



Faculdade Santo Agostinho

REVISTA

SAÚDE

[em foco]

www4.fsanet.com.br/revista

Revista Saúde em Foco, Teresina, v. 4, n. 2, art. 5, p. 71-103, jul./dez.2017

ISSN Eletrônico: 2358-7946

<http://dx.doi.org/10.12819/rsf.2017.4.2.5>

Percepção de Acadêmicos de Enfermagem Sobre a Violência Obstétrica

Perception of Nursing Academics on Obstetric Violence

Fabyanna Lucena Costa

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santo Agostinho
Email: faaby lucena08@gmail.com

Hiêda Maria Porto Cintra

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santo Agostinho
E-mail: galeghieda@hotmail.com

Francisco Honeidy Carvalho Azevedo

Doutor em Biologia Celular e Molecular Aplicada à Saúde pela Universidade Luterana do Brasil
Email: honeidy@gmail.com

Endereço: Fabyanna Lucena Costa
Rua Tiradentes, número 21, cep: 65720-000.
Igarapé Grande-MA- Brasil.

Endereço: Hiêda Maria Porto Cintra
Arlindo Nogueira, 3400. Cep: 64016-90q
Teresina, PI- Brasil.

Endereço: Francisco Honeidy Carvalho Azevedo
Laboratório de Bioinformática Estrutural, Universidade
Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas 92425-900,
Rio Grande do Sul, Brasil.

**Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar
Rodrigues**

**Artigo recebido em 16/05/2017. Última versão
recebida em 07/06/2017. Aprovado em 08/06/2017.**

**Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review
pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review
(avaliação cega por dois avaliadores da área).**

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação



RESUMO

O parto é um momento ímpar na vida de uma mulher, dependendo de como ela está em seu estado físico e psicológico. A violência contra a mulher apresenta-se em distintas expressões e uma delas tem sido muito presente e não identificada: a violência obstétrica, que se caracteriza também pela imposição de intervenções danosas à integridade física e emocional das mulheres nas instituições em que são atendidas, bem como o desrespeito à sua autonomia que ocorre quando o profissional impõe o uso de medicações para acelerar o processo de expulsão do feto. A violência obstétrica pode ocorrer antes, durante ou depois do parto. O estudo tem como objetivo investigar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a violência obstétrica e os meios para combatê-la, visando responder ao seguinte problema: Qual o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a violência obstétrica e os meios para combatê-la? Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Para instrumentalização da produção de dados foram realizadas 20 entrevistas no período de março de 2017, com acadêmicos de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior privada, localizada na zona sul da cidade de Teresina – PI, por meio de roteiro de entrevista semiestruturado, em que os depoimentos foram gravados através do celular (com o consentimento dos participantes) e transcritos na íntegra, com a finalidade de reproduzir, de maneira fidedigna, suas falas durante o diálogo. A análise de dados seguiu a proposta por Minayo (2014). Após avaliação cuidadosa, os dados foram agrupados em três categorias: conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a violência obstétrica; as formas de violência obstétrica conhecidas pelos participantes e; combate à violência obstétrica sob a ótica dos acadêmicos de enfermagem. Os participantes souberam como caracterizar uma violência obstétrica tanto na teoria quanto na prática, além de perceber e identificar quando algum episódio é caracterizado como violência. Para eles, sofrer uma violência obstétrica causa transtornos para as mulheres, gerando sofrimento e a perda do desejo de viver uma nova gestação. A forma de violência obstétrica com maior grau de conhecimento foi a violência psicológica, seguida de manobras sobre o abdômen da mulher, impedimento da entrada de acompanhante, episiotomia de rotina, ocitocina e rompimento da bolsa amniótica. Eles também relataram outras formas de violência como gravação de partos sem o consentimento das mulheres, toques vaginais constantes, falta de informação e negligência. Dentre os meios para combater a violência obstétrica destacaram-se humanizar a assistência e informar às mulheres sobre os seus direitos. Através do estudo foi possível observar que o conhecimento dos acadêmicos sobre a violência obstétrica é satisfatório, a ponto de lhes oferecer meios para combatê-la. Portanto, faz-se necessário dar continuidade a estudos que investiguem a percepção de acadêmicos sobre a violência obstétrica em outras áreas da saúde que atuam no momento do trabalho de parto, servindo como incentivo ao aprimoramento dos conhecimentos a respeito desta violência.

Palavras chave: Violência contra a Mulher. Enfermagem em Saúde Comunitária. Ética em Enfermagem

ABSTRACT

Labor is an in moment in a woman's life and it depends on how she is in her physical and psychological state. Violence against women presents itself in different expressions and one of them has been very present and unidentified: obstetric violence, which is also characterized by the imposition of harmful interventions on the physical and emotional integrity of women in the institutions where they are attended, as well as Like the disrespect to their autonomy

that occurs when the professional imposes the use of medications to accelerate the process of expulsion of the fetus. Obstetric violence may occur before, during, or after labor. The study purpose is to investigate the knowledge of nursing academics about the obstetric violence and the means to fight it, aiming to respond the following problem: Which is the knowledge of nursing academics about the obstetric violence and the means to fight it? It is a descriptive study, exploratory, with qualitative approach. For the instrumentation of data production, 20 interviews were performed in the period of March 2017, with nursing academics of a Private Institution of Higher Education, located in the southern part of Teresina City – PI, through a semi structured interview script, in which the testimonials was recording by mobile (with the consent of the participants) and transcribed on entirety in order to reproduce in a reliable way their speech during the dialog. The data analysis follow the Minayo's purpose (2014). After careful evaluation, the data were grouped in three categories: The knowledge of nursing academics about the obstetric violence; The forms of obstetric violence known by the participants and; The combat against obstetric violence under the vision of nursing academics. The participants knew how to characterize an obstetric violence in both theory and practice, besides to realize and to identify when some episode is characterized as violence. For them, to suffer an obstetric violence cause disorders for the women, generating suffering and the loss of desire to live a new gestation. The means of obstetric violence with a higher degree of knowledge was the psychological violence, followed by maneuvers on the woman's abdomen, the obstruction of the accompanying person, the routine episiotomy, the oxytocin and the amniotic pouch rupture. They also reported other forms of violence like birth recording without the consent of women, constant vaginal touches, lack of information and negligence. Among the means to combat the obstetric violence, to humanize the assistance and informing women about their rights were highlighted. Through the study it was possible to observe that the academics' knowledge about the obstetric violence is satisfactory in point to offer them means to combat it. So, it's necessary to give continuity in studies that investigate the perception of academics about the obstetric violence in other health areas that act at the moment of the parturition, serving as incentive to the knowledge enhancement about this violence.

Keywords: Violence against Women. Nursing in Community Health. Ethics in Nursing.

1 INTRODUÇÃO

O parto é um momento ímpar na vida de uma mulher, dependendo de como ela está em seu estado físico e psicológico. Para manter esse momento agradável, os profissionais precisam respeitar e entender que este é um processo natural e é diferente dos demais casos de internação hospitalar, que necessitam de medicações e outras intercorrências. Segundo Biscegli *et al.* (2015), o trabalho de parto, mesmo sendo um estado fisiológico, pode e é influenciado por muitos fatores, como o estado emocional, fatores ambientais, valores culturais e pelos próprios antecedentes da mulher. Entretanto, muitas mulheres são vítimas de violência no parto, o que pode transformar um acontecimento tão único e satisfatório num momento traumático, acarretando prejuízos não só para a mãe e o bebê, como também para toda a estrutura familiar.

A violência é conhecida como um triste e grave fenômeno social que está sofrendo grande aumento em todas as suas formas, principalmente contra a mulher e, ao longo da história vem ganhando destaque em todos os países do mundo seja de forma social, racial, etária, religiosa, sexual e doméstica. A violência contra a mulher apresenta-se em distintas expressões, e uma delas tem sido muito presente e não identificada: a violência obstétrica (ANDRADE; AGGIO, 2014). De acordo com as autoras, entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que diz respeito ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, expresso através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicações e a transformação do processo de parto fisiológico em patológico.

Este tipo de violência caracteriza-se também, pela imposição de intervenções danosas à integridade física e emocional das mulheres nas instituições em que são atendidas, bem como o desrespeito à sua autonomia, que ocorre quando o profissional impõe o uso de medicações para acelerar o processo de expulsão do feto. A violência obstétrica pode ocorrer antes, durante ou depois do parto (SILVA *et al.*, 2015). Diante disso, faz-se necessária a atribuição da atenção humanizada que engloba conhecimentos, práticas e atitudes que têm como objetivo garantir o parto e nascimento saudáveis, levando em consideração a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001).

Para Silva *et al.* (2015), a humanização faz com que o momento do parto deixe de ser objeto de medo e tensões e siga a ordem natural dos acontecimentos, obedecendo ao ritmo e às necessidades específicas do corpo de cada mulher em trabalho de parto, e os profissionais de saúde interferindo o mínimo possível no processo do nascimento da criança. Por isso, é

necessário, que no desenvolvimento de atividades de prevenção e acolhimento às mulheres em situação de violência obstétrica, o enfermeiro concentre suas ações de cuidado às necessidades assistenciais da mulher, respeitando sempre sua autonomia no trabalho de parto (ASSUMPCÃO *et al.*, 2014).

O tema do trabalho é Violência Obstétrica, buscando responder ao seguinte problema: Qual o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a violência obstétrica e os meios para combatê-la? Para isso, foi utilizada como hipótese alternativa que os acadêmicos de enfermagem possuem conhecimento sobre a violência obstétrica e os meios para combatê-la.

