

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Kemelyn Wolff Da Silva**

**A COMPREENSÃO DE PUÉRPERAS ACERCA DA VIOLÊNCIA  
OBSTÉTRICA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO**

Palmeira das Missões, RS

2020

**Kemelyn Wolff Da Silva**

**A COMPREENSÃO DE PUÉRPERAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:  
CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus de Palmeira das Missões, como requisito parcial à obtenção do grau de **Bacharel em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Ethel Bastos da Silva

Palmeira das Missões, RS  
2020

**Kemelyn Wolff Da Silva**

**A COMPREENSÃO DE PUÉRPERAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:  
CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus de Palmeira das Missões, como requisito parcial à obtenção do grau de **Bacharel em Enfermagem**.

**Aprovado em 10 de dezembro de 2020:**

*Ethel Bastos da Silva.*

---

**Ethel Bastos da Silva, Dra. (UFSM)**

(Presidente/Orientadora)

*Giovana D.C. Higashi*

---

**Giovana Dorneles Callegaro Higashi, Dra. (UFSM)**

*Marta Cocco da Costa*

---

**Marta Cocco da Costa, Dra. (UFSM)**

---

**Fernanda Behegaray Cabral, Dra. (UFSM)**

Palmeira das Missões, RS  
2020

## DEDICATÓRIA

*Aos leitores deste estudo, um apelo:  
que possamos juntos lutar por essa causa,  
que tenhamos fé, força e coragem para combatermos a violência contra a mulher,  
mais especificadamente, a violência obstétrica.*

*Que nada nos defina. Que nada nos sujeite.  
Que a liberdade seja a nossa própria substância.*

(Simone de Beauvoir)

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	4
ARTIGO – A compreensão de puérperas acerca da violência obstétrica: contribuições para o cuidado.....	5
1. Introdução.....	7
2. Metodologia.....	11
3. Resultados e Discussão.....	11
4. Considerações finais.....	32
5. Referências.....	33
APÊNDICE 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	43
APÊNDICE 2. Roteiro de entrevista.....	45
ANEXO 1. Normas para submissão na revista “Research, society and development”.....	48
ANEXO 2. Parecer consubstanciado do CEP.....	52

## **APRESENTAÇÃO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) está apresentado em forma de artigo científico, intitulado “A compreensão de puérperas acerca da violência obstétrica: contribuições para o cuidado”. Posteriormente, será enviado para a revista “Research, Society and Development” e, portanto, está normatizado de acordo com as orientações dessa.

As diretrizes para submissão de artigos à revista “Research, Society and Development” correspondem ao Anexo 1 deste trabalho.

**A compreensão de puérperas acerca da violência obstétrica:  
contribuições para o cuidado**

**Understanding of puerperal women about obstetric violence: contributions to care**  
**Comprensión de las puérperas sobre la violencia obstétrica: contribuciones al cuidado**

**Kemelyn da Silva Wolff**

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: kemellynwolff@hotmail.com

**Resumo**

Este estudo tem como objetivo compreender a percepção de puérperas com relação à violência obstétrica. É uma pesquisa qualitativa, baseada na Teoria Fundamentada nos Dados (TDF), realizada com 14 puérperas usuárias de Estratégias Saúde da Família de uma cidade situada na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2020 mediante entrevistas semiestruturadas, com perguntas abertas, realizadas em domicílio, gravadas e transcritas. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética sob o parecer número 3.798.149. A partir da análise dos dados, emergiu uma categoria central intitulada como “Compreensão de puérperas acerca da violência obstétrica no ciclo gravídico puerperal”, e três subcategorias: “Percebendo a assistência da equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família no pré-natal”, “Abordando sobre a assistência da equipe de saúde hospitalar no parto”, e “Identificando os maus tratos desassistência de equipes de profissionais de saúde”. Evidencia-se neste estudo diversas formas de violências obstétricas relacionadas à assistência prestada durante o período gravídico-puerperal. Algumas atitudes foram interpretadas como direitos negligenciados e maus tratos praticados por membros da equipe de saúde durante o trabalho de parto, porém as participantes não caracterizam essas condutas como violência obstétrica. A violência obstétrica é uma realidade presente na vida das mulheres e dos profissionais de saúde. A qualificação dos profissionais por meio de Educação Permanente em Saúde pode provocar mudanças nas ações de pré-natal, parto e puerpério. Ademais, a inclusão de enfermeiras obstetras também pode reforçar ações do programa Rede Cegonha.

**Palavras-chave:** Parto. Violência obstétrica. Enfermagem obstétrica. Pré-natal.



## **Abstract**

This study aims to understand the perception of mothers in relation to obstetric violence. It is a qualitative research, based on Grounded Theory (TDF), carried out with 14 puerperal women using Family Health Strategies in a city located in the northwest region of the state of Rio Grande do Sul. Data were collected from June to August 2020 through semi-structured interviews, with open-ended questions, conducted at home, recorded and transcribed. The study was approved by the ethics committee under opinion number 3,798,149. From the analysis of the data, a central category emerged entitled "Understanding of puerperal women about obstetric violence in the puerperal pregnancy cycle", and three subcategories: "Perceiving the assistance of the health team of the Family Health Strategy in prenatal care", "Addressing the assistance of the hospital health team in childbirth", and "Identifying the mistreatment of the lack of assistance from teams of health professionals". It is evident in this study several forms of obstetric violence related to the assistance provided during the pregnancy-puerperal period. Some attitudes were interpreted as neglected rights and mistreatment practiced by members of the health team during labor, but the participants did not characterize these behaviors as obstetric violence. Obstetric violence is a reality present in the lives of women and health professionals. The qualification of professionals through Permanent Health Education can cause changes in the actions of prenatal care, childbirth and the puerperium. In addition, the inclusion of obstetric nurses can also reinforce actions of the Rede Cegonha program.

**Keywords:** I am leaving. Obstetric violence. Obstetric nursing. Prenatal.

## **Resumen**

Este estudio tiene como objetivo comprender la percepción de las madres en relación a la violencia obstétrica. Se trata de una investigación cualitativa, basada en Grounded Theory (TDF), realizada con 14 puérperas que utilizan Estrategias de Salud de la Familia en una ciudad ubicada en la región noroeste del estado de Rio Grande do Sul. Los datos fueron recolectados de junio a agosto 2020 a través de entrevistas semiestructuradas, con preguntas abiertas, realizadas en casa, grabadas y transcritas. El estudio fue aprobado por el comité de ética con el dictamen número 3.798.149. Del análisis de los datos surgió una categoría central titulada "Comprensión de las puérperas sobre la violencia obstétrica en el ciclo del embarazo puerperal", y tres subcategorías: "Percepción de la asistencia del equipo de salud de la

Estrategia Salud de la Familia en la atención prenatal”, "Abordar la asistencia del equipo de salud del hospital en el parto", e "Identificar el maltrato de la falta de asistencia de los equipos de profesionales de la salud". En este estudio se evidencian diversas formas de violencia obstétrica relacionadas con la asistencia brindada durante el período embarazo-puerperal. Algunas actitudes fueron interpretadas como derechos desatendidos y maltrato practicado por miembros del equipo de salud durante el trabajo de parto, pero las participantes no caracterizaron estas conductas como violencia obstétrica. La violencia obstétrica es una realidad presente en la vida de las mujeres y los profesionales de la salud. La calificación de los profesionales a través de la Educación Permanente en Salud puede provocar cambios en las acciones de prenatal, parto y puerperio. Además, la inclusión de enfermeras obstétricas también puede reforzar las acciones del programa Rede Cegonha.

**Palabras clave:** Parto. Violencia obstétrica. Enfermería obstétrica. Prenatal.

## 1. Introdução

Este estudo constitui-se em um artigo elaborado com material empírico coletado por meio de um projeto de pesquisa para a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Campus Palmeira das Missões, RS.

É uma pesquisa vinculada ao projeto “A gestão e o processo de continuidade da assistência à mulher no âmbito da Rede de Atenção à Saúde”, o qual tem como finalidade compreender como ocorre a gestão e o processo de continuidade da assistência à saúde da mulher em seu ciclo vital, a partir de suas múltiplas dimensões e necessidades de cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde em um município localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul. Nesta perspectiva, ações relacionadas à construção de conhecimento teórico-prático e científico colaboram justamente para o desenvolvimento na qualidade da assistência, facilitando o aprimoramento do profissional por meio de boas práticas de saúde.

Sobretudo, foi a partir deste projeto de pesquisa que algumas reflexões mais específicas sobre a saúde e os direitos em relação ao parto emergiram, considerando que a mulher encontra-se inserida em uma sociedade paradigmática, que, muitas vezes, retira dela o direito de decidir sobre como deseja parir, e essa precisa conhecer e compreender que isto é também uma forma de violência, denominada violência obstétrica. E, como problema que se apresenta à sociedade, especialmente à brasileira, necessita ser investigado na perspectiva da

mulher.

É necessário observar a violência a partir de uma visão ampla, pois ela se apresenta em contextos sociais diferentes, e, por isso, varia de um país para o outro. Essa divergência está relacionada aos campos sociais em que as mulheres estão inseridas culturalmente. Constatase que, na maioria das vezes, algumas formas de violência passam despercebidas, de modo que tal situação torna-se ainda mais agravante, afetando biopsicossocioculturalmente o ser humano (Minayo, 2006).

Segundo a Nota técnica do Ministério da Saúde (MS), Ministério da Justiça e Secretaria de Políticas para as Mulheres (2015), a violência, mais especificadamente contra a mulher, é observada em diferentes cenários, afetando mulheres independentemente de classe social, raça/etnias e orientações sexuais configurando-se como uma violação dos direitos humanos, que atinge mulheres no seu direito à vida, à saúde, e a sua integridade física e mental.

No que se refere ao conceito de violência contra a mulher, as expressões “violência doméstica” e “violência de gênero” são usadas frequentemente como sinônimos, no entanto, apesar da associação destes conceitos e significados ser comum, no sentido analítico eles possuem diferentes pontos específicos e particularidades (Araújo, 2008).

A violência de gênero voltada à mulher é construída culturalmente dentro da sociedade, na qual ela é colocada em uma posição de desigualdade e inferioridade, predominando a cultura machista, no campo institucional, pessoal e nas relações globais do indivíduo. Conseqüentemente, em meados do século XX, os movimentos feministas iniciaram um processo de reversão, no qual políticas para as mulheres foram criadas e alguns direitos modificaram-se parcialmente; contudo, a violência de gênero ainda se faz presente em nosso meio social (Brito, Oliveira & Costa, 2020; Marques, 2020).

De acordo com a Lei Brasileira Maria da Penha, configura-se como violência doméstica e familiar contra a mulher, “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (Lei nº 11.340, 2006). A lei trouxe à tona a necessidade de combater a violência de gênero, além de algumas transformações sociais, mas não foi suficiente para visibilizar violências como a obstétrica, por exemplo.

