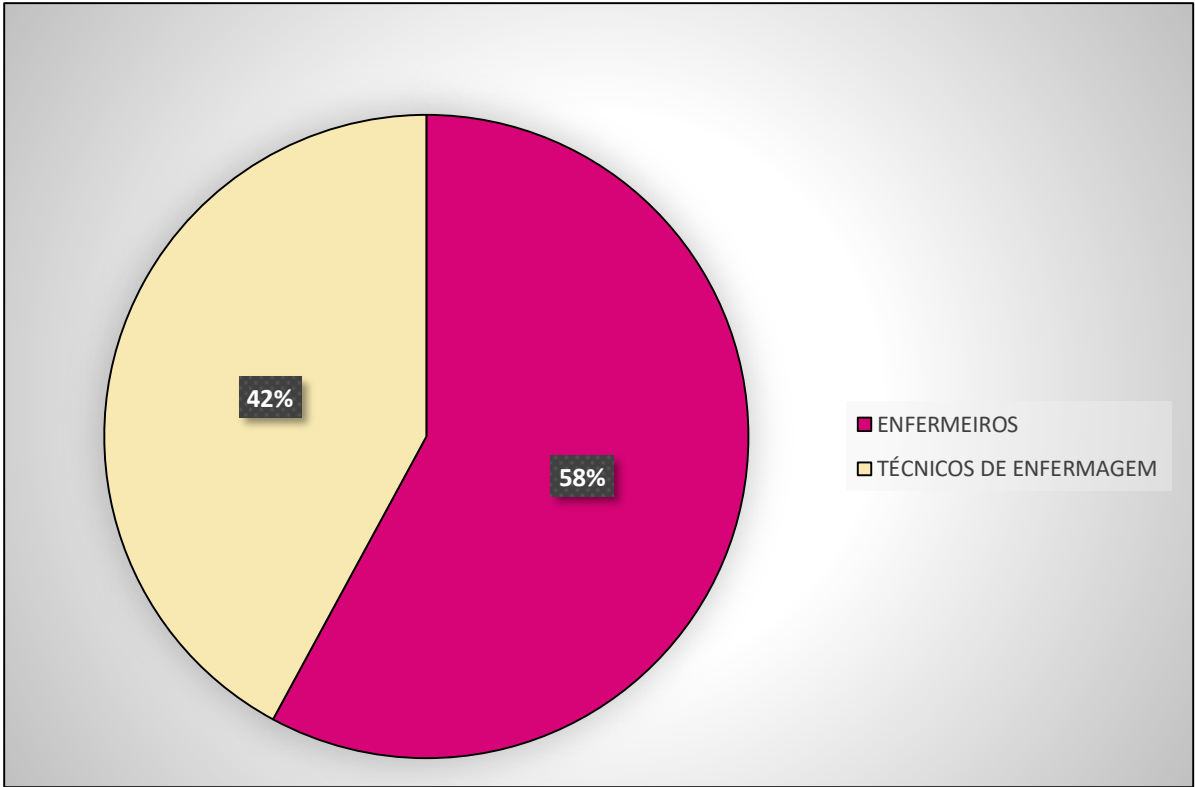


Gráfico 2 – Tempo de formação dos profissionais entrevistados

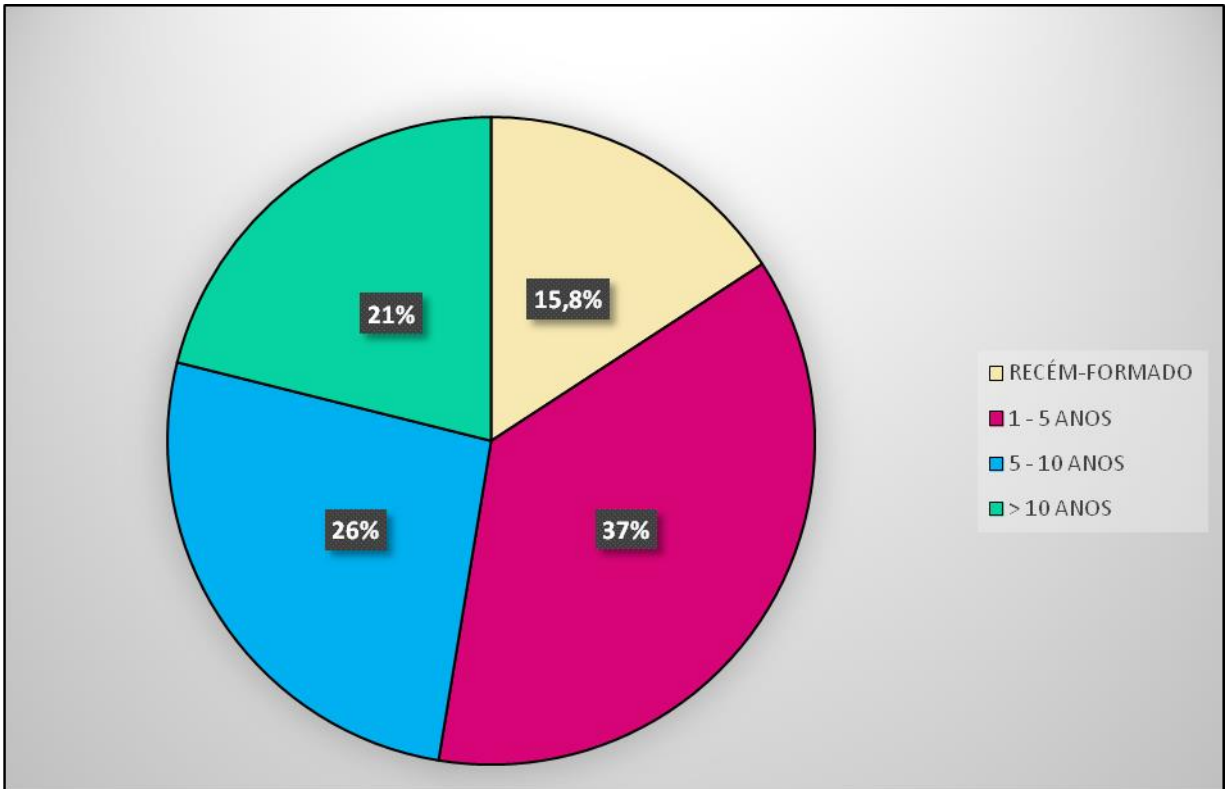


Gráfico 3 – Especialização dos profissionais entrevistados

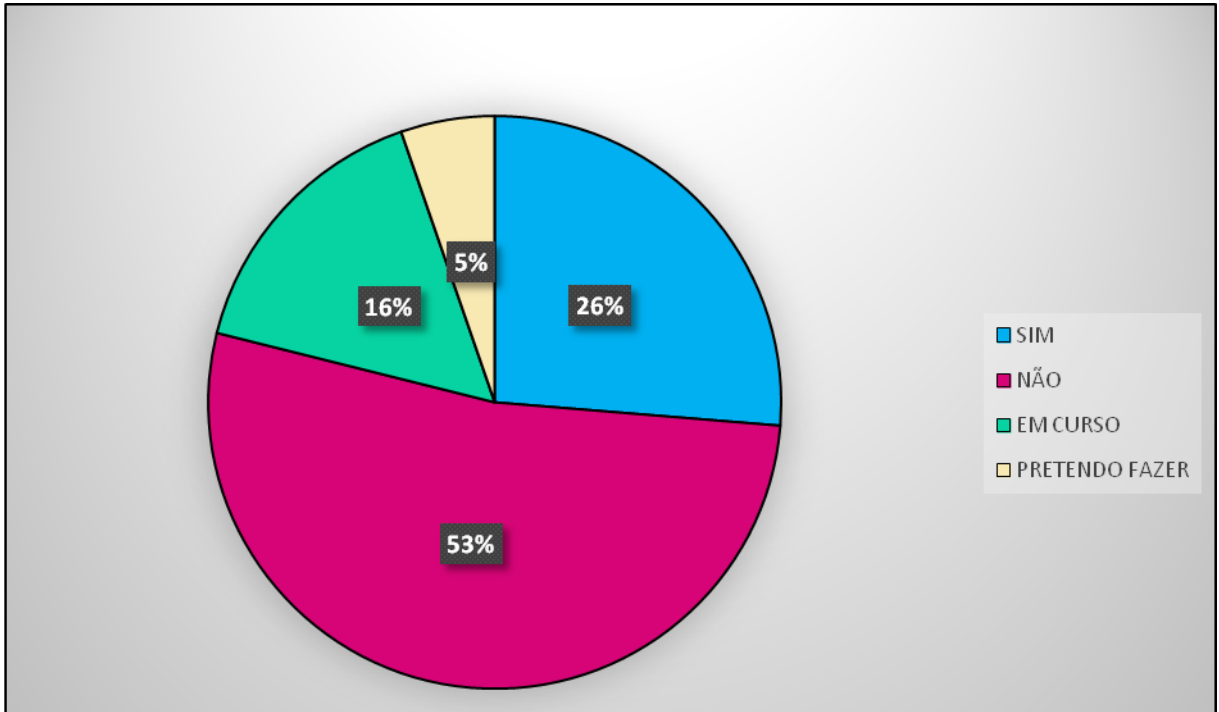


Gráfico 4 – Tempo de atuação na enfermagem dos profissionais entrevistados.

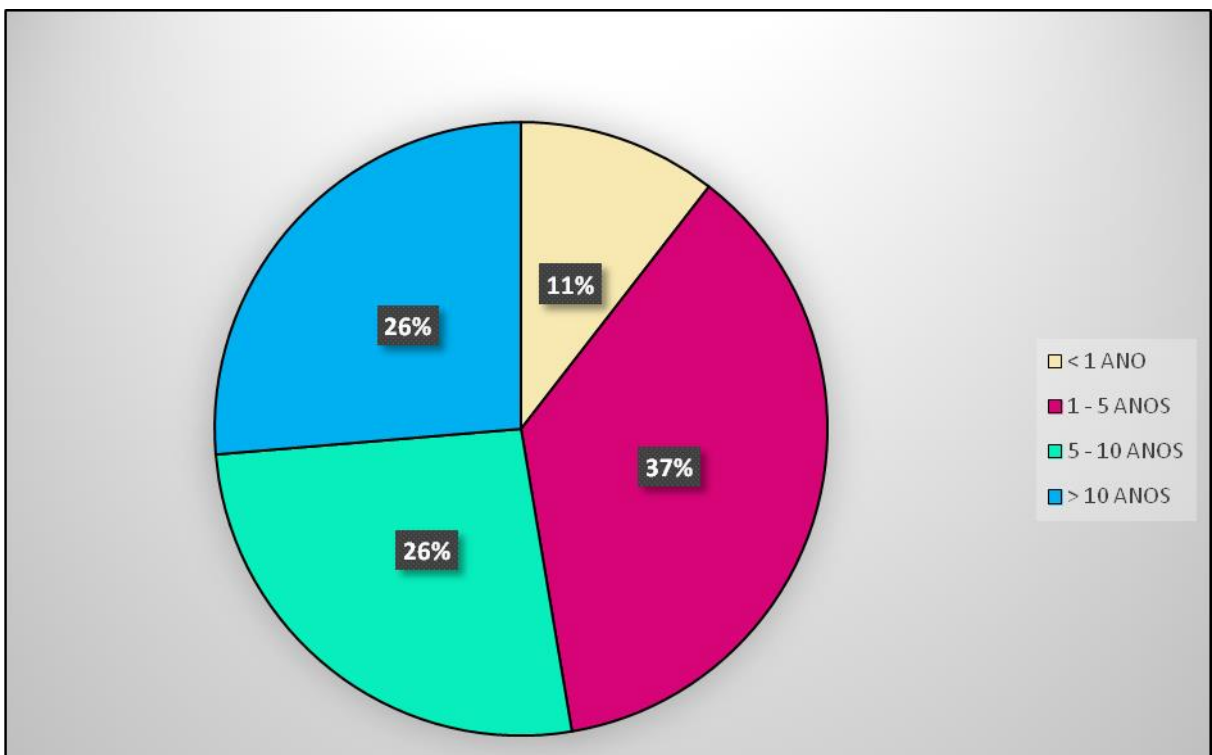
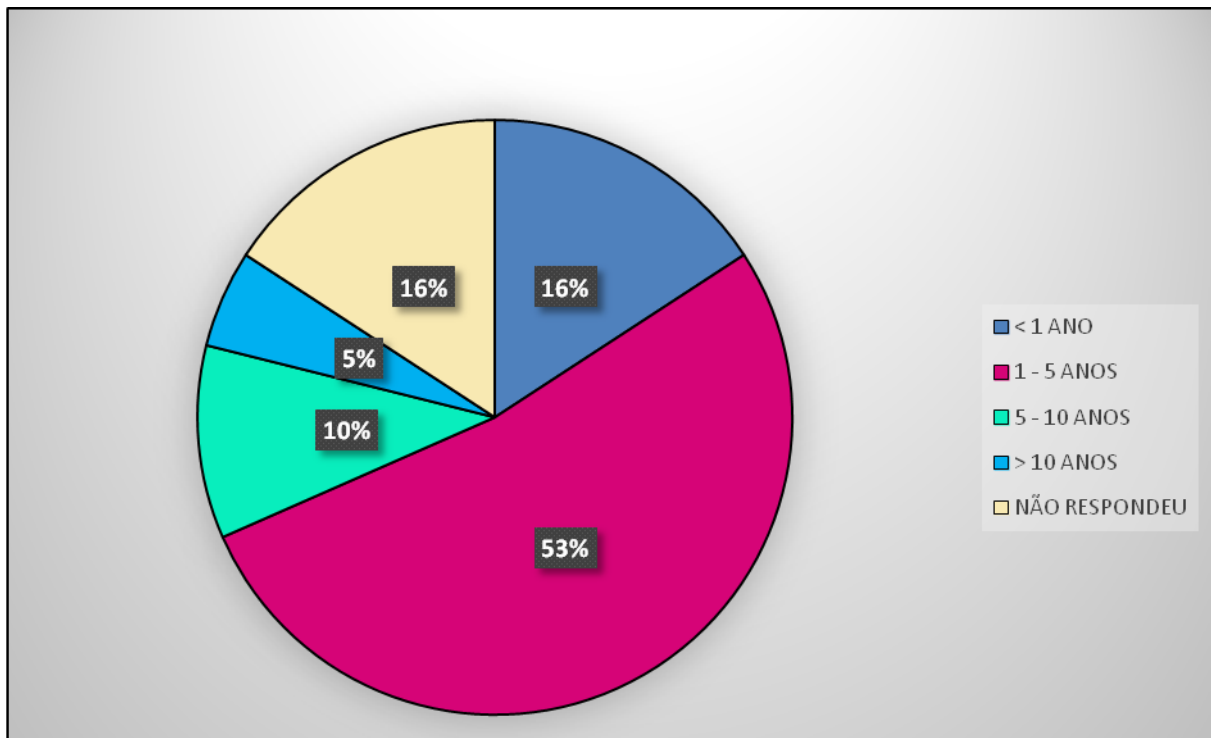


Gráfico 5 – Tempo de atuação na enfermagem obstétrica dos profissionais entrevistados



De acordo com os dados coletados, os resultados apontam que dentre os 19 profissionais entrevistados 36,8% (7) se formaram entre 1-5 anos e apenas 21,1% (4) possuem mais que 10 anos de formação; 52,6% (10) não possuem nenhum tipo de especialização na área da obstetrícia, 26,3% (5) possuem especialização e apenas 5,3% (1) pretende se especializar. Dos que não possuem especialização em obstetrícia, 6 são enfermeiros. Em relação ao tempo de atuação na enfermagem, observou-se que 36,8% (7) dos profissionais atuam de 1-5 anos, 26,3% (5) atuam de 5-10 anos e 26,3% (5) atuam a mais de 10 anos, em contrapartida, apenas 5,3% (1) atuam na enfermagem obstétrica a mais de 10 anos e 52,6% (10) atuam de 1-5 anos na enfermagem obstétrica. Ao avaliar a carga horária dos profissionais foi possível perceber que 84,2% (16) trabalham em plantões de 12 horas e 36,8% (7) trabalham em mais de uma instituição.