A escolha da temática partiu da curiosidade dos pesquisadores em saber sobre o que é a violência obstétrica e avaliar se os futuros profissionais de enfermagem sabem caracterizar uma situação de violência e se os mesmos se sentem capazes de rechaçá-la.

A pesquisa é de grande relevância, pelo fato de demonstrar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre o contexto da violência obstétrica, possibilitando maior aprendizado sobre o tema, além de promover pensamento crítico e postura ética aos futuros profissionais de enfermagem, capacitando-os também para a busca de especialização na área de ginecologia e obstetrícia, além de favorecer desenvolvimento de novas pesquisas a respeito do tema, relativamente à saúde das mulheres e de seus bebês.

É através deste estudo que a sociedade saberá o que caracteriza uma violência obstétrica, sendo instigada a combatê-la e a lutar também pelos seus direitos. Além disso, a pesquisa poderá dar mais otimismo à população, no que diz respeito à luta por um atendimento mais digno e que respeite a vida de quem necessita dele.

1.1 OBJETIVOS

1.2

Investigar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a violência obstétrica e os meios para combatê-la.

Verificar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre as formas de violência obstétrica;

Identificar os meios conhecidos pelos acadêmicos de enfermagem para combater a violência obstétrica;

Discutir os resultados, baseando-se no que condiz à literatura.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O início das práticas do parto e sua contextualização

No Brasil, o parto é considerado um evento histórico, que tem apresentado grandes mudanças culturais ao longo dos anos. Uma das principais mudanças envolve o trabalho das parteiras, fruto de uma prática de solidariedade feminina, desenvolvido durante um longo período, cujo era conduzido o parto como um evento natural e fisiológico dentro das comunidades, uma experiência corporal e emocional que levava as mulheres a se sentirem valorizadas e significava poder, prestígio e competência para as parteiras (WOLF; WALDOW, 2008).

Desde meados do século XVIII, o parto fisiológico, historicamente constituído como poder feminino e rico em saber popular, é transformado numa atividade masculina, a partir da descoberta de medicações e da formação de homens em medicina. É bom lembrar que os homens ganharam esse prestígio porque, antigamente as mulheres não podiam estudar e tinham a obrigação de cuidar da casa e da criação dos filhos (BARBOZA; MOTA, 2016).

Segundo Wolf e Waldow (2008), a prática da assistência ao parto, mesmo ainda contando com a participação das parteiras, passou a ser vista como ato privativo do médico e, no século XX, predominou o parto hospitalar. Essa prática foi ampliada logo após a Segunda Guerra Mundial, visto que houve a intensificação do desenvolvimento industrial. Com a institucionalização do parto, a mulher passou a ser medicada e a sofrer intervenções cirúrgicas que muitas vezes poderiam ser evitadas.

Assim, a assistência à saúde da mulher parturiente foi se masculinizando nos últimos dois séculos, sendo realizada cada vez mais dentro do hospital, que desde sua criação no século XVIII, vem se constituindo num espaço onde predomina o controle médico e, conseqüentemente, no controle de corpos. O que se pode observar é que, de acordo com o desenvolvimento de novas práticas na área da medicina, o tradicionalismo feminista nas práticas do parto foi sendo substituído por novas tecnologias, dando aos homens um poder maior de decisão sobre onde e como seria realizado o parto das mulheres (BARBOZA; MOTA, 2016).

Em contrapartida, as políticas públicas na área da saúde da mulher modificaram-se ao longo dos tempos, impulsionadas pelas transformações históricas, políticas, econômicas e sociais. A partir da década de 80, no campo obstétrico brasileiro, os reflexos desta luta foram percebidos quando o modelo medicalizado, que considera a gravidez um risco e o parto um ato médico, começou a ser questionado, devido ao fato de ser defendida a ideia de que a autonomia da mulher, tanto no processo de gestar quanto no de parir são fenômenos

prazerosos e únicos. Nasceu assim, o parto com um modelo humanizado (BARBOZA; MOTA, 2016).

2.2 A violência Obstétrica no pré-parto

A violência obstétrica é caracterizada pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, sejam eles médicos ou enfermeiros, através do tratamento desumanizado, abuso de medicações e a visão dos processos naturais como processos patológicos (PÉREZ; OLIVEIRA; LAGO, 2015). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002 complementa a ideia quando define a violência como o uso intencional da força física ou do poder, ameaças contra si próprias ou contra outra pessoa, grupo ou uma comunidade, resultando, ou tendo a probabilidade de resultar em dano físico ou psicológico, morte e deficiência de desenvolvimento ou privação.

Os principais tipos de violência no pré-parto identificam-se como uma informação e comunicação ineficiente, a mistificação, objetificação e a desqualificação, presentes na relação dos médicos e sua equipe e as usuárias. Por ser uma violência silenciosa e institucionalizada, os maus tratos às mulheres antes do parto, expressos através da violência psicológica, provocam grande sofrimento para elas. No momento em que o que se espera é acolhimento e cuidado à mãe, o que se observa é o exercício do poder e uma assistência violenta, com uma prática discriminatória quanto ao gênero, classe e etnia (BARBOZA; MOTA, 2016).

Este tipo de violência engloba desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal, como tratamento grosseiro, ameaças, gritos, humilhação intencional, violência física, que inclui a não utilização de medicação analgésica quando indicada, e até mesmo o abuso sexual. No ambiente hospitalar, as mulheres são frequentemente destratadas e desrespeitadas. A dor e o sofrimento transformam-se, quase, em algo que todas as mulheres precisarão passar e suportar como preço pelo prazer sentido no ato sexual que deu origem àquela gestação (BARBOZA; MOTA, 2016).

2.3 A violência obstétrica durante o parto

O parto é um momento único e inesquecível na vida da mulher, cujo o cuidado oferecido pelos profissionais deveria ser baseado na autonomia da parturiente, tornando este o

mais natural possível, até pelo fato de ser algo fisiológico, normal e que necessita de apoio, acolhimento, atenção e, o mais importe, humanização. Segundo Barboza e Mota (2016), além de sofrerem agressões verbais, as mulheres desrespeitadas com jargões, são submetidas a procedimentos desnecessários que aumentam a dor e desconforto, sem explicação e participação das decisões sobre o seu próprio parto. Essas práticas desencadeiam sofrimento e fragilizam a autonomia das parturientes que, em alguns momentos, naturalizam esta violência e, em outros momentos enfrentam e questionam essas rotinas e procedimentos.

Para Andrade e Aggio (2014), a mulher e seu corpo são vistos como uma máquina, onde o profissional que a coordena é o médico que negligencia informações, emoções, sentimentos, percepções e direitos da mulher, tanto na gestação quanto no parto, impedindo-a de ter a presença de acompanhante, de decidir a posição que prefere para ter o seu bebê e de expressar aquilo que está sentindo. Isso contraria a Política Nacional de Humanização e muda o foco que antes era a mulher e passa a ser o procedimento, deixando-a mais vulnerável a esse tipo de violência, qual, na maioria das vezes, é silenciado pelos profissionais e pela própria mulher em trabalho de parto. Porém, a amarga vivência e o trauma acompanham durante muito tempo após o ocorrido.

O estudo das autoras supracitadas revela, ainda, que muitas mulheres, ao serem submetidas ao trabalho de parto, relatam críticas sobre xingamentos, gritos, brutalidade, pouca tolerância e incompreensão por parte do obstetra, negligenciando lhes informações sobre seu estado geral e dos bebês prematuros que são levados para a UTI neonatal, além do desrespeito ao seu limiar à dor da contração, fazendo com que as mulheres se sintam ofendidas, desvalorizadas, desrespeitadas, descontentes e traumatizadas com o parto normal.

Além da negligência a informações, outra característica da violência obstétrica durante o parto é a prática de ações intervencionistas sem o consentimento das mulheres, como o uso de ocitocina (hormônio utilizado para acelerar as contrações), amniotomia (rompimento da bolsa amniótica), episiotomia, manobras de Kristeller (manobras sobre o abdômen das mulheres com o objetivo de expulsar o feto o mais rápido possível). Muitas vezes, isso acontece pelo fato do médico ter pouco tempo, ou mesmo pouca paciência para dar atenção às mulheres em trabalho de parto, tirando a autonomia destas no momento em que deveriam ser as protagonistas (BRASIL, 2001).

Analisando as formas mais comuns de Violência Obstétrica, a pesquisa de Biscegli *et al.* (2015, p.23), observou que:

Há ocorrência de conduta desrespeitosa e repreensão em 2,3% dos casos, falha no esclarecimento de dúvidas em 16,3%, proibição para acompanhante em 9,3% e procedimentos obstétricos sem autorização ou esclarecimentos em 27,3%, dos quais a maior queixa foi sobre episiotomia (25,5%), seguida de amniotomia artificial e enema (17% cada) e, em menor quantidade, tricotomia, jejum, decúbito, medicação estimulante, toques constantes, manobra de Kristeller e cesárea sem justificativa (8,5% cada um).