Quanto ao parto, momento em que a mulher pode estar mais sujeita a vivenciar a violência obstétrica quando realizado em hospitais, o movimento da institucionalização deste, que primeiramente em período histórico-cultural era visto como um momento particular e

exclusivo feminino, realizado por mulheres chamadas parteiras no domicílio, passou a acontecer em um ambiente específico e organizado para este fim, com controle de um profissional médico e cuidados da equipe de enfermagem (Wolff & Moura, 2004).

A institucionalização do parto desencadeou mudanças na área da obstetrícia, dentre elas, a medicalização, em especial, a sintetização de ocitocina na década de 1950, que passou a ser utilizada para induzir e acelerar o trabalho de parto. Essas transformações acabaram transferindo o acontecimento do parto para o ambiente hospitalar (Nucci, Nakano & Teixeira, 2018).

Quando o cenário do parto se modificou, a tecnologia ganhou espaço, acarretando em benefícios às gestações de alto risco, por meio de ampliações de possíveis intervenções e diminuição de índices de mortalidade materna e neonatal. Em contrapartida, a assistência ao parto no processo de nascimento transformou-se em um conjunto de ações mecanizadas, padronizadas, fragmentadas e desumanizadas, ocasionando ansiedade, dúvida, medo e insegurança por parte das gestantes, interferindo diretamente na escolha das vias de parto e provocando a perda da autonomia e impedindo o protagonismo da mulher neste momento da vida, o da gestação e da escolha pela via do parto (Velho, Santos, Brüggemann & Camargo, 2012; Velho, Santos & Collaço, 2014).

Esses procedimentos colaboraram para a violência praticada contra a mulher, que é observada em diferentes locais, especialmente no momento do parto. Neste contexto assistencial, Jardim e Modena (2018) afirmam que a mulher é tratada e conduzida como uma componente secundária neste cenário, inviabilizando seus desejos e sua autonomia. Este evento fisiológico e natural transforma-se em uma ação intervencionista repleta de normas e protocolos, em que os profissionais e instituições, ao priorizá-las em detrimento das necessidades e desejos da mulher, contribuem em suas ações para o exercício do que se conhece como violência obstétrica. Este termo é usado para diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento, consideradas hoje um problema de saúde pública.

Neste sentido, compreende-se como violência obstétrica a manifestação de violências verbais, físicas, psicológicas, sexuais, de discriminação social, negligência na assistência, uso inadequado de procedimentos e tecnologias. Entre as ações de violência obstétrica praticadas por profissionais da área da saúde, cita-se: privação do direito à alimentação e à deambulação, manobra de Kristeller, episiotomia rotineira e sem consentimento da mulher, exames de toque vaginais repetitivos sem justificativa, uso de ocitocina sintética para acelerar o trabalho de

parto, tricotomia, lavagem intestinal, amniotomia, negação da presença do acompanhante de escolha, falta de informações às mulheres sobre os diferentes procedimentos executados durante a assistência, e realização de cesáreas desnecessárias. Por fim, todos esses eventos podem ocasionar, de forma geral, efeitos e danos permanentes na vida da mulher, independentemente da idade ou condição social, sejam eles de ordem física, mental ou emocional (Jardim & Modena, 2018; Lansky et al., 2019; Oliveira & Mercês, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a adoção de intervenções baseadas no cuidado materno respeitoso, implementando cuidados organizados e prestados para todas as mulheres, de modo a preservar sua dignidade, privacidade e confidencialidade, a fim de garantir a ausência de danos e maus tratos, fornecendo apoio contínuo durante todo o período gravídico-puerperal (Who, 2019).

Nessa direção, o protagonismo da mulher no parto e puerpério precisa ser garantido, e seus direitos de cidadania, reprodutivos e sexuais assegurados por meio de estratégias práticas neste período. Em sinergia com as recomendações da OMS, o MS investe em programas que norteiam as ações profissionais, desde o ano de 2000, com o Programa de Humanização no Pré-Natal (PHPN), objetivando promover ações voltadas para uma assistência e cuidado integral e humanizado. Em 2011 foi lançado o Programa Rede Cegonha, que tem como finalidade estruturar e organizar a Atenção à Saúde Materno-infantil no país, sendo implantado, gradualmente, em todo território nacional (Política Nacional de Humanização, 2013).

Esse processo de implementação almeja um modelo humanizado de parto e nascimento nos cenários de serviços de saúde, o que hoje é um dos desafios encontrados pelas instituições e profissionais, considerando que além das mudanças das práticas de determinados procedimentos e dos protocolos instituídos nos serviços, faz-se necessária uma redefinição nas relações envolvidas com os sujeitos desse processo (Oliveira & Mercês, 2017).

Segundo o MS (2016), a organização do serviço deve estar pautada em um modelo de atenção que garanta às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, por meio da facilitação do acesso e da otimização do pré-natal, vinculando a gestante na unidade de referência e agregando as boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Está previsto que a Unidade Básica de Saúde (UBS), mais especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), seja a forma de entrada para a realização do pré-natal, envolvendo os profissionais médicos e de enfermagem, e, desta maneira, promovendo o vínculo da mulher com o local do

parto.

Portanto, observa-se que tem ocorrido discussões e reflexões que permeiam o pré-natal, o parto e o nascimento. Além disso, os aspectos acerca do conhecimento da puérpera frente a violência obstétrica, bem como à proposição de estratégias de prevenção e enfrentamento a este problema, procurando ajustar as medidas proativas contra essa violência, pois o modelo tecnocrata vigente não garante a qualidade e a humanização ao atendimento às mulheres (Lansky et al., 2019).

Ao se analisar o número de partos ocorridos no Brasil no período de 2014 a 2018, foram 14.708.606; desses, 8.229.772 (55,95%) foram cesáreas e 6.478.834 (44,04%) foram vaginais. (Datusus, 2020). No estado do Rio Grande do Sul, nos anos de 2015 a 2019, do total de 706.286 partos, 439.886 (62,27%) foram do tipo cesárea, e 266.303 (37,70%) foram do tipo parto normal. Igualmente, ao consideramos o município do estudo, no mesmo período, do total de 3.172 partos, 2.935 (92,52%) foram do tipo cesárea e 237 (7,47%) foram do tipo vaginal (Secretária de Saúde/RS).

A partir destes dados, constata-se um aumento significativo do parto cesáreo, e quando se compara os percentuais dos tipos de parto cesárea, o dado do município apresenta-se mais elevado em relação ao estado. Essas estatísticas contrariam a recomendação prevista pela OMS, em que a taxa de cesárea proposta é de 10% a 15% de todos os partos. Além disso, esses dados revelam a necessidade de maior investimento na gestão da organização do PHPN e do Programa Rede Cegonha em nível municipal, pois considera-se que a atenção à saúde da mulher, da gestação ao puerpério, seja de fato exercida por equipes interdisciplinares e interprofissionais de Saúde da Família e Hospitalar. Para isso, admite-se que os profissionais precisam visualizar a mulher como protagonista nesse processo, como um todo, e desenvolvam ações de assistência pautadas na integralidade e na intersetorialidade, evitando a ocorrência de violência obstétrica.

Assim, ao conhecer esta realidade na perspectiva das puérperas, esta pesquisa poderá contribuir para debates, reflexões e à proposição de formas de assistência na área da saúde e enfermagem para que se consiga resgatar o protagonismo da mulher durante o parto.

Mediante ao exposto, para esta pesquisa, definiu-se como pergunta norteadora: Qual a compreensão de puérperas acerca da violência obstétrica durante o parto?

Tem-se, portanto, como objetivo geral, compreender a percepção de puérperas sobre violência obstétrica em vivências no ciclo gravídico-puerperal.

## 2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, baseada na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), a qual foi inicialmente desenvolvida pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss, que relacionam as bases de dados com outras teorias através de dispositivos e análises qualitativas para otimizar ou desenvolver conhecimentos contemporâneos sobre as áreas específicas do evento. Guiando-se pelos protocolos da metodologia qualitativa, a TFD visa construir sistematicamente as teorias sobre o efeito de aplicação do estudo dentro do contexto social. Por conseguinte, o pesquisador analisando as situações que estão no cenário social com algumas premissas em hipóteses, unidas sobre um processo comparativo e relativo, poderá explicar o evento, agregando abordagens indutivas e dedutivas (Cassiane et al., 1996).

O sentido metodológico da TFD tem seu início em meio às interpretações dos símbolos sobre a interação social onde permeiam as relações humanas, além disso, o interacionismo simbólico está intimamente relacionado a um de seus autores, Anselm Strauss, o qual se formou na Universidade de Chicago, que tem grande contexto histórico-cultural em pesquisas qualitativas em Ciências Sociais. Strauss também desenvolveu e agregou à TFD, os significados advindos dos processos sociais e subjetivos, com base nas aplicações da linguagem que surgem das ações. Entretanto, Glaser com sua formação na Universidade de Colúmbia, integrou ao método os processos de codificações, principalmente as comparações entre os dados, bem como na pesquisa quantitativa (Baggio & Erdmann, 2011; Corbin & Strauss, 2015).

Dessa forma, a metodologia sobre a TFD em um fator transformador para desenvolver as pesquisas qualitativas mais usadas na enfermagem, pois estabelece uma sistematização de etapas rigorosas, que norteiam o pesquisador a partir do momento em que entra no campo ativo de estudo. Ademais, a TFD tem a capacidade de otimizar a interpretação e a compreensão dos eventos no cenário da enfermagem e da saúde (Andrews, Mariano, Santos, Koerber-Timmons, & Silva, 2017).

No que tange à TFD a metodologia está elencada em três versões principais: TFD clássica (Glaser); TFD straussiana (Corbin & Strauss, 2015); e TFD construtivista (Charmaz, 2008) (Andrews et al., 2017).

Nesse estudo foi utilizada a metodologia denominada de TFD construtivista, proposta por Charmaz (2008), pois esta contém uma construção recíproca entre o sujeito da pesquisa e

o pesquisador. O estudo possui como foco os dados atribuídos pelos participantes ao tema pesquisado, os quais foram contextualizados. Existem duas etapas principais para a codificação: codificação inicial e codificação focalizada, e esse processo de codificação foi desenvolvido na análise dos dados.

Participaram do estudo, quatorze (14) puérperas que realizaram as consultas de pré-natal e o parto em uma cidade situada na região noroeste do Rio Grande do Sul, residentes nos territórios de seis ESF. Adotou-se como critério de inclusão: morar na área a mais de um ano, ter feito pré-natal e parto no município e estar no período de puerpério. De acordo com a classificação de Rezende (1994), o puerpério apresenta-se em três fases: puerpério imediato, que se inicia logo após a dequitação e estende-se até o 10º dia do pós-parto; puerpério tardio, que acontece do 11º ao 45º dia de pós-parto; e o puerpério remoto, que se refere do 46º dia até a completa recuperação das adaptações internas pela gestação, incluindo a menstruação no ciclo normal. Das 50 mulheres que se encontravam no período de puerpério durante a coleta de dados da pesquisa, apenas 14 aceitaram participar, sendo o contexto da pandemia o motivo da recusa. O primeiro grupo amostral foi constituído de 4 puérperas que estavam no puerpério imediato, e o segundo grupo amostral, de 8, que estavam no puerpério tardio, e 2 puerpérios remotos.