Segundo a resolução do COFEN nº 524/2016 normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro obstetra que presta assistência a gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos em locais onde ocorre esse tipo de assistência (CPN, casas de parto e outros). Nesta resolução são estabelecidos

critérios para que o enfermeiro receba o título de obstetra no âmbito do sistema COFEN e possa atuar nesses estabelecimentos, dentre tantos, os critérios mínimos são: realização de no mínimo, 15 consultas de enfermagem pré-natais; realização de no mínimo, 20 partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto; e 15 atendimentos ao RN na sala parto.

De acordo com Santos (2017), apesar da ampla divulgação do tema, alguns fatores como: jornada de trabalho exaustiva, más condições de trabalho dos profissionais de saúde, falta de infraestrutura, precariedade de recursos, baixos salários, excessiva demanda e falta de treinamento; podem contribuir para a ocorrência da violência obstétrica.

No Hospital Maternidade de São Mateus a escala de trabalho dos profissionais é bastante diversificada em turnos e setores e encontra-se da seguinte forma: no turno diurno; 2 enfermeiros para atender centro cirúrgico e os dois andares de alojamento conjunto, um enfermeiro para sala parto e um enfermeiro para acolhimento e classificação de segunda a sexta; no turno noturno; um enfermeiro para centro cirúrgico, alojamentos conjunto e sala parto.

Além disso, identificou-se que dentre os entrevistados 36,8% trabalham em mais de uma instituição, o que sugere uma possível sobrecarga profissional.

No entanto, não se pode usar tais argumentos para justificar atitudes violentas por parte dos profissionais. Para que isso seja evitado é importante criar um vínculo entre profissional e parturiente com foco na confiança e respeito mútuo independente de quantidades de vínculo, setores e demais questões inerentes ao processo de trabalho (SANTOS, 2017).

4.1.2. 2º etapa – Análise Quantitativa do Nível de Conhecimento dos Profissionais Sobre a Temática Abordada

Tabela 2 – Conhecimento dos profissionais entrevistados sobre violência obstétrica.

Variáveis	Dados	Numero	%
Qual seu nível de	Nenhum	0	0

conhecimento sobre a violência obstétrica	Conheço pouco	2	10,5
	Ouvi falar	1	5,3
	Li em algum lugar	1	5,3
	Conheço bem o assunto	13	68,4
	Estudei na pós/curso	3	15,8
	Outros	0	0
Na instituição em que você trabalha, o tema Violência obstétrica é abordado de alguma forma? Se sim qual forma?	Sim	13	68,4
	Não	6	31,6
	Palestra	2	10,5
	Educação em saúde	5	26,3
	Cartazes	1	5,3
	Outra	“Sobre o plano de parto”; “Questionamento de pacientes”; “Rodas de conversa”; “Bate papo”.	
Considera o tema relevante para sua prática profissional?	Sim	18	94,7
	Não	0	0
	Não sei informar	0	0
	Não respondeu	1	5,3
Quais das seguintes frases abaixo descritas você considera como violência obstétrica	Não chora não, que ano que vem você vai estar aqui de novo.	16	84,2
	O acompanhante não vai poder entrar como você	12	63,2
	Na hora de fazer você não chorou, não chamou a mamãe, por que vai	19	100

chorar agora?

Seu bebê é muito grande, precisamos fazer uma cesárea.	13	68,4
Se gritar, eu paro agora o que estou fazendo e não vou te atender.	19	100
Se continuar gritando assim seu bebê vai nascer surdo.	18	94,7
Faz cesárea porque o parto normal dói muito, você não vai aguentar.	12	63,2

Já presenciou algum ato de violência obstétrica em sua prática profissional na instituição? Se sim, classifique o tipo?	Sim	14	73,7
	Não	4	21,1
	Não sei informar	0	0
	Não respondeu	1	5,3
	Psicológica	8	42,1
	Verbal	12	63,2
	Física	4	21,1
	Sexual	0	0
	Institucional	0	0
	Não sei classificar	0	0
Pra você, em que ocasião a violência obstétrica se inicia?	Outra	0	0
	Não respondeu	5	26,3
	Admissão na maternidade	10	52,6
	Durante o processo de trabalho de parto	11	57,9
	Pós-parto	3	15,8
	Intra-parto	7	36,8
Pré-natal	8	42,1	

Como você considera a violência obstétrica em sua prática profissional?	Não acredito que exista violência obstétrica	0	0
	Considero um exagero da sociedade/ciência	0	0
	É uma possibilidade real e até necessária	1	5,3
	Existe na pratica, mas inconscientemente	8	42,1
	Existe na pratica de forma consciente	12	63,2
Quais dos atos abaixo você considera como violência obstétrica?	Sofrer exames de toques desnecessários e por vários profissionais.	18	94,7
	Não ofertar a visita de vinculação da gestante a maternidade.	6	31,6
	Exigir lavagem intestinal	11	57,9
	Não permitir escolha livre de posição no parto	16	84,3
	Submeter a parturiente a jejum prolongado.	15	78,9
	Ter alguma parte do corpo amarrada.	17	89,5
	Ser induzida a cesárea sem necessidade.	14	73,7
	Negar atendimento na ausência de documentos.	11	57,9
	Sofrer episiotomia sem necessidade e sem consentimento da parturiente.	18	94,7
	Dirigir ofensas e piadas na hora do parto.	18	94,7

Ser submetido a manobra de Kristeller.	15	78,9
Aplicação excessiva de ocitocina para acelerar o trabalho de parto.	14	73,7
Impedir que a gestante seja acompanhada no processo de trabalho de parto.	14	73,7

A segunda etapa do questionário possibilitou a avaliação do conhecimento e percepção desses profissionais sobre a temática; assim, 67,4% (13) alegaram conhecer bem o assunto e 15,8% (3) estudaram na pós-graduação ou curso. 68,4% (13) dos profissionais relataram que o tema Violência Obstétrica é abordado dentro da instituição através de educação em saúde, palestras, cartazes, rodas de conversa, apresentação do plano de parto e bate papo; no entanto, 31,6% (6) negaram essa afirmativa. Os profissionais também foram questionados sobre a relevância da temática na prática profissional, onde 94,7% (18) afirmaram que o tema possui relevância e 5,3% (1) não se pronunciou a respeito. Foram citadas algumas frases no questionário para que os profissionais assinalassem as que consideravam como ato de violência obstétrica. Seguem descritas abaixo as frases mais assinaladas:

“Na hora de fazer você não chorou, não chamou a mamãe, por que vai chorar agora?” e “Se gritar eu paro agora o que estou fazendo e não vou te atender mais”, foram as duas frases marcadas por 100% (19) dos profissionais. A frase “Se continuar gritando assim seu bebê vai nascer surdo” foi assinalada por 94,7% (18) profissionais; seguida pela frase “Não chora não, que ano que vem você vai estar aqui de novo” assinalada por 16 profissionais; “Seu bebê é muito grande precisamos fazer uma cesárea” foi assinalada por 13 profissionais e, por fim; “O acompanhante não vai poder entrar com você” e “Faz cesárea porque o parto normal dói muito, você não vai aguentar” assinaladas por 12 profissionais.