Vários aspectos evidenciam a violência no parto, seja pelas instalações inadequadas que não contemplam a individualidade e as particularidades da mulher em trabalho de parto, a dificuldade das gestões de saúde para permitirem, ou mesmo planejarem ambientes estratégicos para que os acompanhantes possam permanecer junto às parturientes durante o trabalho de parto, a utilização de vestes inadequadas, a realização rotineira da episiotomia, a indicação de cesarianas em situações nas quais não se configura o risco para a mulher e o seu bebê, entre outros (AGUIAR; OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Na opinião de Lemes *et al.* (2015), para diminuir o tempo de permanência da parturiente no parto e desocupar o leito obstétrico o quanto antes e atender à demanda da unidade, a prescrição de indução do parto com o uso de ocitocina acaba sendo utilizada usualmente como função de promover as contrações uterinas durante o parto, de forma ritmada, reduzindo também a incidência de hemorragia pós-parto. Ela deve ser usada em conjunto com outro método ou agente que amadureça o colo uterino aumentando, desta forma, o sucesso da indução do parto. A ocitocina apresenta desvantagens com relação à imaturidade do colo uterino, havendo um maior tempo de internação da gestante submetida a esta conduta (SANTOS *et al.*, 2014).

O fato de estar com seu filho e livrar-se das dores intensas provocadas pelas contrações uterinas o mais rápido possível faz com que as mulheres permitam a utilização da ocitocina, justificando que o fármaco auxilia a minimizar o desconforto e abrevia o tempo do trabalho de parto, sem desprezar a intensidade da dor desencadeada pela sua indução, algo que é prejudicial pois, na maioria das vezes, as parturientes não recebem informações a respeito das medicações que são utilizadas para esta prática. Além disso, a percepção da indução do trabalho de parto não deve ser avaliada isoladamente, somente no momento da administração, mas no contexto em que a parturiente está envolvida (LEMES *et al.*, 2015).

Para Souza *et al.* (2013), não existe método ou dose, via e intervalo de administração de medicamentos ideal, assim como o máximo da dose preconizada. Estas devem ser indicadas em situações clínicas ou obstétricas apropriadas, para evitar prematuridade, baixo peso ao nascer e aumento na incidência de cesárea. De acordo com Figueiredo (2010), quando

a ocitocina é utilizada para intensificar o trabalho de parto, o útero fica muito sensível e suscetível à droga. Isso significa que doses elevadas de ocitocina em doses excessivas podem produzir um grande estímulo uterino que causar sofrimento fetal, asfixia e morte.

A episiotomia consiste em corte realizado no períneo, ou seja, entre a vagina e o ânus por meio de uma cirurgia feita no momento da coroação do concepto ajudando, assim, na saída do feto em casos complicados. É um procedimento muito comum no momento do parto. Ainda hoje, muitos profissionais vêm utilizando essa prática em situações inadequadas e seu uso rotineiro está contraindicado, devido aos riscos que podem acarretar para a parturiente e para o bebê (SALGE *et al.*, 2012).

Segundo Santos (2015), a episiotomia deve ser realizada nos casos de parto com uso de fórceps, feto gigante para a idade gestacional, apresentação córmica ou pélvica do feto, sofrimento fetal ou rigidez perineal. Além disso, segundo Costa *et al.* (2011), essa prática pode trazer consequências graves como dor intensa, hemorragias pós-parto, incontinência urinária e fecal, riscos de traumas, infecções, dificuldades na cicatrização, prolongamento do uso de sonda vesical, dispareunia, consequências tardias físicas e psicológicas, baixa autoestima da parturiente e a relação sexual com o parceiro é afetada, devido ao constrangimento causado pelo corte, hematomas e as cicatrizes que ficam na mulher. Por esses motivos não deve ser indicada de forma rotineira.

As manobras de Kristeller acontecem quando se exerce uma pressão ou força sobre o fundo do útero da parturiente para ajudar na expulsão do concepto. Porém, a utilização dessa manobra está em desuso, justamente por trazer consequências graves para a mulher e para o recém-nascido. Apesar dos profissionais saberem que é contraindicada e que podem ocorrer intercorrências no momento do parto, eles continuam a realizá-la; porém, sem anotá-las no prontuário da paciente. Além disso, o uso rotineiro dessa prática ocorre onde os profissionais ainda estão despreparados e desconhecem a utilização de outras práticas para auxiliar no momento do parto (PEREIRA *et al.*, 2016).

Segundo Carvalho (2014, p. 75):

As possíveis indicações clínicas para realizar a pressão no fundo do útero são: traçado não tranquilizador, estabilizar o polo cefálico fetal quando da amniotomia para prevenção do prolapso do cordão uterino, colocação de cateter na monitorização interna, e quando se realiza o parto por meio de ventosa ou fórceps por exaustão materna.

Em relação às complicações maternas que podem ocorrer com a realização dessas manobras estão: lacerações de terceiro e quarto grau, rotura ou inversão uterina, rotura

hepática e fratura de costela. Para recém-nascidos, podem ocorrer riscos como aumento da pressão intracraniana, compressão do cordão umbilical, hemorragias, além de distorcia de ombros, intensificando as fraturas de clavícula e lesões do plexo braquial. Apesar de não existirem evidências concretas, há a possibilidade de risco de *isoimunização rhesus* e de transmissão vertical do vírus HIV e Hepatite B com a aplicação desta manobra (CARVALHO, 2014).

2.4 Violência no pós-parto

A falta de senso de justiça por parte da mulher sobre os seus direitos no processo do parto é revelada no Brasil, estatisticamente, pelo alto número de partos realizados por meio do procedimento cirúrgico de cesárea, caracterizando o país como o que mais faz cesariana, e revela, também, dados alarmantes acerca da violência obstétrica no que se refere ao parto normal (GOMES; KUNZLER, 2015).

Relatos de mulheres que sofreram algum tipo de violência obstétrica, antes ou durante o trabalho de parto, revelam que essas mulheres também sofreram violência após o trabalho de parto. Esses tipos de violência se exemplam em deixar a paciente sozinha na sala de parto, evitar o contato da mãe e do bebê, além da falta de amamentação na primeira hora de vida, usar a mãe como um “objeto” e fazer xingamentos ao bebê, julgando-o ser feio ou com cara de uma coisa ou outra (PÉREZ; OLIVEIRA; LAGO, 2015).

Toda violência que a mulher sofre antes e durante o parto, como as frustrações, dores, desejos não concedidos e estresse, podem acarretar ainda mais problemas no pós-parto, tanto para parturiente quanto para o recém-nascido. Devido ao fato de a mulher sofrer todas essas manifestações, isso pode causar alterações de humor, levando a uma depressão pós-parto, tornando aquele momento que deveria ser prazeroso num momento difícil por conta dos traumas que acometem a mulher (SOUZA *et al.*, 2013).

De acordo com Santos (2015) muitas mulheres sofrem com algum trauma no parto normal que afetam sua autoestima, como por exemplo, as lacerações perineais que podem ser de primeiro grau (engloba a pele e mucosa), segundo grau (afeta até os músculos perineais), terceiro grau (atinge os músculos esfíncter do ânus) e quarto grau (situação em que a lesão do períneo abrange o conjunto de esfíncter anal e exposição do epitélio anal).

Entre as consequências relacionadas ao bebê está a falta de convívio com a mãe. Os sentimentos de afeto são diminuídos, assim como o contato visual, pois a mãe evita olhar para

o filho, não atende as necessidades diárias do bebê, prejudicando-lhe o desenvolvimento psicossocial (GONÇALVES, 2014). A imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições de saúde em que são atendidas, bem como o desrespeito à sua autonomia constitui violência obstétrica, frequente em consultórios e hospitais das redes pública e privada de saúde no Brasil. Os efeitos deste tipo de violência são sérios e podem causar depressão, dificuldade para cuidar do recém-nascido e também problemas na sexualidade das mulheres (SOARES *et al.*, 2015).

Isso evidencia que, embora haja leis e políticas que assegurem os direitos da mulher em relação ao parto e puerpério, ainda existem muitas transgressões que reprimem essas leis e que levam as mulheres a passar por constrangimentos na hora de terem seus bebês, quando precisaria haver apenas momentos bons e prazerosos.

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. Na pesquisa descritiva, os fatos são analisados, observados, registrados, classificados e interpretados sem que o pesquisador interfira sobre eles, ou seja, os resultados não são manipulados pelo pesquisador (PRODANOV; FREITAS, 2013). O método exploratório visa à descoberta, o achado, à elucidação de fenômenos ou à explicação daqueles que não eram aceitos apesar de evidentes (GONÇALVES, 2014).

A pesquisa qualitativa procura captar não só a aparência do fenômeno como também suas essências, busca explicar sua origem, relações e mudanças; tenta intuir as consequências e supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, por meio do trabalho inclusivo de campo (OLIVEIRA, 2011).

A pesquisa foi desenvolvida numa Instituição de Ensino Superior (IES), localizada no bairro São Pedro, zona sul na cidade de Teresina - PI, a qual oferece cursos de graduação e pós-graduação nas mais variadas áreas de conhecimento: Administração, Ciências Contábeis, Direito, Psicologia, Serviço Social, Pedagogia, Engenharia Civil, Engenharia de Produção, Engenharia Elétrica, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição. A referente escolha se deu por conta de ser este um espaço de boa acessibilidade aos pesquisadores, e em vista de disponibilizar viabilidade para levantamentos dos dados propostos neste trabalho.

Os participantes do estudo foram os acadêmicos de enfermagem que estudam nos períodos da manhã e da tarde na IES escolhida como local da pesquisa, que já estagiaram ou

estagiam em hospitais com serviço de maternidade, sendo respeitados seus limites e ocupações.