Foram excluídas do estudo as puérperas que não tiveram seus partos no município de origem e as que não se encontravam no período de puerpério.

Para este estudo, foi elaborada uma entrevista semiestruturada, com questões fechadas, relacionadas a aspectos sociodemográficos, e com questões abertas, relacionadas ao objeto de estudo, apresentadas na sequência: Quantos filhos você têm?; Você fez o pré-natal durante esta gravidez? Onde? Como foi?; Durante as consultas de pré-natal, você foi informada sobre os tipos e os benefícios de cada parto?; No pré-natal, você foi informada do local onde deveria fazer o parto?; Você teve o parto no serviço de saúde/hospital pelo Sistema único de Saúde (SUS); Como foi o parto no hospital?; Qual foi o tipo de parto?; Como você foi recebida?; Quem te atendeu?; Você teve acompanhante de sua escolha no trabalho de parto, parto e puerpério na maternidade?; Durante o atendimento no trabalho do parto, você foi orientada sobre os cuidados que estavam realizando? Alguém lhe explicou? Você, em algum momento do seu trabalho de parto e parto, sentiu-se desrespeitada? Em algum momento você percebeu que vivenciou algum tipo de violência? Por que acha que não sofreu violência? Todas as questões foram seguidas da frase “Fale sobre isso”.

Para a coleta de dados, a autora do estudo fez contato com o enfermeiro responsável



técnico da ESF em que as consultas de enfermagem e médicas de pré-natal, puerpério e puericultura estavam ocorrendo tendo em vista a pandemia do Covid-19 –, para obtenção de informações referentes às puérperas. Neste município, a Rede de Atenção foi reestruturada para manter o distanciamento social, e as usuárias das seis ESF foram direcionadas para uma única unidade de Saúde da Família. Com as informações das puérperas, como nomes, endereços, telefones e período puerperal, a pesquisadora fez contato com as mulheres pelo telefone, apresentou-se, esclareceu que estava fazendo um estudo, e agendou as entrevistas, que ocorreram respeitando as medidas de prevenção ao Covid-19, assim como uso de máscaras, distanciamento em local aberto, e a disponibilidade de horário de cada uma. A pesquisadora deslocou-se até a residência das mulheres, momento em que se apresentou pessoalmente, leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), digitalizado e impresso em duas vias, e mediante à aceitação, entregou para a mulher assinar, de modo que uma via ficou com a participante e a outra com a pesquisadora. As entrevistas duraram em torno de 30 minutos, totalizando 85 páginas de material empírico transcrito e analisado, conduzidas conforme a metodologia sugere. Os dados foram coletados nos períodos de junho a agosto de 2020.

À medida que as falas das participantes foram se repetindo, a pesquisadora decidiu encerrar as entrevistas, pois o ponto da saturação ocorreu com base nas respostas semelhantes relativas ao objeto de estudo (Fontanella, Ricas & Turato, 2008).

Dentro do referido estudo, o desenvolvimento das análises ocorreu através da metodologia de Charmaz (2008). O processo de codificação para análise dos dados foi executado em duas etapas: codificação inicial e focalizada. Dividiu-se os dados para análise na codificação inicial, capilarizando as concepções expressas pelas participantes, tornando-se códigos que podem ser estabelecidos através das palavras, linhas ou incidentes (Santos et al., 2018).

A cifragem codificada possibilitou à pesquisadora separar, classificar, consubstanciar, juntar e organizar grande quantidade de dados, com suporte nos códigos destacados, no sentido de avaliar os achados narrados pelas participantes (Santos et al., 2018).

Neste estudo foram respeitados alguns princípios éticos vigentes na Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde: foram assegurados o sigilo e a privacidade da identidade das participantes, o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. A partir disso, foi colhida a assinatura da autorização institucional do município e, posteriormente, foi

aprovado no Comitê de Ética de Seres Humanos da UFSM, sob parecer número 3.798.149.

As falas das mulheres puérperas foram identificadas no texto com a letra maiúscula P, de participante, seguida do número da ordem da entrevista, a exemplo, P1, P2, P3, sucessivamente.

### 3. Resultados e Discussão

Das 14 puérperas que participaram do estudo, evidenciou-se que 64,28% apresentavam idade entre 20 e 29 anos; 50% das puérperas declararam-se solteiras; 42,85% têm renda mensal entre um e dois salários mínimos; 71,42% autodeclararam-se brancas; 35,71% possuem ensino médio completo; 64,28% declaram ser evangélicas; 64,28% não recebem bolsa família; 92,85% não trabalham de carteira assinada; 35,71% têm um filho, e 35,71%, dois filhos; e a respeito do tipo de parto, 92,85% tiveram cesariana. A tabela 1 mostra as características sociodemográficas das puérperas do estudo.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas das puérperas do estudo, Palmeiras das Missões, Rio Grande do Sul, 2020.

<b>Variáveis</b>	<b>Nº</b>	<b>(%)</b>
<b>Idade</b>		
17 - 19 anos	3	21,42%
20 - 29 anos	9	64,28%
30 - 35 anos	2	14,28%
<b>Estado civil</b>		
Solteira	7	50,00%
Casada	4	28,57%
União estável	3	21,42%
<b>Renda familiar</b>		
>salário mínimo	3	21,42%
Um salário mínimo	5	35,71%
Entre um e dois salários mínimos	6	42,85%
<b>Cor</b>		
Parda	4	28,57%
Branca	10	71,42%
<b>Escolaridade</b>		
Ensino médio completo	5	35,71%
Ensino médio incompleto	2	14,28%
Ensino fundamental completo	4	28,57%
Ensino fundamental incompleto	2	14,28%
Ensino superior incompleto	1	07,14%
<b>Religião</b>		
Católica	4	36,36 %
Evangélica	9	64,28%

Nenhuma	1	07,14%
<b>Recebe Bolsa Família</b>		
Sim	5	35,71%
Não	9	64,28%
<b>Trabalha com carteira assinada</b>		
Sim	1	07,14%
Não	13	92,85%
<b>Possui filhos</b>		
1 filho	5	35,71%
2 filhos	5	35,71%
3 filhos	2	14,28%
4 filhos	1	07,14%
5 filhos	1	07,14%
<b>Tipos de partos</b>		
Normal	1	07,14%
Cesárea	13	92,85%

Fonte: elaborado pela autora.

### Categorias e subcategorias

A seguir são apresentadas a categoria central e as subcategorias que emergiram com a análise dos dados e a partir das quais estes são demonstrados.

Quadro 1 – Apresentação das categorias e subcategorias

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Compreensão de puérperas acerca da violência obstétrica no ciclo gravídico puerperal.	Percebendo a assistência da equipe de saúde da ESF no pré-natal.
	Abordando sobre a assistência da equipe de saúde hospitalar no parto.
	Identificando os maus tratos e desassistência de equipes de profissionais de saúde.

Fonte: elaborado pela autora.

#### 1º Subcategoria: Percebendo a assistência da equipe de Estratégia de Saúde da Família no pré-natal

A primeira subcategoria abordada relaciona-se às orientações fornecidas pelos profissionais de saúde para as mulheres durante as consultas de pré-natal realizadas na ESF. Sobre isso, as puérperas relatam que as consultas de pré-natal, de forma geral, foram rápidas.

Nessas, os profissionais solicitavam exames e questionavam sobre a situação de saúde relacionada à aspectos biológicos do desenvolvimento da gestação, com poucas orientações sobre os modelos e benefícios de cada parto, assim como, sobre a escolha da via de parto, local e direitos da mulher durante o trabalho de parto e puerpério.

Observa-se que em meio aos relatos das mulheres, as consultas de pré-natal estão limitadas a uma forma de atendimento que não contempla as informações necessárias referentes à gestação, ao parto e ao puerpério. Sobretudo, as mulheres acabam procurando essas informações nas mídias e no meio sociocultural, o que influencia diretamente na vivência do parto.

*“Não, dessa parte de orientações eu não tive nada assim, eu vi na internet e depois quando ia consultar na Estratégia Saúde da Família eu perguntava, e aí elas falaram mais ou menos o que eu tinha lido, mas elas vir me falar, assim, tipo, não partiu delas, eu que perguntava.” (P7)*

*“Era mais pra saber se tava tudo bem, pra medir o tamanho da barriga, pra ver como a gente tava, no máximo isso, eles só diziam que na parte de trás da carteira de gestante, que era pra ler, que tinha as coisas falando.” (P10)*

*“Não, na verdade, assim, eu tive orientações, mas não pelo posto [Estratégia Saúde da Família] sabe, foi uma amiga nossa que trabalha no hospital e aí ela trouxe aquelas mulheres que ajudam a gente no parto.” (P13)*

Evidencia-se que, nesta pesquisa, assim como no estudo de Silva et al. (2020), durante as consultas de pré-natal, as gestantes não foram orientadas efetivamente quanto ao tipo de parto, incluindo os serviços prestados e quais os benefícios relacionados ao parto vaginal e ao cesáreo a ser realizado na maternidade, identificando a necessidade de uma assistência ao pré-natal qualificada para fortalecer as mulheres na decisão da via de parto.

A assistência pré-natal tem avaliação negativa quanto a aspectos relacionados à orientação na gestação por parte das mulheres. Além disso, condições socioeconômicas desfavoráveis favorecem a vivência de práticas não recomendáveis ao parto humanizado (Monteiro et al., 2020).

Nessa direção, um estudo realizado com 14 puérperas do estado do Rio de Janeiro evidenciou que 36% das mulheres receberam informações e 64% não obtiveram as informações sobre o parto e o percurso (Teixeira et al., 2020).

Outro estudo mostra que parte das mulheres demonstram-se insatisfeitas no que se refere às consultas rápidas, e uma falta de comunicação verbal para as devidas orientações

referentes ao pré-natal, além de dificuldades no entendimento das informações escritas, situações que estão contextualizadas no modelo de atenção obstétrica vigente e predominante no Brasil, e no modelo tecnocrata (Rocha et al., 2015).

Compreende-se que as orientações relacionadas aos benefícios e riscos de cada parto, assim como o processo de admissão da mulher na instituição hospitalar durante o pré-natal são fundamentais e preparam a gestante para o momento do nascimento, desenvolvendo as condições para a mulher escolher a via de parto que será melhor para ela e seu bebê. A partir das orientações, é possível conhecer os procedimentos de rotina usados em cada modelo de parto, preparando as gestantes para a escolha e para possíveis alterações, caso seja necessário. Esses procedimentos evitariam o medo do desconhecido, desconfortos psicológicos e, conseqüentemente, a frustração (Rocha & Ferreira, 2020).

Neste sentido, é imprescindível que a gestante seja orientada sobre seus direitos, sobre os procedimentos, como via de parto, benefícios e eventos que possam ocorrer neste período, além dos cuidados protocolares das consultas de pré-natal pela equipe de profissionais que atuam na ESF.