Ao perguntar se os profissionais já presenciaram algum ato de violência obstétrica na instituição 73,7% (14) responderam que sim; 21,1% (4) responderam que não e 5,3% (1) não respondeu; e nessa mesma pergunta; pediu-se para

classificar os tipos de violência que presenciaram; assim, 63,4% (12) relataram que foi violência verbal, 42,1% (8) violência psicológica e 21,1% (5) violência física e 26,3% (5) não classificaram o tipo de violência.

Além das práticas invasivas que resultam em VO do tipo física, no âmbito nacional, as violências de natureza moral e psicológica se destacam dentre os distintos tipos de VO, e podem acontecer por meio de gritos, insultos, negação de atendimento e vocabulário chulo (LEAL et al, 2018).

Adepto a tais condutas, o discurso dos profissionais aponta a compreensão de termos ofensivos, discriminatórios e difamatórios como atitudes violentas, quando estes relatam que presenciaram atos de VO que se manifestaram por meio de agressões psicológicas e verbais.

Um dos pontos que se destacou no questionário foi relacionado ao momento em que a violência obstétrica se inicia. 57,9% (11) dos profissionais defendem que a violência obstétrica começa durante o processo de trabalho de parto; 52,6% (10) disseram que começa na admissão na maternidade; apenas 42,1% (8) disseram que a violência obstétrica começa no pré-natal e 15,8% (3) no pós-parto.

Esses resultados demonstram que existe uma falha no entendimento sobre o momento exato em que se inicia ou que pode acontecer a violência obstétrica; isso pode ser evidenciado quando Souza et al (2018) diz que os profissionais de saúde muitas vezes não percebem que estão desenvolvendo atos violentos, além disso, o pré-natal é extremamente importante para a experiência do parto na vida das mulheres e para a diminuição da violência obstétrica; no entanto durante a realização das consultas de PN pode-se evidenciar atos e posturas que indicam VO, o que potencializa a ocorrência da VO no trabalho de parto e parto decorrente de uma assistência não qualificada no PN.

Em seguida foi questionado como os profissionais consideravam a violência obstétrica em sua prática profissional, onde 63,2% (12) alegaram que existe na prática e de forma consciente; e 42,1% (8) disseram que existe na prática, mas de forma inconsciente.

A maioria dos profissionais entrevistados alegaram que conhecem bem o assunto, que o mesmo é abordado dentro da instituição e que consideram relevante

para a atuação profissional. Da mesma forma, alegaram que já presenciaram atos de VO e que a prática desta ocorre de forma consciente. Esses dados mostram que mesmo existindo conhecimento por parte dos profissionais, a ocorrência da VO ainda acontece, isso impõe o seguinte questionamento: a VO pode consistir em atitudes de negligência por parte de alguns profissionais?

A resolução do COFEN nº 564/2017, aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), que traz princípios fundamentais a serem seguidos por todos os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), que têm como responsabilidade a promoção e restauração da saúde; prevenção de agravos e doenças; alívio do sofrimento; promover cuidado da pessoa, família e coletividade; sempre de maneira segura e livre de danos. O mesmo ainda diz que os profissionais de enfermagem são proibidos de provocar, cooperar, ser conivente ou omissos diante de qualquer forma ou tipo de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão; utilizar de seu poder para impor qualquer tipo de opinião/ordens que atentem contra a dignidade humana; e que é dever dos mesmos prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

De acordo com a pergunta norteadora foram dispostos alguns exemplos de atos de violência obstétrica, dos quais os mais assinalados foram: “Sofrer exame de toque desnecessários e por vários profissionais”; “Sofrer episiotomia sem necessidade e sem consentimento da mulher”; “Dirigir ofensas ou piadas na hora do parto”; “Ter alguma parte do corpo amarrada” e “ Não permitir escolha livre de posição no parto”. É necessária ter cautela por parte dos profissionais, que muitas vezes, por possuírem conhecimento técnico científico, usam de autoridade mediante regras, que muitas vezes não tem respaldo científico; isso acaba quebrando o vínculo entre profissional e paciente, resultando em perda da autonomia da mulher bem como do protagonismo sobre o próprio ciclo gravídico puerperal. Trata-se de um momento em que a gestante está insegura, não recebe orientações completas e suficientes, se vê sozinha e exposta a estranhos. As queixas principais são: privação de acompanhante, falta de informação sobre os procedimentos que serão executados e sobre a evolução do parto, cesárea desnecessária, toques vaginais repetitivos, administração de medicamentos para

acelerar o processo de parto, episiotomia sem indicação e outros (JARDIM & MODENA, 2018).

4.1.3. 3° Etapa: Apresentação e Discussão da Percepção dos Entrevistados a Respeito da Violência Obstétrica

A terceira etapa tratou-se de uma análise qualitativa, que seguiu três categorias definidas a partir das perguntas norteadoras do questionário aplicado.

4.1.3.1. Como você percebe a Violência Obstétrica

Alguns profissionais relataram sua percepção sobre o assunto de maneira mais breve e mais voltada para a própria assistência que já presenciaram ou presenciam em seu cotidiano; outros descreveram de forma mais extensa e ampla, expondo dentro de um todo como percebem a violência obstétrica.

Nessas falas os profissionais destacaram alguns tipos de violência obstétrica ou maneiras como esta pode acontecer; outros chegam a relatar que acontece muitas vezes de forma inconsciente e destacam como a parturiente deve ser tratada.

“Percebo que alguns profissionais não trata a gestante como deveria ser tratada e as vezes falta informação sobre o tema”.

(Gardenia)

“Pode ser ao falar, digo, a forma de falar, o procedimento realizado sem consentimento da paciente, entre outros”.

(Calêndula)

“Em tons de voz alterado, agressivos, toques excessivos, se recusar a atender após barulhos da paciente, agredir verbalmente acompanhantes fazendo a gestante ficar nervosa”.

(Azaleia)

“É real, desmerece a particularidade e o momento de cada mulher, ainda que muitas vezes o profissional cometa inconscientemente, pelo hábito de falar”. (Margarida)

“Na minha concepção é uma falta de respeito e humanidade, pois é um momento em que a gestante está fragilizada e indefesa e precisa de atenção, respeito e um atendimento de qualidade, pois o mesmo não é favor e sim obrigação de todos os profissionais de saúde”. (Jasmin)

“De várias formas, no início do pré-natal até o fim do período expulsivo, depende de como o obstetra e a enfermagem irá evoluir junto a paciente”. (Rosa)

“Quando é causada alguma inconveniência, ou agressões verbais, palavras proferidas que deixa a parturiente constrangida, ou são administrados algum tipo de medicação para acelerar o trabalho de parto”. (Camélia)

“É a falta de uma comunicação clara e de maneira respeitosa com a paciente. É necessário ter respeito para com a paciente e esclarecer as condições clínicas existentes”. (Cravo)

A partir das falas descritas acima percebeu-se que os profissionais entrevistados apresentaram boa percepção do que é a violência obstétrica, principalmente a verbal e física, no entanto, apenas 1 afirmou que a VO pode ter início desde o PN. Percebe-se então a necessidade de conhecimento sobre o momento em que a VO pode ter início.

Para Barboza e Mota (2016) a violência obstétrica pode ser expressa desde a negligência; agressões física, verbal e psicológica; e até discriminação. Tais atos ocorrem muitas vezes de maneira silenciosa ficando presa entre as paredes de hospitais do mundo todo e traduzem grande sofrimento físico e principalmente psíquico para a mulher, pois em um momento que deveria ser reproduzido sentimento de apoio e cuidado é reproduzido o sentimento de angústia.

Algumas falas se apresentaram de forma mais breve, seja em forma de exemplos de violência, ou uma percepção de modo geral sobre a temática. Na fala de um profissional descreveu que a violência obstétrica parte diretamente do profissional médico.