O critério de inclusão dos participantes da pesquisa ocorreu a partir da constatação de acadêmicos com experiência de estágio em enfermagem em hospitais com serviços de maternidade. Dentre estes acadêmicos, foram excluídos da pesquisa aqueles que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, assim como os que não obtiveram disponibilidade para participar da pesquisa, resultando num total de 20 entrevistas.

Para instrumentalização da produção de dados, foram realizadas entrevistas de forma direta por meio de roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE), em que os depoimentos foram gravados com o celular sob o consentimento dos participantes, e transcritos na íntegra, com a finalidade de reproduzir de maneira fidedigna suas falas durante o diálogo.

De acordo com Lakatos e Marconi (2010), a entrevista semiestruturada é aquela onde o entrevistador segue o roteiro previamente estabelecido, e as perguntas feitas ao indivíduo são pré-determinadas. A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2017 durante visitas à IES, respeitando os horários disponíveis de intervalo das turmas, nas salas de aula, garantindo-se o sigilo das informações.

Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo que, segundo Minayo (2014), desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação. Após obter as informações, as entrevistas foram transcritas na íntegra e o conteúdo destas, estruturado e analisado por delimitação, pela quantidade de participantes. Foram estabelecidas, também, categorias analíticas a partir dos objetivos. Em seguida, compararam-se os dados para que fossem discutidos com a literatura.

Os riscos para os participantes desta pesquisa estavam relacionados à exposição de suas identidades e ao desconforto emocional causado por uma possível lembrança de situações desagradáveis. Quanto à identificação, em todo o trabalho foi respeitado o princípio da privacidade, previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo os participantes designados como “depoente n^o”, e sendo vedada qualquer outra forma de identificação.

Caso o participante sentisse algum desconforto durante a pesquisa quanto ao seu teor, seria dada a devida assistência pelos pesquisadores, e o entrevistado seria esclarecido quanto à possibilidade de pausas ou adiantamento da entrevista, bem como, solicitar a sua retirada

definitiva da pesquisa sem que lhe fosse importante qualquer direito esse garantido no TCLE. Outro risco que poderia ocorrer seria a sanção, ou sofrerem prejuízo, perda do aparelho de celular e, para isso, foram utilizados dois aparelhos de celular, com bloqueio automático das informações para proteção das mesmas, em caso de perda, garantindo a confidencialidade dos sujeitos da pesquisa.

A pesquisa beneficiou os participantes, no sentido de estimular a reflexão sobre a violência obstétrica, dentro das instituições de saúde. Além disso, os dados do estudo ficarão à disposição da comunidade acadêmica, assim como de toda a sociedade, funcionando como um instrumento de educação e elaboração de políticas acadêmicas no combate à violência obstétrica.

De acordo com as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa da IES escolhida para a realização do estudo e teve aprovação em 10 de março de 2017, com o número CAAE 64995717.2.0000.5602. Os dados foram colhidos pelas próprias pesquisadoras, mediante a explicação dos objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE pelos entrevistados, o qual informava sobre os objetivos, deixando o participante ciente da pesquisa, garantindo-lhe o acesso e liberdade com direito à confidencialidade e, em caso de desistência isso não causaria danos nenhum ao participante.

Os resultados dessa pesquisa foram apresentados em sala de aula na faculdade escolhida, em apresentação oral e escrita, e o relatório final foi enviado ao local da pesquisa, conforme explicado na Declaração de Pesquisadores.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos Participantes

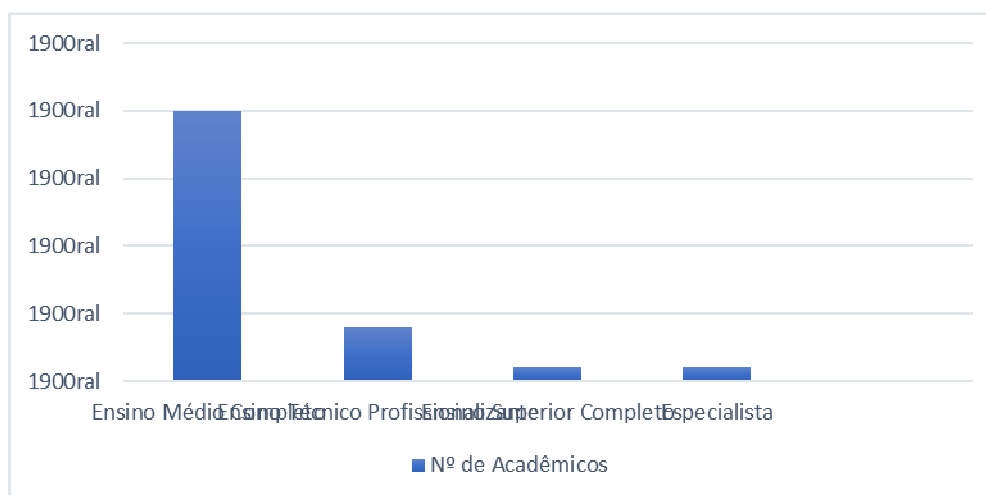
A primeira parte das análises foi constituída pela caracterização dos participantes da pesquisa, onde foi preenchido um roteiro de entrevista semiestruturado com dados sociodemográficos, o qual possibilitou caracterizar os participantes deste estudo. O critério utilizado para o encerramento das entrevistas e determinação da amostra foi atingir o número de entrevistas previsto no projeto de pesquisa. Diante dessa situação obteve-se um total de 20 entrevistas, sendo todas utilizadas para esse estudo.

De maneira geral, do total de participantes, 18 (dezoito) eram do sexo feminino, representando uma porcentagem de 90% em relação ao sexo masculino. A faixa etária do

maior número de entrevistados encontrou-se entre 20-25 anos, totalizando 65% do total, se comparada às demais faixas etárias, e 85% dos participantes declarou ser solteiro.

Dando continuidade à caracterização dos participantes da pesquisa, em relação ao grau de escolaridade, os dados foram distribuídos no gráfico abaixo (FIGURA 1), visando à melhor compreensão dos mesmos. Pode ser observado que o número de participantes que possuía o ensino médio completo e ainda estava concluindo o ensino superior no momento da entrevista supera as demais categorias que delimitavam a quantidade de participantes com ensino técnico profissionalizante, ensino superior completo e especialização em alguma área de atuação.

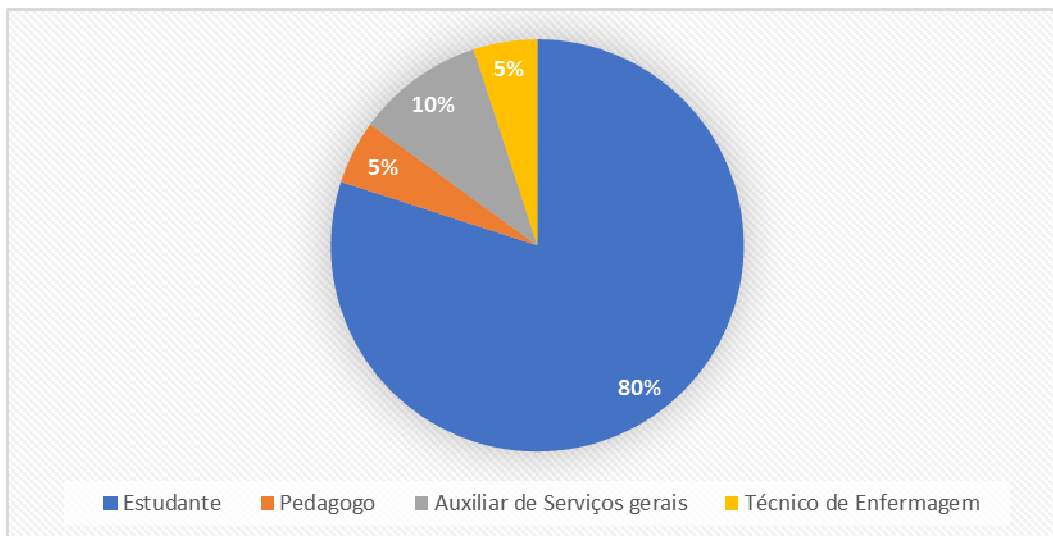
FIGURA 1 – Relação entre o grau de escolaridade e o número de participantes da pesquisa.



FONTE: Dados coletados pelas pesquisadoras, Março-2017.

Para demonstrar a profissão dos participantes, foi elaborado outro gráfico (FIGURA 2), visando enfatizar que, dos entrevistados, 16 (dezesseis) eram estudantes de graduação, 01 (um) trabalhava como técnico de enfermagem, 02 (dois) como auxiliares de serviços gerais e 01 (um) como professor.

FIGURA 2 – Percentual das profissões dos participantes



FONTE: Dados coletados pelas pesquisadoras, Março-2017.

Dos 20 (vinte) depoentes, todos já haviam estagiado em hospital com serviço de maternidade, e 12 (doze) já acompanharam algum trabalho de parto. O tempo de estágio dos depoentes variou de 2 (duas) semanas a 6 (seis) meses. O período e ano de estágio

Prevaleram entre o primeiro semestre de 2010 e o segundo semestre de 2016. Após avaliação cuidadosa e a compreensão das entrevistas dos participantes, os dados obtidos foram agrupados em 3 (três) categorias: conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a violência obstétrica; As formas de violência obstétrica conhecidas pelos participantes e; combate à violência obstétrica, sob a ótica dos acadêmicos de enfermagem.