As puérperas do estudo, em um primeiro momento, escolheram o parto vaginal, também conhecido como normal, no entanto, optaram pela cesariana por insegurança e por indicação do médico obstetra, com justificativas como ausência de dilatação, sofrimento fetal e circular de cordão, como pode se observar nas falas a seguir:

*“Do primeiro filho [vivência prévia] eu queria parto normal porque todo mundo falava que a recuperação é melhor, mas aí o cordão estava no pescoço do bebê e eu não tive dilatação e o médico viu que não ia dar.” (P11)*

*“Olha desde o primeiro [vivência prévia] eu disse que eu ia ter parto normal, eu quero parto normal, morro de medo de cesárea, então eu quero parto normal, a não ser que seja uma coisa de última hora, de emergência mesmo pra me cortarem, morro de medo.” (P5)*

*“Quando eu optei pelo normal, [o médico] falou que era até o melhor porque a maioria escolhe cesárea, né, mas aí como eu fiquei com medo eu troquei.” (P1)*

*“Eu queria tentar parto normal, mas aí eu não consegui, porque na verdade ela tava passando da hora, por isso que não consegui, mas eu acho que eu tinha dilatação.” (P3)*

*“Eu fiquei muito em dúvida, assim, eu queria parto normal e ao mesmo não queria, pelo medo dela passar do tempo, sabe, aí eu tava com muito medo, assim sabe, de acontecer alguma coisa, eu fiquei, assim, até o último segundo quando fui consultar com [o médico], bem indecisa, assim, se eu fazia parto normal ou a cesárea.” (P7)*

*“Do meu primeiro [vivência prévia] eu fui para o hospital porque estava com dor e com 40 semanas e tentei o parto normal, mas [o médico] fez uns exame e disse que eu estava com o colo do útero fechado, daí eu marquei a cesárea.” (P10)*

*“Porque eu tive os dois, né, de cesárea e um parto normal, até na verdade eu tava esperando, né, não queria ter feito cesárea, aí o doutor tava na salinha debatendo que eu não queria ir e ele queria que eu fosse, já tava na hora de nascer e eu queria esperar e ter parto normal.” (P8)*

Neste estudo, a maioria das mulheres acabou se submetendo ao parto cesáreo, mesmo tendo o desejo inicial pelo parto normal. Corroborando com os achados, Queiroz, Lima, Gregório & Collaço (2019) relatam que as gestantes demonstraram preferência pelo parto normal, mas devido a fatores como o tempo prolongado de trabalho de parto, as dores, o cansaço e até mesmo a fome, elas se submeteram à cesariana. Soma-se a isso, gestações passadas que também não se desenvolveram para o parto normal. Essas vivências, consequentemente, acabam influenciando a escolha da cesariana na gestação seguinte.

Para algumas gestantes, o parto normal é um fenômeno natural e positivo; elas gostariam de passar pela experiência, no entanto, o parto cesáreo é entendido culturalmente como o mais confiável e prático. Consequentemente, essas mulheres acabam escolhendo a cesariana pelo medo dos processos do parto vaginal, assim como o trabalho de parto e as dores, e também por desejo pessoal (Silva et al., 2020; Oliveira & Penna, 2018; Guedes et al., 2016).

Nem sempre as mulheres apresentam consciência sobre os riscos existentes para à saúde da mãe e do recém-nascido relacionados à via de parto, sendo submetidas, deste modo a um envolvimento inexpressivo na decisão da via de parto (Kottwitz, Gouveia & Gonçalves, 2018).

Percebe-se, inicialmente, que as gestantes expressam o desejo pelo parto normal, vaginal, mas devido às influências culturais, sociais e institucionais presentes em suas vidas no pré-natal e parto, e antes mesmo de engravidar ou estar em trabalho de parto, acabam optando pela cesariana, no intuito de evitar um parto doloroso. As vias de parto também sofrem influências de mecanismos individuais, coletivos e institucionais, de modo que, muitas vezes, essas escolhas não são atendidas por falta de recursos financeiros, otimização do tempo, influências do autoritarismo médico e até mesmo familiar. Além disso, as decisões tomadas ficam por conta de experiências passadas, aumentando a chance de repetir o mesmo modelo de parto tanto normal quanto operatório (Oliveira & Penna, 2018; Rocha & Ferreira, 2020; Nascimento, Arantes, Souza, Contrera, & Sales, 2015).

Conforme Pimentel e Oliveira-Filho (2016), a escolha da via de parto pela gestante não é uma decisão fácil, devido aos acontecimentos biológicos que transcendem a identidade psicossocial da mulher neste ciclo. Esses fatores compreendem a necessidade de abordagens relacionadas às duas vias de parto, tratando dos benefícios e riscos, bem como eventos que antecedem o parto normal e as situações que podem definir a realização do procedimento cesáreo.

Quando questionadas acerca dos aspectos relacionados ao desejo de vivenciar o parto normal, algumas mulheres afirmam que desejam, por acreditarem que a recuperação é mais rápida, sendo a fonte de informação oriunda de outras pessoas.

*“Pela recuperação, muito melhor né, é uma dor que tu sente ali que não tem explicação, mas depois é melhor, e a cesárea não.” (E8)*

*“Por causa da recuperação, que falavam que era melhor e tal, e daí do segundo como eu já sabia mais ou menos como é que era eu já quis cesárea. Daí já tinha sido marcado e tudo e ele nasceu 5 dias antes, que daí já tava nas semanas certas, ali 38 semanas e 7 dias.” (E11)*

Os motivos pelos quais as mulheres inicialmente escolhem o parto vaginal estão relacionados à melhor recuperação no pós-parto, no entanto, devido às influências que permeiam o antes e todo o processo de gestação, essas por medo, convívio familiar, experiências anteriores relacionadas ao parto doloroso, e até mesmo pela indicação médica, acabam optando pela cesariana (Silva et al., 2020; Pimentel & Oliveira-Filho, 2016).

Kottwitz et al. (2018) aponta que a mulher na sua escolha de parto preferencialmente expressa o desejo pela via vaginal, devido a esse parto proporcionar uma recuperação mais rápida e estar relacionado aos processos fisiológicos naturais. Esse mesmo estudo mostra que a maioria se quer é questionada sobre o tipo de parto que deseja ter. A gestação e o parto anterior têm associação significativa ao desejo do parto (Kottwitz et al., 2018).

Dentre os benefícios que o parto normal proporciona, estão relacionados alguns aspectos como: menor risco de infecções e complicações anestésicas, menor risco de hemorragia pós-parto, rápida recuperação, maior vínculo entre mãe e recém-nascido, facilidade para a amamentação na primeira hora de vida e menor risco de mortalidade materna (Brasil, 2014).

## **2ª Subcategoria: Abordando sobre a assistência da equipe de saúde hospitalar no parto**

A segunda subcategoria aborda questões relacionadas ao percurso da mulher na instituição de saúde hospitalar durante o parto. Ao chegar no hospital, com o parto cirúrgico agendado pelo obstetra e a realização deste condicionada à estrutura do serviço, levando-se em consideração a disponibilidade da equipe de enfermagem, o material cirúrgico e as cirurgias agendadas.

*“[profissional de saúde] marcou minha cesárea às 7h30min da manhã e eu cheguei lá pra quem tivesse de plantão, né, e eu cheguei lá tava o [profissional de saúde] e ele não fez o meu parto na hora ali, me deixou até 18h da noite [...] eu não sei o que ele tava esperando, diz que não tinha anestesista e daí tinha que esperar ele chegar e até que o meu nenzinho nasceu meio mortinho, porque daí ele fez cocô dentro de mim e daí ele esperou até 18h horas, passou muito tempo, só que como eu não sentia dor, eu fui pra ganhar naquele dia, mas não sentia nada.” (P4)*

*“Eu cheguei tava marcado pra 7h30min , fui pra sala acho que era, na verdade eu tinha optado pelo parto normal, que a minha cunhada falou que era bom, que ela teve as três gurias dela todas normal, só daí como tava ficando perto dele completar quarenta semanas, eu comecei a ficar com medo de ter parto normal, daí eu vim e marquei cesárea, daí tava marcada pra 7h30min, daí eu cheguei lá e umas 8h e pouco, daí fizeram o parto, quando eu pensei que pisquei e ia tira, já tava ali a criança, daí eu fiquei na sala de recuperação até as 14 horas, aí fui pro quarto.” (P1)*

O cenário do estudo mostra-se organizado em uma lógica de saúde dominante, a biomédica, em que o parto cirúrgico se torna a opção mais segura e mantém maior controle sobre o nascimento. No parto cirúrgico, o obstetra faz o momento, o tempo é controlado por ele e a técnica cirúrgica passa a ser agendada, ordenada e socialmente reconhecida (Nakano, Bonan & Teixeira, 2017).

O parto cesáreo em grande parte é definido no pré-natal, pois até mesmo as parturientes que não apresentam alterações clínicas e sem indicativos para cesárea são submetidas a essa cirurgia (Viana et al., 2018).

Sobre a organização institucional, lógica biomédica dominante e prevalência de parto cesáreo, o estudo de Rasador e Abegg (2019) mostra que a prevalência do parto cesáreo é de 58,7%, sendo que 41,7% são referentes ao setor público e 83,9%, ao setor privado. Essa porcentagem geral elevada está associada ao modelo de parto cesáreo com o agendamento prévio.

Neste estudo, o fato da maioria das mulheres terem se submetido ao parto cesáreo, embora tenha tido o desejo inicial de fazer o parto normal, mostra a fragilidade da participação dessas no processo de gestação e parto. A contraposição à escolha da via de parto



das mulheres reforça a pouca participação dessas no processo de decisão da via de nascimento do filho (Kottwitz et al., 2018).

As ações da equipe de saúde que presta assistência durante o trabalho de parto e o conhecimento da mulher sobre parto e parturição são condições que podem influenciar nas decisões da parturiente e da sua família, sendo que em alguns casos há um direcionamento da decisão, quase sempre para o parto cesáreo (Kottwitz et al., 2018).

Os resultados deste estudo demonstraram que durante o parto cesáreo as participantes receberam orientações relacionadas à anestesia, mas não sobre as dúvidas específicas quanto ao parto cirúrgico, conforme as falas.