“Através de algumas falas de determinados profissionais”
(Antúrio)

“A violência obstétrica se inicia com um ato ou gesto direcionado a paciente”. (Íris)

“No ato do atendimento do obstetra, na sua fala com a equipe antes do atendimento” (Lótus)

“Um tema bastante complexo, pois ocorre em muitas vezes de forma inconsciente”. (Girassol)

“São atos, ou em forma verbal, ou até mesmo psicológica”.
(Centáurea)

“Na forma de abordagem clínica de alguns profissionais médicos”. (Tulipa)

“Tudo se inicia com ausência de empatia”. (Amarílis)

“Percebe-se pelo tratamento, pela falta de empatia”. (Lírio)

“Um termo novo, mas de acontecimentos antigos e deve ser estudado para não se tornar um problema de saúde pública”.
(Amor perfeito)

Outro possível fator que explica o número crescente de atos de violência obstétrica é a existência de um grupo de mulheres que estão mais vulneráveis que seriam aquelas pertencentes a classe social mais inferior, adolescentes, mulheres de rua, com baixa escolaridade, sem acompanhamento adequado ao pré-natal e até mesmo aquelas que estão sem acompanhante no momento do atendimento. Além desses grupos considerados vulneráveis existe a questão da ideologia de gênero presente desde os tempos passados, onde a figura feminina é vista como frágil, submissa, inferior e corpo reprodutor, dando brecha para ações de domínio e abuso sobre a mesma (JARDIM & MODENA, 2018).

- 4.1.3.2. Você já cometeu, em algum momento de sua trajetória profissional, mesmo que inconscientemente, algum ato de violência obstétrica? Qual tipo?

Nessa categoria observou-se que os profissionais descreveram respostas bem sinceras em relação a sua prática na assistência obstétrica, outros apenas negaram já ter realizado atos de VO.

Percebeu-se aqui, que a maioria dos profissionais que admitiram ter cometido atos de violência obstétrica tem um tempo maior de formação, ou seja, alguns atos que hoje não são permitidos, antes eram tidos como normais.

“Sim, de querer muito ajudar uma paciente e a mesma está muito despreparada não querendo colaborar com as tecnologias, e acaba falando algo negativo”. (Rosa)

“Sim; comentar que ela voltará no próximo ano; não dar relevância as da paciente”. (Margarida)

“Sim. Kristeller, uns 10 anos atrás quando (não tinha) era comum essa atitude pelos obstetras”. (Lírio)

“Sim. Porém de maneira inconsciente não voltada para “violência”. Por exemplo quando pedimos para gestante não gritar. Ato que fazemos para orientar o momento em que a gestante deve colocar força”. (Girassol)

“Sim, pedir para a gestante não gritar”. (Lótus)

“Não. Desde o início da minha formação sempre tive empatia pelo próximo”. (Camélia)

“Não me recordo de ter tratado nenhuma gestante com falta de respeito, procuro ser cuidadosa com as palavras e sou muito atenciosa, pois eu já sofri violência obstétrica por experiência própria e não desejo para ninguém”. (Jasmin)

“Não. No meu caso porque não tenho muito contato com a paciente no intra-parto”. (Tulipa)

“Não que eu me lembro”. (Gardenia)

De acordo com Leal et al. (2018), alguns enfermeiros têm suas condutas, praticadas contra as parturientes, justificadas pelo fato de não reconhecerem tais intervenções/atuações como violência; ou devido á práticas rotineiras que ocorrem de forma reiterativa. Dentre tantas práticas, a episiotomia era frequente e incorporadas ao perfil do hospital, entretanto, hodierno tal prática é desestimulada.

No que diz respeito ao tratamento dos profissionais para com as pacientes, pode-se ainda dizer que um fato bastante comum é a imposição da dor relacionada ao menosprezo da equipe com as mesmas, quando são deixadas sozinhas e tem a dor banalizada. Dando continuidade a essa lógica, a desigualdade de gênero também favorece a VO, quando a parturiente perde o protagonismo, o direito de decidir sobre o próprio corpo é infligido; ou quando a hierarquia de saberes (profissional/paciente) se sobrepõe diante da condição social ou econômica (ALONSO, 2018).

4.1.3.3. Formas para a prevenção da violência obstétrica

Nessa categoria os profissionais foram convidados a propor medidas que consideram eficazes para prevenir a ocorrência de atos de violência obstétrica. Os entrevistados embasaram suas respostas voltadas para educação e conscientização dos profissionais que estão envolvidos no cuidado com a mulher. Uns ressaltam a importância da humanização e sensibilização multiprofissional; uma resposta citou a questão do conhecimento e cultura; outros acreditam que é importante levar informação também para as mulheres, para que estas estejam mais empoderadas e seguras no processo de parturição; e muitos destacaram que se colocar no lugar da paciente pode ser uma medida eficaz para não cometer o ato de violência.

“Resgatar a humanização da equipe”. (Tulipa)

“Conscientização, principalmente dos médicos”. (Azaleia)

“Sempre manter uma boa comunicação com o paciente, principalmente quando se realiza algum procedimento, seja ele invasivo ou não”. (Cravo)

“Não a praticar”. (Amor perfeito)

“Conhecimento e cultura”. (Amarílis)

*“Conscientização por parte dos profissionais envolvidos”
(Antúrio)*

“Implementar a assistência de forma humanizada multiprofissional a gestante”. (Cdentáurea)

“Conscientização, seja na forma de cartazes, rodas de conversa, de modo a resgatar a sensibilidade do profissional perdida em algum momento ao longo da profissão”. (Margarida)

“Fiscalização e projeto institucional” (Hibisco)

“Ter mais humanização, e a paciente ter mais paciência, saber o que é o trabalho de parto. Porque muitas não sabem”. (Lótus)

“Informação. Hoje a maioria das gestantes não tem orientação quanto a violência obstétrica o que é necessário e o que não é no momento do parto”. (Rosa)

“Informando as gestantes e familiares sobre a violência obstétrica através de palestras e ações educativas”. (Gardenia)

*“Saber conversar e entender o paciente, sentir no lugar dele”.
(Calêndula)*

“Ter mais ética e respeito, se colocando sempre no lugar do paciente”. (Íris)

“Informação/sensibilização do ato violento. Motivar que devemos nos colocar no lugar do paciente e familiar”. (Lírio)

“Acredito que a prevenção é se colocar no lugar do outro, pois a experiência vivida na maternidade é única e nos faz entender o processo como um todo”. (Girassol)

“Tratar os outros assim como eu gostaria de ser tratada, com respeito, atenção e carinho, afinal ninguém gosta de ser maltratado (a)”. (Jasmin)

Hodierno, há uma busca constante de ações e políticas com intuito de reduzir o índice de VO e proteger as mulheres, para que estas tenham respaldo judicial e julgamento dos agressores que cometem tais atos. Conquanto, o objetivo primordial não é punir, mas sim, investir e priorizar ações voltadas para prevenção, bem como, coparticipação de todos responsáveis envolvidos no processo, ou seja, tanto os profissionais de saúde quanto os gestores (JARDIM & MODENA, 2018).

Desde os primórdios, os processos que envolvem gravidez e nascimento são acompanhados de inúmeras emoções para as mulheres. Trata-se de uma experiência única, que será sempre recordada, por esse motivo, todos aqueles envolvidos nesse contexto, devem promover carinho e humanismo do pré-natal até o parto. O nascimento deve ser enxergado além do evento biológico, pois existe uma relação de fatores mentais e espirituais ligados intimamente com o mesmo (BRASIL, 2014).