4.2 Conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a violência obstétrica

De acordo com os dados coletados, os participantes souberam como caracterizar uma violência obstétrica tanto na teoria quanto na prática, além de perceber e identificar quando algum episódio é caracterizado como violência. Para eles, o trabalho de parto é um momento exclusivo na vida da mulher e, muitas vezes, os profissionais de saúde ignoram a fisiologia dos processos reprodutivos e a autonomia da mãe, transformando o parto num momento de transtornos, devido aos procedimentos realizados desnecessariamente. Isso está relatado nos depoimentos abaixo:

“[...] Infelizmente, a violência obstétrica é muito comum ainda, mesmo com todos os tipos de estudo, com todos os tipos de análises, todos os tipos de prevenção e ensinamento que os acadêmicos têm na graduação para levarem para assistência, mesmo assim continua um índice muito alto de violência obstétrica [...]” (Depoente nº 03)

“[...] Infelizmente, hoje em dia, é uma coisa comum de se ver nas maternidades acontecendo a violência obstétrica, que é um fato de se ficar triste, porque não deveria acontecer. O parto é um momento lindo na vida da mulher e isso não deveria acontecer [...]” (Depoente nº04)

“[...] Acho que a gente deveria quebrar esses paradigmas, porque é uma coisa totalmente antiética e fora do nosso século e que não deveria existir [...]” (Depoente nº 18)

De acordo com Soares, M. (2015), estar gestante e ter um bebê saído de seu ventre são algo ímpar na vida de uma mulher, e elas trazem consigo várias alterações sejam físicas ou emocionais, as quais manifestam seus valores e crenças a respeito do parto, além de muitas expectativas e também preocupações associadas àquele momento. As mulheres sofrem vários tipos de violência na sociedade e a violência obstétrica é mais uma pela qual elas passam, pelo fato de que apenas esse gênero é capaz de gestar e parir. Deste modo, não pode ser considerada comum. Esse termo é utilizado para referir tanto a assistência ao parto que utiliza medicações excessivas até atos de violência física contra a mulher no momento do nascimento do filho (OLIVEIRA, 2016).

Atualmente, o que se pode observar nas maternidades, em especial as do serviço público, é o impedimento da mulher em ser a protagonista do ato de parir, fazendo com que seus direitos, naquele momento, não sejam reconhecidos. Além disso, a violência obstétrica vai contra os direitos do bebê, que tem seu tempo desrespeitado e que pode sofrer com as intervenções para acelerar o seu nascimento, acarretando prejuízos para o seu desenvolvimento cognitivo (MARIANI; NASCIMENTO NETO, 2016).

Segundo os depoentes, sofrer uma violência obstétrica causa transtornos para as mulheres, gerando sofrimento e a perda do desejo de viver uma nova gestação. Eles consideram a violência um desrespeito para com as mulheres pelo fato de elas esperarem muito tempo para viver o momento do nascimento do filho, e acabarem obtendo uma experiência desagradável e desconfortante.

“[...] Acho que a gestação em si é um momento único para uma mulher, e o parto também é aquele momento de maior alegria daquele ser que ela estava trazendo consigo durante nove meses e é para ser uma experiência boa, única, saudável de ser lembrada, então a violência obstétrica vem para acabar com isso [...]” (Depoente nº 06)

“[...] É um tipo de violência que não deveria existir, pois é um momento muito especial na vida de uma mulher e dependendo da

forma como ela é tratada acaba se tornando um momento constrangedor e que pode desenvolver problemas psicológicos na paciente, além de ser um desrespeito com a pessoa humana e família que tanto espera pelo momento do nascimento do bebê [...]”
(Depoente n° 09)

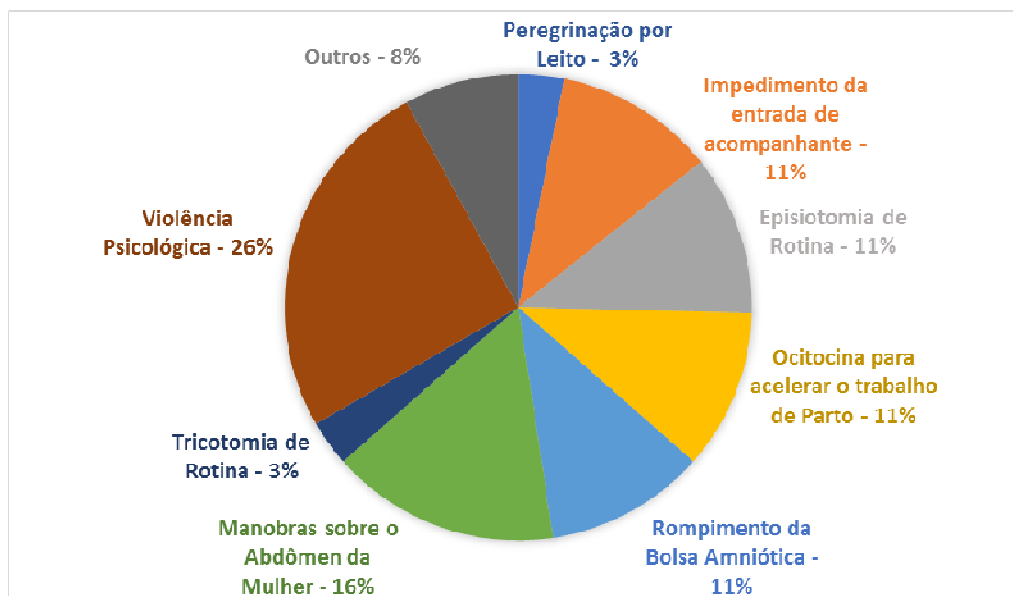
Para Mariani e Nascimento Neto (2016) a violência sofrida pelas mulheres no momento do parto causa traumas irreparáveis, indo contra os direitos humanos universais como igualdade, dignidade, respeito, justiça e valor da pessoa humana. Além disso, esse tipo de violência é fortemente mediado por preconceitos de gênero, sendo manifestados por atos de humilhação, xingamentos, ofensas e constrangimentos, comentários desrespeitosos com relação ao corpo da mulher, sua raça/etnia ou sobre sua situação socioeconômica, não levando em conta o seu querer, entre outros (FUJITA; NASCIMENTO; SHIMO, 2015).

Antigamente, parir era algo subjetivo, e apenas a mulher e sua família vivenciavam aquele momento. Devido às mudanças no contexto histórico envolvendo o parto, este passou a ser vivenciado no âmbito hospitalar, coberto de normas e procedimentos que manipulam os corpos femininos, tirando sua autonomia e fazendo daquele momento algo desgastante e traumático (FUJITA; NASCIMENTO; SHIMO, 2015). Nesse sentido, as satisfações físicas e psicológicas das mulheres no momento do parto não são levadas em conta, tornando-se de pouca relevância para a saúde delas. Além disso, não há o interesse em procurar saber se as mulheres têm satisfação em parir pois, infelizmente, vivemos num momento em que a quantidade supera a qualidade dos serviços (SILVA *et al.*, 2016).

4.3 As formas de violência obstétrica conhecidas pelos participantes

Ao serem questionados sobre as formas de violência obstétrica das quais tinham conhecimento e que constavam no segundo eixo do roteiro de entrevista semiestruturado, os depoentes demonstraram que conheciam tanto as formas citadas, quanto outras formas de violência obstétrica que não foram contempladas pela entrevista, como demonstra a figura 3.

FIGURA 3 - Conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre as formas de violência obstétrica



FONTE: Dados coletados pelas pesquisadoras, Março – 2017.

De acordo com a figura 3, a forma de violência obstétrica com maior grau de conhecimento foi a violência psicológica, seguida de manobras sobre o abdômen da mulher, impedimento da entrada de acompanhante, episiotomia de rotina, ocitocina para acelerar o trabalho de parto e rompimento da bolsa amniótica, atos que, segundo alguns depoentes, são corriqueiros nas maternidades, principalmente nas cidades pequenas.

“[...] Todas essas formas de violência obstétrica como colocar ocitocina, rompimento da bolsa amniótica, são procedimentos que não têm necessidade nenhuma de ser feitos, e hoje em dia isso acontece porque muitos profissionais fazem isso simplesmente porque eles querem que esse parto seja o mais rápido possível [...]”
(Depoente nº 04)

“[...] Eu moro no interior, e lá essas coisas são muito comuns, e antes da graduação eu também achava que isso era normal. Eu mesma já o presenciei (o enfermeiro) empurrando a barriga da mulher porque dizia que se fizesse isso o bebê ia nascer maduro [...]”
(Depoente nº 10)

No parto vaginal não humanizado, observa-se a realização de procedimentos que não têm sua eficácia garantida por dados científicos, mas, ainda assim, são praticados rotineiramente nas maternidades de todo o país. Esses procedimentos, em sua maioria, são realizados sem que a gestante permita, deixando a equipe com o livre controle sobre o corpo da mulher (OLIVEIRA, 2016). Encaixam-se no conceito de violência obstétrica aqueles atos

que são praticados sobre o corpo da mulher sem o consentimento dela, como a episiotomia e as manobras de Kristeller, uso da ocitocina, do fórceps, o jejum prolongado, exames de toque frequentes, o rompimento artificial da bolsa amniótica e a posição supina da mulher (MARIANI; NASCIMENTO NETO, 2016).