*“Sim eles iam me explicando o que ia ser feito, perguntou se eu já tinha feito anestesia e há quanto tempo, daí mandou eu relaxar e ficar calma e tal, daí ele fez, né, a anestesia.” (P4)*

*“Na verdade a hora que eles foram cortar, tu sabe que até nem vi, porque [profissional de saúde] e a assistente dele ficaram conversando, conversa assim normal do dia a dia, daí quando ele olhou pra mim [profissional de saúde] falou nasceu, e tipo eu até pensei, a deve ser pra descontrair, né, pra não deixar a gente nervosa, porque eu achei que iam demorar pra cortar, quando eu pensei que eles iam cortar já tava ali a criança.” (P1)*

*“Não teve muita cerimônia, não, foi assim, bem rapidinho.” (P6)*

*“O parto foi bem rápido, tranquilo assim, foi rápido, só que depois eu passei mal, mas durante o parto foi rápido. Sei que a primeira anestesia não pegou, ele teve que aplicar mais de duas, daí logo que pegou eu já deitei, eles organizaram tudo, [profissional de saúde] chegou e eu nem vi na verdade a hora que ele começou o parto, ele não avisou que ia começar, ele já fez e o enfermeiro disse que tinha nascido e eu logo escutei o chorinho, foi bem rapidinho.” (P9)*

*“Eles só explicam, tipo, que vão aplicar a injeção aqui atrás, que vai doer um pouquinho, e que não pode se mexer, é isso, é rápido, super rápido, eles conversam entre eles, só entre eles.” (P10)*

*“Só perguntaram se era o primeiro filho, daí como não era, ele me deu um remedinho pra vômito, e aí ele explicou que era pra não dar vômito, e daí já dão anestesia e já te deitam e o [profissional de saúde] já entra e faz o parto.” (P11)*

As informações são fundamentais no que diz respeito ao processo de parto, para a mulher vivenciar esse momento especial. A parturiente necessita de informações específicas sobre os procedimentos aplicados, isso porque os aspectos psicológicos envolvidos nesta experiência são intensos, as orientações podem contribuir para que ela tenha autonomia e se sinta mais segura quanto aos procedimentos, principalmente quando se trata da primeira experiência de parto. (Carvalho et al., 2019; Cunha et al., 2020).

Dentre as práticas obstétricas brasileiras, existem alguns aspectos que em contexto institucional e profissional tornam-se hábitos, como a pressa de estimular o nascimento da criança, sobrepujando a autonomia da mulher durante o processo de parto, assim como o controle do tempo que influencia no desdobramento e na dinâmica do parto, que coincidem com o excesso de intervenções. Por consequência, a cesariana está incluída em uma assistência ao parto no Brasil que permeia a decisão do médico, sem levar em consideração as mudanças do corpo da mulher (Leal et al., 2014).

Parturientes relatam tratamentos que caracterizam violência na sala de parto, as quais permanecem caladas em meio a um cenário em que prevalece o autoritarismo de profissionais de saúde em um ambiente agressivo e pouco tolerante. Em contraponto, o discurso médico demonstra discordar do termo violência obstétrica e negligencia o assunto (Oliveira & Penna, 2018).

Outro aspecto percebido é a forma como a mulher é visualizada durante o trabalho de parto, pois em meio a esse processo algumas relatam que os profissionais de saúde conversam entre si, durante o parto cesáreo.

*“Eles estavam conversando entre eles, não comigo e eu tava quieta lá na minha.” (P4)*

*“Na hora da cesárea lá, eu achei um pouco estranho porque parecia que estavam me jogando para os lados na hora que tiraram ele [profissional de saúde] só entrou na salinha, cortou minha barriga e já foi embora, nem vi [profissional de saúde], eu nem perguntei nada pra [profissional de saúde] porque não falou comigo.” (P3)*

*“Não, eles conversavam entre eles, [profissional de saúde] estava conversando com o ajudante, mas não explicaram nada, e as conversas não eram sobre mim, era sobre outros pacientes lá.” (P14)*

Durante a assistência prestada no momento do parto, o estudo enfatiza a falta de um lugar receptivo e acolhedor, pois o comportamento de profissionais é considerado impróprio e transforma o ambiente do parto, que deve ser especial entre a mãe e seu bebê, em um lugar que trata a mulher secundariamente no cenário do parto. Os profissionais se detêm apenas aos procedimentos rotineiros (Valadão & Pegoraro, 2020).

Teixeira et al. (2018) afirmam que os profissionais de saúde possuem uma conduta de controle no trabalho de parto e pós-parto, tornando a mulher sujeita aos domínios dos profissionais nas rotinas hospitalares.

Se por um lado alguns obstetras tendem a não conversar com as parturientes durante o trabalho de parto cesáreo, é possível que haja outros mais sensíveis que valorizem a humanização do parto, pois as mulheres qualificam positivamente uma assistência prestada de maneira calma, atenciosa e de relação carinhosa, incluindo o apoio e o conforto, no qual essa aproximação e o vínculo dos profissionais proporcionam tranquilidade e segurança durante o nascimento (Paiva et al., 2019).

Sobre a atuação dos profissionais de enfermagem no parto cesáreo, é fundamental que o enfermeiro e a equipe de enfermagem tenham condutas para garantir que a mulher seja valorizada, cooperando para as melhores condições no processo de parturição, aplicando técnicas que estejam voltadas para o relaxamento e alívio da dor, respeitando o tempo e promovendo um parto humanizado. Essas ações necessitam estar agregadas à participação ativa da mulher no trabalho de parto e parto (Silva, Fernandes, Paes, Souza, & Duque, 2016).

As participantes deste estudo não tiveram acompanhante durante o período do parto, pós-parto e puerpério, tendo em vista o protocolo Covid-19. Conseqüentemente, essas mulheres não tiveram apoio de familiares e/ou pessoas próximas da família, apenas dos profissionais de saúde e de enfermagem.

*“Sim, mas acho que por causa da pandemia eles não deixam[acompanhante].”*  
(P11)

*“Desse daqui não deixaram entrar[acompanhante], por causa que tava na pandemia.”* (P5)

*“Eu pedi, mas só daí como teve a pandemia, eles não permitem acompanhante, só os enfermeiros mesmo.”* (P1)

*“Não, não podia [ter acompanhante], por causa dessa pandemia.”* (P2)

A partir do início da pandemia, a OMS emitiu orientações de assistência ao parto específicas no que se refere às mulheres grávidas, incluindo aquelas com suspeita, ou infecção confirmada por Covid-19, para garantir os seus direitos, durante e após o parto, agregando os cuidados de saúde pré-natal, recém-nascido, pós-natal e saúde mental. A nota técnica especifica algumas possíveis adaptações temporárias sobre os direitos assegurados do parto no contexto Covid-19, assim como o direito de escolha da mulher ao acompanhamento durante o parto, passando estes por uma triagem que habilitará a permissão do acompanhante desde que assintomático e que não esteja nos grupos de risco para Covid-19. Além disso, explica-se que a suspensão do acompanhante deve ser justificada, claramente informada à família, e bem

definida em casos excepcionais, como, por exemplo, a falta de equipamentos de proteção individual (EPI) (Brasil, 2020; Guia rápido, 2020).

A Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (2005), garante o direito às parturientes de optarem pela escolha de seu acompanhante durante todo trabalho de parto, parto e pós-parto imediato na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em instituição de saúde onde foi permitida a presença do acompanhante de escolha das mulheres no período de parto e puerpério, o impacto foi significativo na saúde e bem-estar da mãe e do recém-nascido, nos aspectos relacionados ao sentimento de segurança e acolhimento. A participação efetiva do acompanhante promove benefícios e modificações na assistência obstétrica, assim como na vivência individual da mulher e sua família. No entanto, o direito ao acompanhante é proibido sem que as mulheres saibam da existência da lei (Ferreira & Madeira, 2016).

Todavia, percebe-se nas falas de puérperas que mesmo antes da pandemia esse direito não estava sendo garantido, e algumas demonstraram não estar inteiradas sobre a lei do acompanhante, outras foram orientadas por familiares e amigos, ainda tiveram aquelas que procuraram orientações na internet.

*“Não me falaram nada, mas eu pesquisei e vi que tinha, que eu tinha direito ao acompanhante, mas aqui em [nome da cidade] que eu saiba até agora todas as mulheres que eu conheço nenhuma eles deixaram entrar com acompanhante.” (P6)*

*“[profissional de saúde] me falou, eu na verdade nunca li essa lei nem na primeira gestação, na verdade na caderneta de gestante tem atrás, né, algo assim, falando dessas coisas, mas [profissional de saúde] daqui disse pra eu falar que tinha feito um cursinho no posto isso e aquilo.” (P12)*

*“Não, em nenhuma consulta, daí na hora eu perguntei e aí eles falaram que não por causa dessa pandemia.” (P4)*

*“Eu li na caderneta de gestante, porque eu achava que não dava, mas aí eu li que tem uma lei sim, no meu segundo filho meu marido queria acompanhar e eles também não deixaram.” (P9)*

A OMS enfatiza a importância do acompanhante durante o processo do parto, pois são evidentes os benefícios trazidos no que se refere à mulher e seu estado emocional, o sentimento de segurança por ter alguém de sua escolha que, na maioria das vezes, são familiares, entretanto esses direitos garantidos em lei em grande parte são negados, contextualizados em um modelo de gestão local que evolui para uma violência relacionada ao bem-estar da mulher (Castro & Rocha, 2020).

A negação à participação do acompanhante de escolha da mulher durante o período do parto vaginal e cesariana é um desrespeito contra seus direitos, pois sabe-se que a presença do acompanhante impacta diretamente na saúde da mulher e do recém-nascido (Brüggemann, Ebele, Ebsen, & Batista, 2015).

Nota-se que, devido à falta de comunicação no contexto geral relacionado às mulheres no cenário do parto, especificamente sobre o direito ao acompanhante, outras mulheres não sabiam da existência dessa lei.

*“Não, nem sabia dessa lei, se não eu tinha tido acompanhante, nem da minha primeira eu não tive acompanhante, não deixaram.” (P4)*

*“Não (interjeição), até a minha irmã queria ter entrado comigo, até das minhas outras gestações ela queria ter entrado, mas não deixaram e eu também queria que ela entrasse, tu vê só, eu não sabia que tinha uma lei, é que assim como elas não explicam direito as coisas, a gente só descobre depois, ou pesquisando, mas assim essas coisas a gente não fica sabendo no pré-natal. Mas é bom a gente saber, porque agora eu não vou ter mais filhos, mas vou ter sobrinhos, e se é um direito, eu quero participar sim, minha irmã sempre quis.” (P14)*

O acompanhante de escolha da mulher durante e após o parto está assegurado por lei, contudo, fatores como: cultura local dos profissionais de instituições de saúde, relação de poder exercidas pelos profissionais de saúde no momento do parto, modelo de gestão em que o acompanhante configura-se como um problema no cenário do parto, juntamente com o desconhecimento que as mulheres têm sobre seus direitos, dificultam a vivência deste momento. A negligência e a negação do acompanhante à mulher caracteriza-se como uma forma de violência contra os direitos sexuais, reprodutivos e humanos. Com a presença do acompanhante, a mulher se sente mais protegida emocionalmente, o que pode também auxiliar diretamente na fisiologia do parto (Rodrigues et al., 2017).

O estudo de Sá et al. (2017) evidencia que mesmo existindo a lei que garante o acompanhante de escolha da mulher durante o pré-parto, parto e puerpério imediato, percebe-se que há um desconhecimento relevante das mulheres sobre seus direitos assegurados, identificando a falta de informações necessárias a respeito de sua cidadania. Tal situação torna-se de suma importância no campo da saúde para garantir às mulheres os seus direitos previstos em lei.