4.2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E QUESTIONÁRIO PÓS INTERVENÇÃO

Após análise dos dados obtidos após aplicação do primeiro questionário, foi realizada a elaboração de um panfleto informativo baseado nas principais falhas detectadas (Apêndice B). A entrega dos panfletos foi realizada de forma individual para cada profissional, onde as pesquisadoras explicaram as falhas detectadas nos resultados. Junto com a entrega dos panfletos, aconteceu a aplicação de um questionário pós intervenção (Apêndice C) realizados pelas pesquisadoras com o intuito de avaliar a compreensão dos profissionais sobre o assunto e se os mesmos estão abertos a mudanças e informações à cerca do assunto. Dentre os 19 profissionais envolvidos na pesquisa, nessa etapa da pesquisa, 2 estavam de férias

e 6 se negaram a responder o questionário, portanto, apenas 11 questionários foram respondidos.

Tabela 3 – Resultados do questionário pós intervenção

Variáveis	Dados	N	%
Em que momento a VO pode ter início?	Pré-natal	10	90,9
	Parto	1	9,1
	Puerpério	0	0
	Não	8	72,7
Você já cometeu algum ato de VO	Sim, de maneira inconsciente	2	18,2
	Sim, de maneira consciente	0	0
	Sim, porém na época não era visto como violência	1	9,1
	Sim	7	63,6
Já presenciou situações de violência na sua prática? Qual tipo?	Não	4	36,4
	Verbal	5	45,5
	Física	0	0
	Psicológica	2	18,2
Como você percebe a VO agora?	Um exagero da sociedade	1	9,1
	Uma possibilidade real e até necessária	1	9,1
	Praticada de forma inconsciente	5	45,5
	Praticada de forma consciente	2	18,2
	Sim	8	72,7
Enquanto profissional, você	Não	1	9,1

percebe a necessidade de receber mais informação e capacitação sobre VO?	Talvez	2	18,2
---	--------	---	------

Após analisar os dados coletados nesse segundo questionário, notou-se um aumento na resistência por parte de alguns profissionais em falar sobre o assunto VO, pois boa parte se recusou a responder o questionário por intervenção e a receber informações à cerca dos resultados obtidos no primeiro questionário. Assim, fica o questionamento, será que tais profissionais cometem atos de violência por falta de conhecimento que os mesmos se negam a receber?

Segundo Jardim e Modena (2018), o profissional de enfermagem tem certa objeção em assumir papel de causador de VO, convertendo práticas não aceitas em atos naturais, tal conduta faz com que atos violentos passem a ser aceitos por outras mulheres. Outro fator que deve ser levado em consideração e que muitos profissionais se sentem violentados devido a precariedade dos recursos humanos e materiais, refletindo negativamente na responsabilização assistencial dos profissionais.

Mediante as respostas apresentadas observamos alguns pontos que importantes que serão citados a seguir.

Após abordagem do assunto com os profissionais e intervenção através de panfleto informativo observou-se uma notável mudança positiva, que se trata do momento em que a VO se inicia. No segundo questionário, 90,9% (10) dos profissionais responderam que a VO tem início desde o PN, demonstrando aceitação da informação passada.

Assim como no primeiro questionário, ainda foi possível observara relatos de profissionais que presenciaram violência obstétrica, ainda prevalecendo a verbal e psicológica. Isso mostra que os profissionais, tem capacidade de identificar situações de VO quando presenciam outros profissionais realizando a mesma.

“É importante aliar os avanços conquistados com as experiências bem-sucedidas nos serviços, incorporando o conhecimento científico produzido pelo campo da saúde coletiva sobre a implicação da escuta qualificada na produção de projetos terapêuticos singulares e da promoção da saúde. O conhecimento e a valorização das demandas de saúde acessadas por estes processos de escuta, e expressas na busca das mulheres por cuidado, constituem-se em importantes ferramentas para a efetivação dos princípios da universalidade e da integralidade no campo da atenção materna e infantil (BRASIL, 2014).”

Foi possível constatar que muitos profissionais ainda percebem a necessidade de receber mais informações sobre a VO a fim de estar mais capacitado para lidar e falar sobre o assunto. Para Jardim e Modena (2018), investir em formação em enfermagem obstétrica é uma necessidade real, uma vez que, profissionais qualificados, irão prestar uma assistência positiva, com redução de iatrogenia e um olhar humanizado.

As reflexões que foram propostas ao longo desta pesquisa tiveram como intuito explicar as principais explicações para a sustentação da VO, bem como, proporcionar o surgimento de novas argumentações sobre a temática proposta. Não obstante, também foi importante para a sensibilização das instituições e dos profissionais da assistência a obstetrícia.

5. CONCLUSÃO

A presente pesquisa permitiu uma compreensão dos significados da VO, voltada mais profundamente para o universo dos profissionais de enfermagem, através da análise que os mesmos expressam acerca da temática proposta.

Ao retomar aos objetivos propostos no início da pesquisa, foi possível considerar todos eles alcançados pelas autoras. Assim, percebeu-se que a pesquisa contribuiu de forma significativa para identificação e redução da VO.

Após destrinchar pesquisas e informações relevantes, observou-se que o sofrimento da parturiente é banalizado e cercado de naturalização do inaceitável, isso faz com que os profissionais de enfermagem não reflitam sobre a prática assistencial no cotidiano de sua atuação profissional.

Neste estudo, foi possível compreender que a VO pode acontecer de inúmeras formas, bem como, em diversas ocasiões e momentos. Torna-se importante ressaltar que é fundamental a realização de um PN completo, com informações e educação, para que a mulher se sinta mais segura ao chegar na maternidade, munida de informação, empoderamento, retomando o protagonismo do corpo, retomando decisões com confiança. Portanto, a enfermagem exerce papel fundamental de disseminar conhecimento desde o PN, para que todo o restante do processo de parto e nascimento seja livre de VO.

Assim, entrevistou-se realizando educação em saúde com os profissionais que aceitaram participar de todo o projeto de pesquisa, para reduzir o índice de VO, por meio da sensibilização dos profissionais envolvidos.

Destarte, acreditamos que existe a possibilidade de atualizar os profissionais e colaborar com a mudança do quadro atual de VO.

REFERÊNCIAS

ALONSO, Daniele. **Violência obstétrica**: conceituações e considerações sobre sua implicação no parto. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Volta Redonda, 2018.

ARTEMIS. **Violência obstétrica**. 2013. Disponível em: <<https://violenciaobstetrica.crowdmap.com/>> Acesso em: 30 mai, 2019.

ARTEMIS. **Violência obstétrica**. 2013. Disponível em: <<https://violenciaobstetrica.crowdmap.com/reports/>> Acesso em: 30 mai, 2019.

BARBOZA, L. P; MOTA, A. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. v. 5, n. 1, p. 119-129, 2016.

BRASIL. **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 465 p.

BRASIL. **Humanização do parto, humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> Acesso em: 23 mar, 2019.

BRASIL. **Resolução 524/2016, de 24 de junho de 2016**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html> Acesso em: 20 mai, 2019.

BRASIL. **Resolução 564/2017, de 06 de novembro de 2017**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html> Acesso em: 20 mai, 2019.

BRASIL. **Você sabe o que é a violência obstétrica?** Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica>> Acesso em: 25 abr, 2019.

FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth; MENEGHEL, Stela N. (Org.). **Dicionário feminista da infâmia: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência**. 22 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. 422 p.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

FRANZON, A. C. A; SENA, L. M. **Teste da violência obstétrica: violência obstétrica é violência contra a mulher.** Disponível em: < http://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados_-Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf> Acesso em: 15 mai, 2019.

FERNANDES, A. M *et al.* **Metodologia de pesquisa de dissertações sobre inovação: análise bibliométrica.** V.6, n.1, p. 141-159, 2018.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto: na hora de fazer não gritou.** Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>>. Acesso em: 24 mar. 2019.

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

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. **Hospital e Maternidade de São Mateus: capacidade para mais de três mil partos após reforma.** 2017. [Acesso 2019 março 23]. Disponível em: <<https://www.es.gov.br/Noticia/hospital-e-maternidade-de-sao-mateus-capacidade-para-mais-de-tres-mil-partos-apos-reforma>>.

JARDIM, D. M. B; MODENA, C. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v. 26, p. 1-12, 2018.