Segundo Oliveira (2016), as manobras de Kristeller consistem na compressão abdominal pelas mãos em cima da barriga da mulher (fundo do útero) com o intuito de acelerar o processo expulsivo. Estudos apontam que esta prática é extremamente prejudicial à saúde da mulher e do recém-nascido e, mesmo sendo proibida, continua a ser utilizada, mas não é registrada nos prontuários, sendo vistas como algo normal na assistência durante o parto. Para Silva *et al.* (2016), a violência obstétrica ocorre tão comumente na sociedade que nem as próprias mulheres sabem responder se sofreram ou não tal violência.

Em relação às formas de violência obstétrica menos conhecidas, peregrinação por leitos e tricotomia de rotina, os depoentes não relataram nenhuma opinião, podendo interpretar que eles enxergam a tricotomia como algo que precisa fazer parte da higienização das pacientes, e a peregrinação por leitos pode ser justificada por questões de desorganização institucional.

Ao serem questionados se conheciam outras formas de violência obstétrica que não foram citadas no roteiro de entrevista, alguns depoentes exemplificaram a 1- gravação do parto sem o consentimento das mulheres, 2- toques vaginais constantes por vários profissionais diferentes e, 3- a negligência por parte dos profissionais. Isso é comprovado nos relatos a seguir:

“[...] Acho que outra forma de violência é gravar o parto das mulheres sem que elas permitam [...]” (Depoente nº 01)

“[...] Eu acho que a negligência é uma forma de violência, principalmente no parto cesáreo. Eu conheço um caso em que por causa da negligência dos profissionais, eles deixaram uma compressa dentro de uma paciente [...]” (Depoente nº 06)

“[...] A violência obstétrica também é uma violência crucial contra a gestante, em relação à episiotomia e episiorrafia sem necessidade, que é a questão de o médico só mostrar para os alunos fazer essa episiotomia sem necessidade alguma e ela (mulher) se sentir ofendida em relação a ser cobaia humana... eu acho muito errado isso [...]” (Depoente nº 07)

“[...] No hospital que eu estagiei, um professor nem pediu permissão para a paciente para os alunos poderem avaliar ela. Aí ele já foi

fazendo um monte de toque na paciente e depois deixou os alunos também fazerem. Isso deixou a paciente numa situação constrangedora [...]” (Depoente nº 18)

Também é considerada violência obstétrica todos os tipos de intervenções, cujo objetivo principal é usar o corpo da mulher para ensinar aos estudantes e residentes a como realizar os procedimentos, e é nessa hora que muitos desrespeitam o direito de imagem e de ser humano da mulher, executando atividades sem o consentimento das mesmas e expondo, de certa forma, sua intimidade. Os exames de toque são feitos sem aviso prévio e sem o consentimento da mulher, causando dor e incômodo, no sentido de que elas terão seu órgão genital exposto a profissionais que sequer se apresentaram ou informaram o objetivo do procedimento. Em alguns casos, durante o exame de toque ocorrem comentários agressivos e desrespeitosos para com as mulheres (OLIVEIRA, 2016).

Além das formas de violência supracitadas, alguns depoentes consideram o parto cesáreo como um exemplo de violência obstétrica, pois julgam que o parto deve seguir o seu curso normal, visto que a mulher tem condições fisiológicas para esperar o tempo do bebê e ter um parto livre de intervenções ou procedimentos invasivos.

“[...] Eu acho que o próprio parto cesáreo é uma forma de violência obstétrica [...]” (Depoente nº 11)

“[...] Sou contra a violência, porque acho que tudo tem seu tempo, né? Porque é um mecanismo e tudo vai ocorrer de forma normal, só precisa esperar e vai dar tudo certo [...]” (Depoente nº 12)

“[...] Eu sou contra, porque eu acho que a mulher é capaz de ter seu filho e não é preciso adiantar o seu trabalho de parto, pois se ela foi suficiente para engravidar ela é suficiente para ter o seu bebê na hora certa [...]” (Depoente nº 15)

Vale destacar que nem sempre o parto segue o seu ritmo normal sem a necessidade de intercorrências. Segundo Costa *et al.* (2013), cerca de 15% das gestantes podem apresentar alguma complicação que pode levar ao óbito do bebê, fazendo-se necessária uma assistência de qualidade e, até mesmo, uma intervenção obstétrica eficiente para que possa assegurar tanto a vida da mãe quanto do bebê, como é o caso do parto cesáreo.

O problema é que, no Brasil, dados estatísticos demonstram que o número de cirurgias cesarianas atinge cerca de cinquenta e dois por cento (52%) do total de partos em relação ao parto natural, revelando que o parto hospitalar é predominante na sociedade e, com ele, vêm

intervenções e cirurgias que poderiam ser evitadas. Isso tem tornado o país líder do *ranking* mundial de cesárea (FUJITA; NASCIMENTO; SHIMO, 2015).

4.4 Combate à violência obstétrica sob a ótica dos acadêmicos de enfermagem

Segundo os relatos dos depoentes, a violência obstétrica é algo que ainda ocorre nas maternidades e que não deveria acontecer por conta dos avanços tecnológicos que existem e das informações que precisam ser repassadas tanto para as mulheres, para as famílias e para os próprios profissionais. Dentre os meios para combater a violência obstétrica destacaram-se a humanizar a assistência e informar as mulheres sobre os seus direitos.

4.4.1 Humanizar a assistência

Questionados sobre a capacidade de atuar contra a violência obstétrica, os participantes relataram que atitudes como respeito à autonomia da mulher, à sua fisiologia e ao tempo de nascer do bebê são cruciais para proporcionar às parturientes um momento mágico, livre de experiências traumáticas e dar a elas o poder de escolher a quais procedimentos querem ser submetidas. Eles destacam que é importante iniciar a humanização desde o pré-natal, visto que muitas mães apresentam dificuldades e dúvidas a respeito da gestação, do local onde vão parir e qual a posição adequada para ganhar o bebê.

“[...] Por não gostar do que eu vi, pretendo lutar contra isso humanizando cada vez mais o parto [...]” (Depoente n° 02)

“[...] Eu me sinto capaz. Acredito que durante o pré-natal é possível passar todas essas informações, explicar para a gestante o que é a violência obstétrica e explicar todos os passos que acontecem no pré-natal, porque se vim acontecer um caso de violência obstétrica, ela sabe os seus direitos e não permite que isso seja feito [...]” (Depoente n° 04)

“[...] Me sinto capaz de atuar sempre respeitando, ajudando a gestante no seu pré-natal, visto que a mesma precisa de enfermeiros capacitados e que tenham ética para recebê-la adequadamente como ela merece para que se sinta bem acolhida [...]” (Depoente n° 07)

A política de humanização existe desde o ano 2000. Instituída pelo Ministério da Saúde (MS), está inserida no Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), que se caracteriza por uma série de normas e portarias que contam com incentivos financeiros

específicos, visando oferecer um número mínimo de consultas durante o período do pré-natal bem como um atendimento qualificado no momento do parto (BRASIL, 2000).

A assistência pré-natal tem o objetivo de identificar de forma adequada, e o mais rapidamente possível aquelas gestantes com maior possibilidade de apresentar dificuldades durante a gestação e no momento do parto, além de acolher a mulher desde a primeira consulta, buscando ouvi-la, favorecendo um sentimento de confiança, para que a mulher tenha autonomia durante toda a gestação e trabalho de parto (COSTA *et al.*, 2013).

A violência obstétrica ainda é pouco conhecida, mas atinge um nível muito alto de crueldade e insensibilidade para com as mulheres, gerando severas consequências tanto à integridade física e psicológica das mulheres (MARIANI; NASCIMENTO NETO, 2016). Diante dessa realidade, atualmente são realizados muitos debates a respeito da humanização na assistência ao trabalho de parto que, de acordo com Almeida *et al.* (2016), englobam acolhimento, atitudes delicadas e de afeto por parte dos profissionais de saúde para com a parturiente e seu bebê, sempre buscando respeitar o tempo de cada organismo e propiciar-lhe um ambiente agradável e aconchegante.

Felizmente, segundo Fujita, Nascimento e Shimo (2015), o Brasil tem investido em políticas públicas que resgatem a autonomia da mulher durante sua gestação e parto. Isso demonstra que, aos poucos, a satisfação com tudo que permeia o nascimento do filho e que foi retirado da mulher com a evolução do parto medicado vem sendo resgatada e trazendo novamente o prazer em gestar e parir. Entretanto, na visão de Rodrigues (2013), mesmo o Ministério da Saúde desenvolvendo medidas que torne mais humanizado o atendimento nos serviços de saúde, os programas que são ofertados não garantem que os serviços sejam efetivos.

Os participantes evidenciaram, ainda, que a humanização precisa iniciar-se na graduação, etapa em que eles estão aprendendo a desenvolver a melhor forma de dar assistência. Assim, a partir das experiências adquiridas durante o período da graduação, poderão desenvolver um senso crítico de realidade e atuar da maneira como desejam ser atendidos por outros profissionais.

“[...] A gente tem que começar a combater durante a graduação mesmo, começar a explicar como que tem que tratar. E como profissional o que eu posso fazer para combater é não praticar a violência e dizer, esclarecer, falar para aquelas mulheres os direitos que elas têm né? Como de escolher a via de parto, de se recusar a

fazer o toque repetidamente, de escolher o acompanhante, essas coisas [...]” (Depoente n° 06)

“[...] Eu acho que até mesmo dentro dos estágios a gente dá pra perceber muito que o que os profissionais antigos fazem é diferente do que a gente tem que fazer, porque não é porque eles fazem de mau jeito que a gente tem que seguir a forma como eles fazem. Como a gente é novo, está entrando com a cabeça nova e tal, é aí que a gente deve ter coragem e força de vontade para mudar a realidade que está aí [...]” (Depoente n° 17)

De acordo com Vieira (2016), essas práticas indevidas realizadas pelos profissionais demonstram que a humanização no parto é negligenciada na maioria das vezes, visto que a mesma depende de um conjunto de fatores que permeiem a sua existência, como provisão dos recursos necessários, rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, discriminação de intervenções desnecessárias, explicação sobre os procedimentos, baseada em princípios éticos, fazendo com que a privacidade e autonomia da mulher sejam a base para as decisões sobre as condutas a serem adotadas.