A influência do acompanhante na hora do parto remete-se à estabilidade emocional da mulher, pois devido ao processo que corresponde ao parto ser um local diferente, novo e

dinâmico, a presença de alguém de sua escolha proporcionará segurança.

*“Sim, a gente se sente mais segura, porque se acontece alguma coisa, tem uma prova ali, tem a pessoa, e do primeiro eu não me senti segura, porque se acontece alguma coisa, sei lá, eles podem dizer que não pode ter sido erro médico.” (P10)*

*“Eu acho que eu me sentiria um pouco mais segura, porque até [profissional de saúde] e os outros chegar lá, só tava dois [profissionais de saúde] e eu acho que naquele momento, assim, antes da injeção e tudo, eu acho que eu ia me sentir mais segura de ele poder estar lá junto comigo e dele poder ver esse momento.” (P7)*

A presença do acompanhante está intimamente ligada ao bem-estar psicológico e emocional da mulher no período gravídico-puerperal, promovendo benefícios como diminuição de tensões, insegurança e reduzindo os fatores que levam à depressão pós-parto. Além disso, a presença do acompanhante de escolha da mulher tem efeito no desenvolvimento fisiológico do parto, e também favorece o vínculo familiar a partir do contato com a mãe e o bebê logo após o parto (Carvalho et al., 2019; Ferreira & Madeira, 2016).

Em contraponto, os profissionais das instituições de saúde demonstram o desacordo à permanência do acompanhante na perspectiva em que estão inseridos a parturiente e o acompanhante, devido aos fatores que incluem as estruturas físicas inadequadas, gestações de risco que necessitam de atendimento emergencial, assim como a cesariana, e muitas vezes, o próprio acompanhante não ser capacitado para estar durante os processos do nascimento (Maziero et al., 2020).

Observa-se que, além de ser negado o direito ao acompanhante de escolha das mulheres, as participantes deste estudo não tiveram contato imediato com seus filhos logo após o parto, por conseguinte, essas condutas trouxeram apreensões e medos que estão relacionados à saúde global da mulher.

*“Não, não me falaram nada dele depois, só perguntaram se eu tava bem e deu, mas eu não tinha notícias dele e eu só pensava, aí será que tá bem, só via eles pra lá e pra cá.” (P4)*

*“Eu só escutei o chorinho dele e o [profissional de saúde] conversando com ele, no caso, e depois ela me trouxe ele pra mim ver e depois levou de volta, só no quarto eu fui pegar.” (P6)*

*“Eu não pude ver a minha filha, tanto que daí tinha um [profissional de saúde] lá que tinha ganhado nenê também depois de mim sabe, e ela pode ver a nenezinha dela e eu não pude, e eu pedi pra elas que eu queria ver meu bebê também, e aí elas disseram que não tinha como trazer porque só tava as duas ali trabalhando, e eu*

*fiquei tipo aí eu quero minha filha também, fiquei muito insegura, fiquei pensando muitas coisas que poderia ter acontecido com a [nome da filha] aí eu pensei, meu deus, como ela pode e eu não posso ver minha filha, e aí eu já fiquei assim né, já tinha passado o efeito da anestesia, já podiam ter me levado lá pra cima, mas eles demoraram.” (P7)*

O primeiro contato do recém-nascido com a mãe é fundamental para o desenvolvimento da criança e da formação de vínculo, entretanto, na maioria das vezes esse encontro não é concedido. Nesse sentido, um estudo desenvolvido com mulheres revela notável separação da mãe e seu filho após o nascimento, conduta que tem impacto na saúde integral da criança, nos laços afetivos com a mãe e, conseqüentemente, na amamentação (Salgado, Niy & Diniz, 2013).

A negligência desse contato, ou a sua interrupção precoce, pode estar relacionada ao fato dos profissionais de saúde trabalharem com sobrecarga de serviços e seguirem normas e rotinas rígidas, o que torna difícil estabelecer o vínculo, pois o primeiro contato da mãe com o filho também contribui para o sentimento de segurança da mãe com relação as condições de saúde do recém-nascido. Sabe-se que o contato imediato logo após o nascimento é muito aguardado pela mulher, e quando este é inviabilizado ou interrompido precocemente, desperta sentimentos negativos como tristeza e ansiedade. Além disso, acabam por atrapalhar este momento único entre mãe e filho (Rocha et al., 2015).

O primeiro contato com o bebê, logo após o nascimento, revela-se como uma das boas práticas na assistência ao parto e nascimento, e alguns benefícios estão relacionados ao crescimento e desenvolvimento da criança, os quais auxiliam na adaptação à vida extrauterina, propiciam a amamentação precoce, controlam a temperatura corporal e desenvolvem o estímulo sensorial apropriado. Além disso, cooperam para estabelecer o vínculo de pai, mãe e filho (Andrade, Rodrigues & Silva, 2017).

### **3ª Subcategoria: Identificando os maus tratos e desassistência de equipes de profissionais de saúde**

As mulheres deste estudo identificam que sofreram discriminação, humilhação e julgamentos durante o processo de parto, devido a algumas formas de tratamento na relação entre profissional e paciente.

*“Só aquele [profissional de saúde] no primeiro parto [vivência prévia] aí eu*

*me senti ofendida, porque ela disse [...] aí, não vai cair, não fique com medo, não sei o que, mas eu disse, então me segure, me passe confiança, eu falei isso pra ele [profissional de saúde], ele disse, mas a gente está aqui para fazer o trabalho, não para te segurar.” (P2)*

*“Eu me senti mal, né, porque eu fiquei mal, [profissional de saúde] ainda até jogou na minha cara que isso que tava acontecendo com minha filha era uma irresponsabilidade minha, e eu sei né, o que que eu poderia fazer; ele disse isso na minha cara. [...] Não digo que seja violência, mas foi mais um desrespeito mesmo, porque ele foi bem mal educada comigo, disse que tinha muitas mãezinha que estavam em uma situação bem pior que eu, falou um monte de coisa.” (P3)*

*“Não, no começo não, mas ali na última só eu achei o [profissional de saúde], como eu posso dizer, eu achei muito cavalo, sabe, na hora de me fazer o toque, sabe, no último momento, no último momento, o último toque que ele foi me fazer foi bem desconfortável, por que daí ele forçou, foi bem desconfortável, bem no último momento aí, foi só isso que eu não gostei, eu acho que sendo [profissional de saúde], né, pelo menos ele devia acalmar primeiro pra depois fazer o toque de repente, né.” (P6)*

*“Eu, da minha primeira filha [vivência prévia], passei por isso, pelo [profissional de saúde] que daí me falou aquilo, que se eu tinha chamado minha mãe na hora de fazer, eu tava com dor, não gritei, mas eu pedia minha mãe, normal sabe, bem tranquila, mas queria minha mãe, e aí ele olhou na minha cara e disse ‘na hora de fazer tu não chamou tua mãe’, e eu fiquei chateada sabe, sou muito emotiva, chorei daí, mas não sei se é de dor ou de tristeza.” (P8)*

Um estudo descritivo exploratório realizado na maternidade de referência de João Pessoa mostra que algumas puérperas reconhecem os maus-tratos vivenciados durante o período do parto, sofrem com a falta de humanização e expressam desejo de esquecer a violência vivenciada. Em uma das falas, a entrevistada refere-se ao parto como o pior acontecimento da vida dela, retratando traumas que refletem diretamente na saúde psíquica da mulher, conseqüentemente, distorcendo o momento do parto, que deveria ser especial e único (Silva et al., 2016).

Achados de uma revisão sistemática de literatura mostram os maus-tratos a parturientes presentes em contextos mundiais, há evidências relacionadas às experiências que as mulheres vivenciaram durante os processos de parto em instituições de saúde, incluindo negligência, discriminação, abusos físicos e verbais. O mesmo estudo pontua pouca autonomia da mulher, as falhas na sistematização e no sistema de saúde, nas estruturas dos serviços de saúde, falta de profissionais e condições que contribuem à ocorrência de maus-tratos, bem como as políticas necessárias para garantir um atendimento adequado e humanizado, as quais, juntamente com uma cultura de poder, enfraquecem os direitos das mulheres (Bohren et al., 2015).



Os dados do estudo realizado na cidade de Ile-Ife no estado de Osun, na Nigéria, com 384 mulheres que vivenciaram o parto, demonstram que existem diversas formas de maus-tratos durante o parto. Das participantes, 19% revelaram que já foram submetidas à alguma forma de desrespeito e abuso, que se originam desde os primeiros acessos aos serviços de saúde, incluindo o tipo de tratamento que as mulheres recebem (Ijadunola et al., 2019).

Contribui para essa discussão o resultado de um estudo transversal em que 91,7% das mulheres sofreram pelo menos uma forma de abuso e desrespeito, e 87,9% não tiveram proteção contra violência física durante o trabalho de parto e o parto. Desta forma, a privacidade da mulher e sua confidencialidade são comprometidas (Siraj, Teka & Hebo, 2019).

A violência obstétrica possui algumas características veladas, condutas agressivas que culturalmente acabam sendo toleradas pelas mulheres, que estão relacionadas à omissão de informações dentro do contexto das instituições de saúde, entre profissionais e paciente, prejudicando a liberdade das mulheres enquanto seres humanos (Kopereck et al., 2018).

As mulheres entrevistadas não identificam que vivenciaram a violência obstétrica. A violência obstétrica pode ser evidenciada em contextos relacionais e a nível de direitos humanos em ambiente hospitalar durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Mesmo reconhecendo a falta de orientação, de cumprimento de direitos e desrespeito por parte de alguns integrantes da equipe de saúde, a atenção de outros profissionais relativiza o que é considerado violência obstétrica.

*“Ele [profissional de saúde] me disse que era pra esperar, me deram um quatinho e me mandaram esperar, só que, assim, eu achei que ia ter uma pessoa ali junto comigo pra me orientar e auxiliar, mas simplesmente me deixaram ali com a minha mãe, me deram uma bola pra fazer exercícios[...]. Não, porque eles foram bem tranquilos, eles me trouxeram refeição, tudo tranquilo.” (P13)*

*“Eu acho que não, até porque eu fui bem tratada em todos os momentos no caso, mesmo eles não orientando a gente em algumas partes que tinha que ser orientada.” (P10)*

*“É que na verdade eles foram bem atenciosos, me atenderam bem, me explicaram, né, ah chaqualos na hora que tavam costurando, né, que daí eles fazem para os órgãos voltarem ao normal, eu acho.” (P1)*

*“Eles foram bem atenciosos comigo, fora essa do [profissional de saúde], que eu não sei se ele tava nervoso ou o que também o que aconteceu, mas não justifica, né, ele ter feito desse jeito, mas a gente releva também, né, eu fui tratada super bem pelas [profissionais de saúde], eu achei que ia ser mais, né, eu tava nervosa na verdade, por conta disso que eu achei pelos boatos que eu ouvia aqui das mulheres.” (P6)*

*“Porque eu fui bem tratada, me senti bem, eles conversam um pouco com a gente essas coisas.” (P10)*

A violência obstétrica no contexto que relaciona a parturiente, o profissional de saúde e as instituições, muitas vezes é velada e não identificada, pois é evidente que as respostas de mulheres pontuadas em um estudo realizado com 10 puérperas com o mesmo objetivo da presente pesquisa, retrata que a violência obstétrica em si só é visualizada quando está configurada como violência de caráter físico ou verbal, nas demais situações, atos impróprios são considerados como parte do parto, pois a falta de informação advinda dos profissionais de saúde impossibilita à autonomia das mulheres (Oliveira, 2017).