KRUG, E. G. *et al* (Eds.). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Organização Mundial da Saúde. Genebra, 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>> Acesso em: 10 mai, 2019.

LANSK, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública.** V. 30, p. 1-16, 2014.

LEAL, S. Y. P. *et al.* Percepção de Enfermeiras Obstétricas acerca da violência obstétrica. **Cogitare Enfermagem.** v. 23, n. 2, p. 52473, 2018.

MADEIRO, A. P; RUFINO, A. C. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** v. 22, n. 8, p. 2771-2780, 2017.

MARTINS, M. F. S. V; REMOALDO, P. C. A. C. Representações da enfermeira obstetra na perspectiva da mulher grávida. **Revista brasileira de enfermagem**. v. 67, n. 3, p. 360-365, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014.

Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=264E68899A70528FDDFA375138A43230?sequence=3>. Acesso em: 23 mar, 23.

OSAVA, R. H; TANAKA, A. C. D. **Assistência ao parto no Brasil; o lugar do não médico**. Universidade de São Paulo. São Paulo: 1997. [Acesso 2019 março 24]

Disponível em: <<https://bdpi.usp.br/item/000969610>>.

PARTO DO PRINCÍPIO – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa (Prod.).

Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com Dor”. Disponível em: <

<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em: 5 de jun, 2019.

RIESCO, M. L. G. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. **Rev. latino-am. enfermagem**. v. 6, n.2, p. 13-15, 1998.

SANTOS, Amália Lúcia Machry. **Violência obstétrica: percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidado**. 2016. 78 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil) – Centro Universitário Franciscano, Santa Maria - RS, 2016.

SANTOS, Mayara Guimarães. **A violência obstétrica sob o olhar de profissionais de enfermagem**. 2017. 115 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2017.


TELES, Jéssica Machado. **O ensino do parto e nascimento no curso de graduação em enfermagem nas décadas de 1970 e 1980**. 2016. 88 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

VENDRÚSCOLO, C.T; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia. Série: ciências humanas**. v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

ZANARDO, G. L. P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Rev. Psicologia e Sociedade.** v. 29, n. 55043, p. 1-11, 2017.

APÊNDICE

APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE



Credenciada pela portaria MEC 725 de 26/05/00. Publicada no DOU de 26/05/00 Mantida pelo Instituto Vale do Cricaré

**Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)
Instituto Vale do Cricaré – Registro 8207**

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Eu, Dulce Loureiro Marculano, Diretora Administrativa do Hospital Maternidade de São Mateus, juntamente com Mariana Quinquim Nascimento, Coordenadora Técnica e Gilsa Helena Silva Costa, coordenadora de enfermagem autorizamos a realização nesta instituição da pesquisa intitulada **“A Percepção dos Profissionais de Enfermagem frente a Violência Obstétrica em uma Maternidade do Norte do Espírito Santo”**, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) Professora/Orientadora Cynthia Valéria Oliveira da Silva Colombi, tendo como objetivo primário analisar a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da violência obstétrica.

Afirmamos que fomos devidamente orientadas sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização de dados exclusivamente para fins científicos e que as informações a serem oferecidas para o pesquisador serão guardadas pelo tempo que determinar a legislação e não serão utilizadas em prejuízo desta instituição e/ou das pessoas envolvidas, inclusive na forma de danos à estima, prestígio e/ou prejuízo econômico e/ou financeiro. Além disso, durante ou depois da pesquisa é garantido o anonimato dos sujeitos e sigilo das informações.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para tal.

São Mateus, 11 de junho de 2019.

Mariana Quinquim Nascimento
Gerência Técnica
HOSPITAL MATERNIDADE DE SÃO MATEUS
CNPJ: 27.999.427/0002-15

Mariana Quinquim Nascimento
Coordenação Técnica

Gilsa Helena Silva Costa

Gilsa Helena Silva Costa Enfermeira
Coordenação de Enfermagem
CEN-ES 381.501

Dulce Loureiro Marculano

Dulce Loureiro Marculano
Direção Administrativa

APÊNDICE B – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada “A percepção dos profissionais de enfermagem frente a violência obstétrica em uma maternidade do Norte do Espírito Santo” desenvolvida pelas acadêmicas de Enfermagem Ivete Souza Carvalho e Michelle Dias Henkert e conduzida pela professora/orientadora Cynthia Valéria Oliveira da Silva Colombi cujo objetivo, em linhas gerais, é analisar a percepção dos enfermeiros acerca da violência obstétrica.

Você foi selecionado (a) por apresentar perfil adequado para enriquecer e contribuir com a pesquisa. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Ressaltamos que sua contribuição é estritamente voluntária, sem remuneração e também não implicará em gastos.

A pesquisa se desenvolverá em quatro etapas: a primeira consiste na aplicação de um questionário com finalidade de coletar dados referentes ao perfil do profissional e conteúdo de temática, elaborado pelos membros envolvidos na pesquisa e com duração média de 20 minutos; na segunda etapa será realizada a análise dos dados obtidos no questionário; na terceira etapa será realizada uma intervenção em serviço considerando a análise dos dados coletados e por fim a quarta etapa, consistirá em ofertar um feedback dos resultados da pesquisa para fins de conhecimento e se pertinente a instituição, a utilização dos mesmos no processo de trabalho.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Estou ciente de todos os esclarecimentos necessários dos riscos tais como: a possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; medo; aborrecimento, vergonha; estresse; quebra de sigilo; cansaço. No entanto, enfatizam-se as estratégias para minimizar os riscos: ambiente privativo, livre de outros olhares e pessoas; momento para expor os objetivos da pesquisa permitindo tirar dúvida e receios; adequar dia e horário para realização do questionário no próprio ambiente de trabalho. Garantir a livre participação e o sigilo pela assinatura do termo bem como a saída deste a qualquer momento da pesquisa

Quanto aos benefícios da pesquisa, apontamos: Mudança na prática profissional ou postura frente a possíveis atitudes que se caracterizam como atos de violência à medida que os pesquisados refletem sobre sua percepção acerca do tema/assunto. A relatoria entende que os benefícios são coerentes com a proposta de pesquisa.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Cynthia Valéria Oliveira da Silva Colombi, professora na Faculdade Vale do Cricaré, valeriasilvacolombi@yahoo.com.br, (27) 9.9753-2828.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da FVC: Rua Humberto Almeida Franklin, 01, Bairro Universitário – São Mateus, ES, e-mail: cep@ivc.br – Telefone: (27) 3313-0037.

Declaro que entendi os objetivos da minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

São Mateus, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do(a) Participante