Entretanto, Rodrigues (2013) discorda da citação acima, relatando que nenhuma situação específica gera comportamentos violentos advindos dos profissionais. Para a autora, a violência acontece porque é um problema individual, moldado a partir da falha na formação acadêmica; e a humanização não é um padrão a ser seguido pelas instituições, mas sim, uma conduta que deve partir de cada profissional em sua forma de dar assistência; incorporando técnicas adequadas que reestruturam o tratamento de seus pacientes.

4.4.2 Informar às mulheres sobre os seus direitos

Os participantes da pesquisa declararam que a mulher precisa conhecer seus direitos, sendo importante que informações como essas sejam repassadas desde o pré-natal porque, a partir do momento em que ela adquire conhecimento sobre aquilo que lhe respalda, isso vai evitar certos procedimentos que poderiam ser usados sem o seu consentimento, garantindo-lhe a prevalência da sua autonomia na decisão sobre o parto.

“[...] Eu acredito que durante o pré-natal é possível repassar todas essas informações, através de folhetins que explicam os direitos que ela tem, e outra forma também são as formas de conversa com pessoas que já passaram por uma violência obstétrica e podem estar relatando [...]” (Depoente n° 04)

“[...] Acho que a primeira coisa que deve ser repassada é a informação para gestantes e famílias. Antigamente eu não tinha conhecimento sobre o que era a violência obstétrica, assim como a maioria das pessoas pensam que esses procedimentos que os médicos fazem são normais. Então eu acho que a primeira coisa que deve ser trabalhada deve ser com as gestantes, com os familiares e com os profissionais de saúde, ressaltando sobre a violência que não deve ser feita [...]” (Depoente n° 10)

“[...] Eu, como profissional, faria com que os direitos das mulheres em relação à violência fossem respeitados tanto na questão legal como na questão de orientação para as famílias e as mulheres que passam por esse processo [...]” (Depoente n° 14)

“[...] Esclarecer as dúvidas dos pacientes e falar os direitos que elas têm durante o trabalho de parto e o tempo de internação que elas vão ficar na instituição [...]” (Depoente n° 15)

Segundo Soares (2015), é importante que sejam esclarecidas dúvidas sobre os direitos sexuais e reprodutivos durante a assistência pré-natal, como forma de educar com qualidade sobre as vantagens e desvantagens que envolvem as práticas assistenciais relacionadas ao parto e nascimento. A maioria das mulheres desconhece seus direitos em relação ao trabalho de parto, e acabam julgando normais algumas atitudes dos profissionais em relação a elas neste momento, fazendo-se, portanto, necessária uma série de explicações a respeito do que é considerado ou não uma violência obstétrica.

Muitos são os direitos das quais as mulheres precisam ter conhecimento, tais como:

A lei 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante o direito à presença de um acompanhante, de sua livre escolha, durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 36, de 03 de junho de 2008, que dispõe sobre regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, compreendendo a ambiência, o acolhimento e ações de humanização para a manutenção dos serviços deste setor; a Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha, reforçando a proposta do PHPN, acrescida da atenção à saúde da criança até dois anos de vida (FUJITA; NASCIMENTO; SHIMO, 2015, p. 1362).

Tão importante quanto informar é fazer com que a violência contra a mulher seja cada vez mais debatida e tornada públicas para que haja um esforço conjunto em detê-la, bem como denunciar os atos de violência obstétrica aos órgãos competentes para que haja a criação de políticas públicas que respaldem a saúde das mulheres. Neste sentido, alguns estados brasileiros, como Santa Catarina e Distrito Federal, estão adotando medidas para

combater a violência obstétrica em seus territórios, devido a muitas denúncias de abusos cometidos pela equipe de saúde (ARSIE, 2015).

Através de palestras e reuniões, as mulheres conhecem quais os direitos que possuem e estes são inseridos num documento próprio denominado Plano de Parto, onde a gestante fica sabendo de todos os procedimentos que podem ser adotados durante o parto e decide a quais ela permite ser submetida, ficando a par de tudo que venha ocorrer durante o seu trabalho de parto, evitando decepções e transtornos (ARSIE, 2015).

Portanto, fornecer informações pertinentes aos direitos da mulher garante que ela tenha autonomia para decidir o que quer ter no momento do parto, tendo a ciência de que seus valores, sua cultura e, principalmente, o seu querer estarão em primeiro lugar no momento em que tudo é muito complexo e novo, pois ela tem que decidir por si e pelo filho que está a caminho (RODRIGUES, 2013).

5 CONCLUSÃO

O estudo constatou o conhecimento dos depoentes sobre a violência obstétrica e os exemplos dessa violência que acontecem desde os momentos que antecedem até o momento após o parto. Em relação aos meios para combater a violência obstétrica, os participantes enfatizaram sobre o atendimento humanizado, que precisa ser iniciado já nas consultas do pré-natal bem como sobre a abordagem e orientações acerca vários assuntos, dentre os quais os direitos da mulher durante toda a gestação e parto, que devem ser assegurados e respeitados.

Através desse estudo, foi possível observar que o conhecimento dos depoentes sobre a violência obstétrica é satisfatório, visto que durante a graduação os mesmos recebem informações a respeito dos tipos de violência, bem como dos meios para combatê-la. Isso demonstra que os acadêmicos de enfermagem adotam posturas éticas em relação a situações de violência, indo de acordo com a resolução nº 311/2007 que regulamenta o código de ética da profissão. Pode-se observar que algumas formas de violência como a tricotomia de rotina e a peregrinação por leito não são tão interpretadas como tipos de violência obstétrica pelos depoentes, visto que, de acordo com o que foi coletado, os participantes consideram como tal apenas aqueles atos que prejudicam a integridade física ou psicológica das mulheres.

Os resultados obtidos contribuem para a enfermagem, no sentido de demonstrar o interesse pela área de saúde da mulher, estimulando os futuros profissionais a ampliarem seus conhecimentos sobre os tipos de violência que acometem as mulheres no momento do parto, estimulando-os a não cometer determinadas atitudes que vão contra a autonomia das mesmas.

Com isso, todos os profissionais poderão trabalhar juntos com vista a reduzir os índices de ocorrência da violência obstétrica nas instituições de saúde do Brasil.

Portanto, é necessário dar continuidade a estudos que investiguem a percepção de acadêmicos de outras áreas da saúde sobre a violência obstétrica, fazendo com que este tema seja debatido e entendido por todos aqueles que atuam no trabalho de parto para que, através da assistência humanizada, a mulher sinta-se acolhida e reveja o nascimento do filho como algo prazeroso, onde tanto os seus direitos quanto os do filho sejam respeitados e o parto natural seja estimulado, sem intervenções desnecessárias. Além disso, os discentes poderão desenvolver trabalhos com bases científicas de forma a aprimorar seus conhecimentos a respeito dessa violência, despertando a curiosidade pela busca de evidências que justifiquem a não realização destes procedimentos que trazem prejuízo para o binômio mãe-filho.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296. nov, 2013. Disponível em: <<http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/4195>>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

ALMEIDA, M. M. *et al.* A Enfermagem Na Perspectiva Do Parto Humanizado: uma revisão integrativa de literatura. **ReonFacema**. v.2, n.2, p. 212-216, abr/jun, 2016. Disponível em: <<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/77/52>>. Acesso em: 29 de Março de 2017.

ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. Violência obstétrica: a dor que cala. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**. Universidade Estadual de Londrina, p.1-7, Maio, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

ARSIE, J. G. **Violência Obstétrica: Uma Violação Aos Direitos Fundamentais Da Mulher**. 2015. 96p. Monografia (Graduação em Direito). Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/166562/Monografia%20Jaqueline%20Gon%20alves%20Arsie.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 28 de Março de 2017.

ASSUMPTÃO, T. A. *et al.* A Produção Científica Brasileira Sobre A Violência Obstétrica: Uma Revisão Integrativa. **Vi Conclave Dos Depoentes De Enfermagem Da Universidade Positivo (CONAENF)**. Universidade Positivo, p.48-55, out, 2014. Disponível em: <http://www.up.edu.br/CmsPositivo/uploads/imagens/galeria2753/VI_CONAENF-anais_finalizados.pdf#page=48>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

BARBOZA, L. P.; MOTA, A. Violência Obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. Salvador, v.5, n.1, p.119-129, 2016. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847>>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

BISCEGLI, T.S. *et al.* Violência Obstétrica: Perfil Assistencial De Uma Maternidade Escola Do Interior Do Estado De São Paulo. **Revista Cuidar Enfermagem**. Catanduva, v.9, n.1. p.18-25, jan/jun, 2015. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nex tAction=lnk&exprSearch=26951&indexSearch=ID>>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 569/GM, de 01 de junho de 2000**: institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, seção 1, p. 4. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

CARVALHO, A. S. M. C. **Competências e Práticas**: A Manobra de Pressão no Fundo do Útero como estratégia para ajudar a nascer, 2014. 135p. Dissertação (Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2014. Disponível em: <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9506/1/Relat%C3%B3rio%20MESMO%20-%20Ana%20Carvalho.pdf>>. Acesso em: 02 de setembro de 2016.