Corroborando com estes dados, um estudo realizado com 132 mulheres em uma maternidade de um município paraibano revela que 91,70% das entrevistadas relatam não vivenciarem nenhum episódio de violência obstétrica, no entanto, quando questionadas a respeito da qualidade do pré-natal, a maioria relatou que era de baixa qualidade, com poucas informações e orientações, ou seja, tais condutas favorecem para que ocorra a violência obstétrica (Pascoal et al., 2020).

A manifestação da violência é realidade no dia a dia da sociedade, pois reflete em níveis culturais, sociais, criando paradigmas que sobrepujam até mesmo o tempo e os contextos socioculturais, no entanto essas aceções possuem efeitos maiores nos círculos de pessoas frágeis que estão inseridas nos países em desenvolvimento capitalista (Escorsime, 2014; Minayo, 2006).

Tendo em consideração os aspectos diretamente relacionados à violência contra mulher, é imprescindível observar no sentido de gênero, porque essas interações na sociedade fazem parte de uma forma de poder ligada à cultura.

Contudo, pelo modo como, ao longo dos tempos, a violência de gênero surge em meio à sociedade, percebe-se uma configuração dominante, autoritária e com muitas aversões nas relações entre homens e mulheres, que provém de uma visão que transpõe o campo sociocultural. O mérito das questões relacionadas à violência de gênero evoluiu através dos movimentos feministas que juntamente às ações políticas e à questão ambiental foram os dois maiores movimentos sociais. (Brito et al., 2020; Santos, Moreira, Fonseca, Gomes Filho, & Ifadireó, 2019).

Relacionado à violência de gênero e a violência obstétrica, esta segunda remete-se à busca do parto humanizado no Brasil, que tem como mecanismo os movimentos sociais, do

qual fazem parte do sistema as práticas de saúde e os procedimentos durante todo o atendimento às mulheres grávidas, em específico, o parto e puerpério, visto que essas violências são identificadas na integridade da gestante em níveis sociais, psicológicos e fisiológicos, e também em graus diferentes (Marques, 2020; Araújo, 2008).

Consequentemente, a violência obstétrica durante o cenário que compreende todo o processo da gravidez, configura-se em uma violência de gênero, porque a mulher possivelmente é acometida por violência durante todo o período da gravidez, inclusive no momento do parto e pós-parto, incluindo as situações de aborto. Violência oriunda de culturas e tradições onde a dominação masculina dentro da sociedade atinge a identidade de gênero na condição feminina, praticada, muitas vezes, em instituições ou pessoais (Brito et al., 2020; Escorsime, 2014).

A aplicação da ciência que tem por intenção as intervenções cirúrgicas e seus aspectos, muitas vezes em decorrência de excessos, acabam deixando a gestação sintética e artificial, ações antagonistas que seguem na contramão dos processos naturais e fisiológicos, considerando a falta de atendimento individual e global à mulher (Lansky et al., 2019).

A violência obstétrica é caracterizada quando acontece negligência na assistência, na discriminação social, violência verbal e física, abusos sexuais, incluindo o uso exagerado de tecnologias nas intervenções e procedimentos com base científica, limitando a movimentação da mulher em trabalho de parto, e também a negação da entrada do acompanhante (Jardim & Modena, 2018).

Nessa direção, é de suma importância que a mulher participe das decisões relacionadas aos processos do parto, pois dessa forma poderá realizar-se um parto humanizado e fisiológico, garantindo o conhecimento dos procedimentos e seus direitos, que dará suporte para compreender os fatores que indicaram as necessidades de intervenções cirúrgicas, assim como a cesariana. Todavia, dentro deste contexto ainda existe falta de informações dos profissionais para com as parturientes e da elaboração de um plano de parto (Silva et al., 2019).

A violência obstétrica impacta diretamente na qualidade de vida das mulheres e de seus bebês, gerando sentimentos de dor, medo e insegurança. Salienta-se a notoriedade da enfermagem obstétrica, pois possui um grande papel no combate à violência obstétrica, considerando que essa classe se encontra mais inserida, no que diz respeito às boas práticas obstétricas, e encontra-se mais próxima da paciente durante o momento do parto. Portanto, tornam-se imprescindíveis melhorias na assistência obstétrica (Castro & Rocha, 2020).

#### 4. Considerações finais

Na compreensão das puérperas, os profissionais das ESF durante o pré-natal não orientaram sobre os direitos relacionados à escolha das vias de parto e os riscos e benefícios de cada parto, assim como o direito da puérpera ser acompanhada por alguém de sua escolha durante todo o processo gravídico-puerperal. Além disso, as consultas na ESF eram realizadas de forma rápida e centradas apenas em exames, com pouco envolvimento das puérperas nas decisões pertinentes à gestação e ao parto.

No cenário hospitalar, durante o trabalho de parto e o puerpério, as mulheres expressam o desejo de ser acompanhadas durante o parto e de ter contato com o recém-nascido. Neste sentido, compreenderam que seus direitos foram negligenciados.

As mulheres identificaram maus tratos durante o parto e o pós-parto por parte dos profissionais de saúde no cenário hospitalar, com respostas desrespeitosas e com julgamentos, mas não percebem que vivenciam situações que caracterizam a violência obstétrica, devido ao desconhecimento. Sobre isso, essas mulheres, ao sentirem-se vulneráveis durante o período gravídico-puerperal, tendem a naturalizar as relações de descaso e opressão vividas durante a assistência recebida no pré-natal, parto e puerpério.

Acredita-se que a melhoria na assistência ao pré-natal pode influenciar significativamente na redução de violência obstétrica, redução dos altos índices de cesariana e no empoderamento da mulher, e a educação em saúde precisa ser incorporada pelos profissionais em consultas individuais e coletivas em grupos de saúde, em todas as unidades de saúde da APS.

A enfermagem obstétrica, ao ser inserida nas unidades hospitalares e nas unidades de Atenção Básica, pode também contribuir para o fortalecimento da autonomia da mulher nas decisões durante o ciclo gravídico-puerperal. Além disso, a Educação Permanente em Saúde ofertada aos profissionais que atuam nesse local, com temas relacionados ao maior envolvimento e à participação da mulher no pré-natal, parto e puerpério, pode promover mudanças no comportamento e na atuação destes, de forma a acolher a mulher com orientações sobre seus direitos e sobre a violência obstétrica.

Outro ponto importante sobre boas práticas no pré-natal, parto e puerpério refere-se ao suporte e ao apoio da gestão das secretarias municipais de saúde aos profissionais das unidades de ESF e a garantia de maior articulação entre os serviços de saúde da APS e

hospitalar.

## 5. Referências

1. Andrade, L. F., Rodrigues, Q. P., & Silva, R. de C. (2017). Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. *Revista Enfermagem UERJ*, 25, e26442. Obtido em 04 de novembro de 2020, de <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.26442>.
2. Andrews, T., Mariano, G. J. dos S., Santos, J. L. G. dos, Koerber-Timmons, K., & Silva, F. H. da. (2017). A metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados Clássica: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26 (4), e1560017. Obtido em 11 de abril de 2020, de <https://dx.doi.org/10.1590/0104-070720170001560017>.
3. Araújo, M. F. (2008). Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. *Psicologia para América Latina*, (14). Obtido em 16 de dezembro de 2019, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2008000300012&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000300012&lng=pt&tlng=pt).
4. Baggio, M. A., & Erdmann, A. L. (2011). Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (3), 177-188. Obtido em 11 de abril de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239962018.pdf>.
5. Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C. et al. (2015). Os maus-tratos às mulheres durante o parto em estabelecimentos de saúde globalmente: uma revisão sistemática de métodos mistos. *PLoS Med*, 12 (6), e1001847. Obtido de <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>.
6. Brito, C. M. C. de, Oliveira, A. C. G. de A., & Costa, A. P. C. de A. (2020). Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. *Cadernos ibero-americanos de direito sanitário*, 9 (1), 120-140. Obtido em 28 de abril de 2020, de <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.604>.

7. Brüggemann, O. M., Ebele, R. R., Ebsen, E. S., & Batista, B. D. (2015). No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36 (spe.), 152-158. Obtido em 03 de novembro de 2020, de <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.53019>.
8. Carvalho, S., Barbosa, S., Carvalho, L., Freitas, A., Silva, C., Matos, D., Soares, R., & Cerqueira, C. (2019). Inserção do acompanhante no processo gravídico-puerperal. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13, e243214. Obtido em 28 de outubro de 2020, de <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.243214>.
9. Cassiani, S. H. de B., Caliri, M. H. L., & Pelá, N. T. R. (1996). A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4 (3), 75-88. Obtido de <https://doi.org/10.1590/S0104-11691996000300007>.
10. Castro, A. T. B. & Rocha, S. P. (2020). Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura. *Enfermagem em foco*, 11 (1), 176-181. Obtido em 26 de outubro de 2020, de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1103027>.
11. Charmaz, K. (2008). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
12. Corbin, J. & Strauss, A. (2015). *Qualitative research: techniques and procedures for the development of grounded theory*. London: SAGE Publications.
13. Cunha, A. L. da, Henriques, R. B. L., Silva, T. R. D. da, Silva, M. R. B. da, Tertulliano, K., & Armada e Silva, H. C. D. de. (2020). Produção de conhecimento sobre violência obstétrica: o lado invisível do parto. *Revista Nursing*, 23 (260), 3529-3552. Obtido em 15 de novembro de 2020, de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1095543>.
14. Escorsim, S. M. (2014). Violência de gênero e saúde coletiva: um debate necessário. *Revista Katálysis*, 17 (2), 235-241. Obtido em 18 de maio de 2020, de <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200009>.

15. Ferreira, K. A. & Madeira, L. M. (2016) O significado do acompanhante na assistência ao parto para a mulher e familiares. *Enfermagem Obstétrica*, 3 (1), e29. Obtido em <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/29>.
16. Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (1), 17-27. Obtido em 18 de outubro de 2019, de <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
17. Guedes, G. W., Sousa, M. N. A. de, Lima, T. N. F., Lima, M. N. F., Davim, R. M. B., & Costa, T. S. (2016). Conhecimentos de gestantes quanto aos benefícios do parto normal na consulta pré-natal. *Revista de Enfermagem UFPE*, 10 (10), 3860-3867. Obtido em 26 de outubro de 2020, de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11453/13274>.
18. Guia rápido: *Direitos das Mulheres e Covid-19*. Estado de São Paulo. (2020). Obtido em [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/GuiaRapido\\_COVID19\\_v2%20\(1\)%20\(1\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/GuiaRapido_COVID19_v2%20(1)%20(1).pdf).
19. Ijadunola, M. Y., Olotu, E. A., Oyedun, O. O., Eferakeya, S. O., Ilesanmi, F. I., Fagbemi, A. T., & Fasae, O. C. (2019). Levantando o véu sobre o desrespeito e o abuso na assistência ao parto em instituições: descobertas do sudoeste da Nigéria. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19 (39). Obtido em <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2188-8>.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2018). População de Palmeira das Missões. Obtido em 18 de outubro de 2019, de <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>.
21. Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e 3069. Obtido em 20 de outubro de 2019, de <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>.