Prof^a. MSc Cynthia Valéria Oliveira da Silva Colombi

Ac. De Enfermagem Ivete Souza Carvalho

Ac. De Enfermagem Michelle Dias Henkert

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO	
1. Nome (apenas iniciais):	Idade: _____
2. Formação:	<input type="radio"/> Enfermeiro <input type="radio"/> Técnico de Enfermagem
3. Tempo de conclusão da graduação / curso técnico?	
<input type="radio"/> Recém formado <input type="radio"/> 1 – 5 anos <input type="radio"/> 5 – 10 anos <input type="radio"/> > 10 anos	
4. Possui especialização, pós-graduação ou residência em obstetrícia?	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Em curso <input type="radio"/> Pretendo fazer	
5. Tempo de atuação na enfermagem?	
<input type="radio"/> < 1 ano <input type="radio"/> 1 – 5 anos <input type="radio"/> 5 – 10 anos <input type="radio"/> > 10 anos	
6. Tempo de atuação na enfermagem obstétrica?	
<input type="radio"/> < 1 ano <input type="radio"/> 1 – 5 anos <input type="radio"/> 5 – 10 anos <input type="radio"/> > 10 anos	
7. Carga horária e turno de trabalho:	
<input type="radio"/> 12 horas <input type="radio"/> 24 horas <input type="radio"/> 36 horas <input type="radio"/> Diarista <input type="radio"/> Plantão diurno <input type="radio"/> Plantão noturno <input type="radio"/> Outro _____	
8. Trabalha em mais de uma instituição? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
9. Qual o seu nível de conhecimento sobre violência obstétrica?	
<input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Conheço pouco <input type="radio"/> Ouvi falar <input type="radio"/> Li em algum lugar <input type="radio"/> Conheço bem o assunto <input type="radio"/> Estudei na pós Outros _____	
10. Na(s) Instituições que você trabalha, o tema violência obstétrica é abordado de alguma forma? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Se sim, qual forma? <input type="radio"/> Palestra <input type="radio"/> Educação em saúde <input type="radio"/> Cartazes <input type="radio"/> Outros _____	
11. Considera o tema relevante para a sua prática profissional?	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei informar	
12. Quais das seguintes frases você considera como violência obstétrica?	
<input type="radio"/> Não chora não, que ano que vem você vai estar aqui de novo.	
<input type="radio"/> O acompanhante não vai poder entrar com você.	
<input type="radio"/> Na hora de fazer você não chorou, não chamou a mamãe, por que está chorando agora?	
<input type="radio"/> Seu bebê é muito grande, precisamos fazer uma cesárea.	
<input type="radio"/> Se gritar, eu paro agora o que estou fazendo, e não vou te atender.	
<input type="radio"/> Se continuar gritando assim seu bebe vai nascer surdo.	
<input type="radio"/> Faz cesárea porque o parto normal dói muito, você não vai aguentar.	
13. Já presenciou algum ato de violência obstétrica nesta instituição?	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei informar.	

<p>14. Se sua resposta foi sim no item anterior, classifique o tipo.</p> <p> <input type="radio"/>Psicológica <input type="radio"/>Verbal <input type="radio"/>Física <input type="radio"/>Sexual <input type="radio"/>Institucional <input type="radio"/>Não sei classificar <input type="radio"/>Outra _____ </p>
<p>15. Pra você, em que ocasião a violência obstétrica se inicia?</p> <p> <input type="radio"/>Admissão na maternidade <input type="radio"/>Durante o processo do trabalho de parto <input type="radio"/>Pós-parto <input type="radio"/>Intra-parto <input type="radio"/>Pré-natal </p>
<p>16. Como você considera a violência obstétrica em sua prática profissional?</p> <p> <input type="radio"/>Não acredito que exista violência obstétrica <input type="radio"/>Considero um exagero da sociedade/ciência <input type="radio"/>É uma possibilidade real e até necessária <input type="radio"/>Existe na prática, mas inconscientemente <input type="radio"/>Existe na prática e de forma consciente </p>
<p>17. Quais atos você considera como violência obstétrica?</p> <p> <input type="radio"/>Sofrer exames de toques desnecessários, e por vários profissionais. <input type="radio"/>Não ofertar a visita de vinculação da gestante a maternidade. <input type="radio"/>Exigir lavagem intestinal. <input type="radio"/>Não permitir a escolha livre de posição no parto. <input type="radio"/>Submeter a parturiente a jejum prolongado. <input type="radio"/>Ter alguma parte do corpo amarrada. <input type="radio"/>Ser induzida a fazer cesárea sem necessidade. <input type="radio"/>Negar atendimento na ausência de documentos. <input type="radio"/>Sofrer episiotomia sem necessidade e sem o consentimento da parturiente. <input type="radio"/>Dirigir ofensas e piadas na hora do parto. <input type="radio"/>Ser submetida a manobra de Kristeller. <input type="radio"/>Aplicação excessiva de ocitocina, para acelerar o trabalho de parto. <input type="radio"/>Impedir que a gestante seja acompanhada no processo de trabalho de parto. </p>
<p>18. Como você percebe a violência obstétrica?</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>19. Considerando suas respostas anteriores, já cometeu, em algum momento de sua trajetória profissional, mesmo que inconscientemente algum ato de violência obstétrica? Se sim, qual?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

20. Se você considera a violência obstétrica uma prática real, qual(ais) forma(s) para a sua prevenção?-----

APÊNDICE D – PANFLETO INFORMATIVO



“A empatia faz com que você saia da sua própria bolha e entre nas bolhas de outras pessoas.”



FVC FACULDADE VALE DO CRICARÉ



CONSCIENTIZE, MUDE CENÁRIO ATUAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA





TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

VIOLÊNCIA VERBAL

São exemplos situações em que ocorrem falas desrespeitosas, pronunciadas com grosserias, afronta e blasfêmia; bem como dirigir comentários com sentido irônico, críticas moralistas. Situações como essas, expõe a mulher a uma situação de humilhação, onde a mesma se sente inferiorizada e constrangida.



MOMENTOS EM QUE PODEM OCORRER A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PRÉ-NATAL NO PRÉ-PARTO E PÉRI-PARTO

VIOLÊNCIA FÍSICA

Esse tipo de violência pode ser considerada como qualquer ato que rompa a integridade física da mulher, que lhe cause dor e que seja realizada sem consentimento. Como por exemplo a manobra de Kristeller, negação de analgesia para dor, uso excessivo de ocitocina para acelerar o processo de parto, cesariana sem indicação e sem consentimento da mulher. Ainda dentro do contexto de violência física temos a violência sexual que consiste em violar o corpo da mulher, expondo-o a procedimentos como a episiotomia, tricotomia e toques vaginais excessivos sem necessidade, bem como atos de violência ao pudor.



VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

A violência psicológica se apresenta quando ocorrem situações de abandono, negligência diante da dor, negar atendimento a pedidos de ajuda e não fornecer informações sobre o quadro atual ou sobre os procedimentos que foram ou que irão ser realizados. Sinais de discriminação, quebra de confidencialidade, desrespeito a privacidade e privação de acompanhante também se manifestam como violência psicológica.

MAS TODO MUNDO FAZ!

NÃO TEM DESCULPA,
O errado é errado mesmo que todo mundo façam.

PRINCIPAIS ERROS

- Uso de enemas e/ou tricotomia.
- Manobra de Valsalva.
- Exames de toques vaginais excessivos.
- Manobra de Kristeller.
- Uso da Episiotomia sem o consentimento da parturiente.
- Uso excessivo de ocitocina, em qualquer momento antes do parto.
- Uso do fórceps.

PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS

Torna a parturiente refém do medo da morte, da perda do filho, do silêncio frente ao sentimento de coação, razão pela qual, não denunciam, frente as ameaças, corre maior risco de desenvolver quadros depressivos; transtornos de ansiedade; fobias; compulsão alimentar; distúrbios do sono, transtorno da adaptação no pós-parto, na amamentação, quebrando o vínculo binômio mãe e filho, alterações do humor, choro excessivo, fobia, pânico, psicose puerperal causando alucinações, comportamento desorganizado, desorientação, confusão mental, perplexidade e despersonalização.



APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO PÓS INTERVENÇÃO

1 – Em que momento a violência obstétrica pode ter início:
<input type="radio"/> Pré- natal <input type="radio"/> Parto <input type="radio"/> Puerpério
2 – Você já cometeu algum ato de violência obstétrica?
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, de maneira inconsciente <input type="radio"/> Sim, de maneira consciente <input type="radio"/> Sim, porém na época não era visto como violência
3 – Já presenciou situações de violência obstétrica na sua prática? Se sim, qual tipo?
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Verbal <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Psicológica
4 – Como você percebe a violência obstétrica agora?
<input type="radio"/> Um exagero da sociedade <input type="radio"/> Uma possibilidade real e até necessária <input type="radio"/> Praticada de forma inconsciente <input type="radio"/> Praticada de forma consciente
5 – Se dispõe a se informar e, se necessário, mudar algumas atitudes, para auxiliar na redução da violência obstétrica?
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Já busco fazer isso em minha atuação profissional