COSTA, A.V. M. *et al.* Vivência das mulheres sobre a episiotomia. **REUFPI**, Teresina, v.1, n.1, p.50-55, jan/abr., 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/download/709/630>>. Acesso em: 02 de setembro de 2016.

COSTA, K. F. *et al.* Percepção das gestantes sobre a assistência prestada pelo enfermeiro durante o pré-natal. **R. Interd.** v.6, n.4, p.86-94, out-dez. 2013. Disponível em: Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/118/pdf_70>. Acesso em: 28 de março de 2017.

FIGUEIREDO, L. G. M. **Consequências causadas pela aplicação de ocitocina na indução de partos**. Mai, 2010. Disponível em: <<https://www.artigos.etc.br/consequencias-causadas-pela-aplicacao-de-ocitocina-na-inducao-de-partos.html>>. Acesso em: 20 de agosto de 2016.

FUJITA, J. A. L. M.; NASCIMENTO, P. L.; SHIMO, A. K. K. O Enfrentamento Da Violência Obstétrica E Suas Repercussões Na Prática De Enfermeiras Obstetras. **Rev enferm UFPE**. Recife, v.9, n.12, p.1360-1369. Dez, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10845/12056>>. Acesso em: 28 de março de 2017.

GOMES, P. R. F.; KUNZLER, I. M. Violência Obstétrica E Relações De Poder No Parto. **Revista Salão do Conhecimento**. Unijuí, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/viewFile/5086/4267>>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

GONÇALVES, H. A. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**. 2ed, Sergipe: Avercamp, 2014. Disponível em: <<https://pt.scribt.com/doc/144229707/Manual-de-metodologia-da-pesquisa-cientifica>>. Acesso em: 01 de setembro de 2016.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa**. 7. ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

LEMES, C. M. *et al.* Percepção das Puérperas em relação à indução do parto. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, São Paulo, v.17, n.2, p.86-91, 2015. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/21867/pdf>>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

MARIANI, A. C.; NASCIMENTO NETO, J. O. Violência Obstétrica Como Violência De Gênero E Violência Institucionalizada: Breves Considerações A Partir Dos Direitos Humanos E Do Respeito Às Mulheres. **Cad. Esc. Dir. Rel. Int. (UNIBRASIL)**, Curitiba, v.2, n.25, p.48-60, Jul/Dez, 2016. Disponível em: <<http://revistas.unibrasil.com.br/cadernosdireito/index.php/direito/article/view/865/822>>. Acesso em: 28 de março de 2017.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

OLIVEIRA, A. L. **Violência Obstétrica: Uma Análise De Suas Dimensões Nas Normativas Brasileiras**. 2016. 69p. Monografia (Graduação em Direito). Universidade de Brasília. Brasília, 2016. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/15883/1/2016_AmandaLimadeOliveira_tcc.pdf>. Acesso em: 28 de março de 2017.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia Científica: um manual para a realização de pesquisas em administração**. 2011. 72p. Monografia (Pós Graduação em Administração). Universidade Federal de Goiás, Catalão, 2011. Disponível em: <https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_Prof_Maxwell.pdf>. Acesso em: 01 de setembro de 2016.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002.

PEREIRA, J. S. *et al.* Violência obstétrica: Ofensa à dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. Belo Horizonte, v.15, n.1, p.103-108, Ago, 2016. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufop.br/handle/123456789/6646>>. Acesso em: 02 de setembro de 2016.

PEREZ, B. A. G.; OLIVEIRA, E. V.; LAGO, M. S. Percepções De Puérperas Vítimas De Violência Institucional Durante O Trabalho De Parto E Parto: Revisão Integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v.4, n.1, p.66-77, jan./Jun., 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/472>>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2ed. Novo Hamburgo, Freevale, 2013. Disponível em: <<http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>>. Acesso em: 01 de setembro de 2016.

RODRIGUES, R. R. N. **O parto é nosso: Autonomia, poder simbólico e violência no parto humanizado sob a perspectiva de médicos humanistas em Florianópolis, SC**. 2013. 143p. Monografia (Graduação em Ciências Sociais). Universidade Federal De Santa Catarina. Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/105117/TCC%20Raphaela%20R%20_a5_.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 29 de março de 2017.

SALGE, A. K. M. *et al.* Prática da Episiotomia e os fatores maternos e neonatais relacionados. **Rev. Eletr. Enf.** v.14, n.4, p.789-785, out/Dez, 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a05.pdf>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

SANTOS, M. O. F. **Cuidar no parto: prática de episiotomia**. 2015. 118p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia) – Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3246/1/MariaOn%C3%A9liaFigueiraSantos%20ODM.pdf>>. Acesso em: 02 de setembro de 2016.

SANTOS, S. A. *et al.* Na indução do parto com o feto vivo, qual a melhor terapêutica: Misoprostol ou Ocitocina?. **16ª SEMPEsq.** n.16, 2014. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/sempesq/article/view/1127>>. Acesso em: 03 de setembro de 2016.

SILVA, A. A. *et al.* Violência Obstétrica: Perspectiva Da Enfermagem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**.v.9, n.2, p.1-4, 2015. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/view/2686/1318>>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

SILVA, R. L. *et al.* Violência Obstétrica Sob O Olhar Das Usuárias. **Rev enferm UFPE**. Recife, Dez, v.10, n.12. p.4474-4480, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11512/13392>>. Acesso em: 30 de novembro de 2016.

SOARES, B. P. *et al.* Violência obstétrica e suas implicações. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**. v. 4, p.93-94, 2015. Disponível em:

<<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/47>>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

SOARES, M. L. **A Participação Da Mulher No Processo Decisório De Seu Parto**. 2015. 30p. Monografia (Graduação em Enfermagem). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10701/1/2015_MarianneLourencoSoares.pdf>. Acesso em: 28 de março de 2017.

SOUZA, G. N. *et al.* Métodos de indução do trabalho de parto. **FEMINA**, São Paulo, v.41, n.1, p.47-54, Jan/Fev, 2013. Disponível em: <<https://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n1/a3781.pdf>>. Acesso em: 03 de setembro de 2016.

VIEIRA, R. S. **Violência Obstétrica - Práticas No Processo Do Parto E Nascimento**: uma revisão integrativa. 2016. 69p. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ. 2016. Disponível em: <<http://www.repositorio.uff.br/jspui/bitstream/1/2569/1/Raquel%20Santana%20Vieira.pdf>>. Acesso em: 28 de março de 2017.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14>>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:

Costa, F. L.; Cintra, H. M. P; Azevedo, F. H. C. Percepção de Acadêmicos de Enfermagem Sobre a Violência Obstétrica1. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 4, n. 2, art. 5, p. 71-103, jul./dez.2017.

Contribuição dos Autores	F. L. Costa	H. M. P. Cintra	F. H. C. Azevedo
1) concepção e planejamento.	X	X	X
2) análise e interpretação dos dados.	X	X	X
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X	X

APÊNDICE

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Eixo I: Caracterização dos participantes

NOME: _____

SEXO: () FEMININO () MASCULINO IDADE: _____ anos.

ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO () CASADO () DIVORCIADO () VIÚVO

() OUTROS: _____

CIDADE ONDE RESIDE: _____

ESCOLARIDADE:

() ENSINO TÉCNICO COMPLETO. QUAL? _____

() ENSINO TÉCNICO INCOMPLETO. QUAL? _____

() ENSINO SUPERIOR COMPLETO. QUAL? _____

() ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO. QUAL? _____

() PÓS GRADUAÇÃO. QUAL? _____

PROFISSÃO: _____

Você já acompanhou algum trabalho de parto? () SIM () NÃO

Você já estagiou em algum hospital com serviço de maternidade? () SIM () NÃO

Por quanto tempo estagiou? _____

Qual foi o período (ano e semestre)? _____

Eixo II: Conhecimento e percepção dos sujeitos

A) Qual das formas de Violência Obstétrica você já presenciou ou teve conhecimento da ocorrência?

1. () Recusa da admissão em hospital ou maternidade (peregrinação por leito)
2. () Impedimento da entrada do acompanhante escolhido pela mulher
3. () Episiotomia de rotina
4. () Ocitocina para acelerar o trabalho de parto por conveniência médica, etc.
5. () Rompimento da Bolsa Amnótica
6. () Manobras sob o abdômen da mulher
7. () Tricotomia de Rotina
8. () Violência Psicológica

Outros: _____

B) Alguma das opções acima você não reconhecia como Violência Obstétrica? Qual(is)?

1. () Recusa da admissão em hospital ou maternidade (peregrinação por leito)
2. () Impedimento da entrada do acompanhante escolhido pela mulher
3. () Episiotomia de rotina

4. () Ocitocina para acelerar o trabalho de parto por conveniência médica, etc.
5. () Rompimento da Bolsa Amnótica
6. () Manobras sob o abdômen da mulher
7. () Tricotomia de Rotina
8. () Violência Psicológica

C) Tem alguma forma de Violência Obstétrica que você conhece e não foi mencionada acima? Qual (is)?

D) Como futuro profissional de Enfermagem você sente capaz de atuar contra a Violência Obstétrica? Como?

E) Qual a sua opinião sobre a violência obstétrica?