22. Kopereck, C. S., Matos, G. C. de, Soares, M. C. et al. (2018). A violência obstétrica no contexto multinacional. *Revista Nursing*, 12 (7), 2050-2060. Obtido de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231399/29505>.
23. Kottwitz, F., Gouveia, H. G., & Gonçalves, A. de C. (2018). Via de parto preferida pelas mães e suas motivações. *Escola Anna Nery*, 22 (1), e20170013. Obtido em 03 de novembro de 2020, de <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0013>.
24. Lansky, S., Souza, K. V. de, Peixoto, E. R. de M., Oliveira, B. J., Diniz, C. S. G., Vieira, N. F., Cunha, R. de O., & Friche, A. A. de L. (2019). Violência obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24 (8), 2811-2824. Obtido em 16 de dezembro de 2019, de <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>.
25. Leal, M. do C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Theme Filha, M. M., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Bastos, M. H., & Gama, S. G. N. da. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, 30 (supl. 1), S17-S32. Obtido em 12 de novembro de 2020, de <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>.
26. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (2005). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Obtido de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm).
27. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. (2006). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Obtido em 21 de outubro de 2019, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm).



28. Marques, S. B. (2020). Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cadernos ibero-americanos de direito sanitário*, 9 (1), 97-119. Obtido em 28 de abril de 2020, de <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585>.
29. Maziero, C., Zani, A., Bernardy, C., Pontes, G., Lago, M., & Pinto, K. (2020). A não presença do acompanhante no parto: visão dos profissionais da saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 12, 531-536. Obtido em 04 de novembro de 2020, de <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8627>.
30. Minayo, M. C. S. (2006). *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
31. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, & Secretaria de Políticas para as Mulheres. (2015). *Atenção humanizada às pessoas em situações de violência sexual com registros de informações e coleta de vestígios* (Norma técnica). Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres. Obtido de [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_pessoas\\_violencia\\_sexual\\_norma\\_tecnica.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf).
32. Ministério da Saúde. (2018). *Datasus*, Portal da Saúde. Obtido de <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
33. Monteiro, B. R., Souza, N. L. de, Silva, P. P., Pinto, E. S. G., França, D. F. de, Andrade, A. C. A. de, & Oliveira, A. A. V. de. (2020). Health care in the prenatal and childbirth context from puerperal women's perspective. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (4), e20190222. Obtido em 12 outubro de 2020, de <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0222>.
34. Nakano, A. R., Bonan, C., & Teixeira, L. A. (2017). O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27 (3), 415-432. Obtido em 28 de outubro de 2020, de <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000300003>.
35. Nascimento, R. R. P. do, Arantes, S. L., Souza, E. D. C. de, Contrera, L., & Sales, A. P. A. (2015). Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Revista*

- Gaúcha de Enfermagem*, 36 (spe.), 119-126. Obtido em 28 de outubro de 2020, de <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>.
36. Nucci, M., Nakano, A. R., & Teixeira, L. A. (2018). Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25 (4), 979-998. Obtido em 16 de dezembro de 2020, de <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000500006>.
37. Oliveira, M. de C., & Mercês, M. C. das. (2017). Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. *Revista de Enfermagem UFPE*, 11 (supl. 6), 2483-2489. Obtido em 21 de outubro de 2019, de <https://doi.org/10.5205/reuol.9799-86079-1-RV.1106sup201701>.
38. Oliveira, V. J., & Penna, C. M. de M. (2018). Cada nascimento é uma história: processo de escolha da via de parto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (supl. 3), 1228-1236. Obtido em 28 de outubro de 2020, de <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>.
39. Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Washington, D.C.: OPS. Obtido em 21 de outubro de 2019, de [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf).
40. Paiva, A. do C. P. C., Reis, P. V. dos, Paiva, L. C., Diaz, F. B. B. de S., Luiz, F. S., & Carbogim, F. da C. (2019). Da decisão à vivência da cesariana: a perspectiva da mulher. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 9, e3115. Obtido em 28 de outubro de 2020, de <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3115>.
41. Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. (2012). *Violência obstétrica: "Parirás com dor"*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Obtido de <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.
42. Pimentel, T. A., & Oliveira-Filho, E. C. (2016). Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. *Universitas: Ciências da Saúde*, 14

- (2), 187-199. Obtido em 28 de outubro de 2020, de <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/4186>.
43. Política Nacional de Humanização. (2013). Brasília: Ministério da Saúde. Obtido em 16 de dezembro de 2019, de [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf).
44. Queiroz, R. R., Lima, M. M. de, Gregório, V. R. P., & Collaço, V. S. (2019). Assistência prestada às mulheres que foram submetidas à cesariana por parada de progressão. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 23, e-1204. Obtido em 26 de outubro de 2020, de <https://cdn.publisher.gn1.link/rem.e.org.br/pdf/e1204.pdf>.
45. Rasador, S., & Abegg, C. (2019). Fatores associados à via de parto em município da região Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 19 (4), 797-805. Obtido em 12 de novembro de 2020, de <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400004>.
46. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 (2016). Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: Diário Oficial da União. Obtido em 20 de dezembro de 2019, de <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=24/05/2016&pagina=44>.
47. Rezende, J. de. (1994). O puerpério: estudo clínico e assistência. In: Rezende, J. *Obstetrícia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan., p. 302-311.
48. Rocha, F. A. A., Fontenele, F. M. C., Carvalho, I. R. de, Rodrigues, I. D. C. V., Sousa, R. A. de, Ferreira Júnior, A. R. (2015). Cuidado no parto e nascimento: percepção de puérperas. *Revista Rene*, 16 (6), 782-789. Obtido em 20 de novembro de 2020, de [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14743/1/2015\\_art\\_faarochoa.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14743/1/2015_art_faarochoa.pdf).
49. Rocha, N. F. F. da, & Ferreira, J. (2020). A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, 44 (125), 556-568. Obtido em 27 de julho de 2020, de <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>.

50. Rodrigues, D. P., Alves, V. H., Penna, L. H. G., Pereira, A. V., Branco, M. B. L. R., & Souza, R. de M. P. de. (2017). O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26 (3), e5570015. Obtido em 03 de novembro de 2020, de <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005570015>.
51. Sá, A. M. P. de, Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Branco, M. R. B. L., Paula, E. de, & Marchiori, G. R. S. (2017). O direito ao acesso e acompanhamento ao parto e nascimento: a ótica das mulheres. *Revista de Enfermagem UFPE*, 11 (7), 2683-2690. Obtido em 30 de outubro de 2020, de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32334>.
52. Salgado, H. de O., Niy, D. Y., & Diniz, C. S. G. (2013). Groggy and with tied hands: the first contact with the newborn according to women that had an unwanted c-section. *Journal of Human Growth and Development*, 23 (2), 190-197. Obtido em 12 de setembro de 2020, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822013000200011&lng=pt&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822013000200011&lng=pt&tlng=en).
53. Santos, J. L. G. dos, Cunha, K. S. da, Adamy, E. K., Backes, M. T. S., Leite, J. L., & Sousa, F. G. M. de. (2018). Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03303. Obtido em 18 de outubro de 2019, de <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017021803303>.
54. Santos, J. L. G., Erdmann, A. L., Sousa, F. G. M., Lanzoni, G. M. M., Melo, A. L. S. F., & Leite, J. L. (2016). Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20 (3). Obtido de <https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160056.pdf>.
55. Santos, R. G. dos, Moreira, J. G., Fonseca, A. L. G. da; Gomes Filho, A. dos S., Ifadireó, M. M. (2019). Violência contra a mulher a partir das teorias de gênero. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 13 (44), 97-117. Obtido em 20 de novembro de 2020, de <https://doi.org/10.14295/idonline.v13i44.1476>.
56. Silva, D. E. S., Lima, K. M. S., Santos, J. M. de J., Menezes, A. F. de, Freitas, C. K. A. C., Leite, A. M., & Mendes, R. B. (2020). Razões maternas da preferência inicial

- pelo tipo de parto em um município do nordeste brasileiro. *Cogitare Enfermagem*, 25, e68997. Obtido em 11 de setembro de 2020, de <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.68997>.
57. Silva, J. R. da, Souza, D. P. de, Melo, P. C. de, Lima, T. S. de, Rodrigues, P. M. da S., Santos, J. M. dos, Vieira, M. J. de O., Silva, A. F. da. (2020). Fatores que influenciam na decisão de escolha da via de parto: revisão integrativa da literatura. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 18, ano 5, ed. 10, 61-76. Obtido em 30 de outubro de 2020, de <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/decisao-de-escolha>.
58. Silva, Ú., Fernandes, B. M., Paes, M. S. L., Souza, M. das D., Duque, D. A. A. (2016). O cuidado de enfermagem vivenciado por mulheres durante o parto na perspectiva da humanização. *Revista de Enfermagem UFPE*, 10 (4), 1273-1279. Obtido em 12 de novembro de 2020, de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1031603>.
59. Siraj, A., Teka, W. & Hebo, H. (2019). Prevalência de desrespeito e abuso durante o nascimento de crianças em instalações e fatores associados, Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19, 185. Obtido de <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2332-5>.
60. Teixeira, P. da C., Antunes, L. S., Duamarde, L. T. de L., Velloso, V., Faria, G. P. G., & Oliveira, T. da S. (2020). Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: a dor que querem calar. *Revista Nursing*, 23 (261), 3607-3615. Obtido em 20 de novembro de 2020, de <http://www.revistanursing.com.br/revistas/261/pg52.pdf>.
61. Teixeira, S. V. B., Silva, C. F. C. S., Silva, L. R., Rocha, C. R., Nunes, J. F. S., & Spindola, T. (2018). Vivências no processo de parturição: antagonismo entre o desejo e o medo. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 10 (4), 1103-1110. Obtido de <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1103-1110>.
62. Universidade Federal do Maranhão. (2016). *Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha*. São Luís: UNA-SUS/UFMA. Obtido de [https://www.unasus.ufma.br/wp-content/uploads/2019/12/isbn\\_redes02.pdf](https://www.unasus.ufma.br/wp-content/uploads/2019/12/isbn_redes02.pdf).

63. Valadão, C. L., & Pegoraro, R. F. (2020). Vivências de mulheres sobre o parto. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32 (1), 91-98. Obtido em 12 de novembro de 2020, de [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922020000100091&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922020000100091&lng=en&nrm=iso).
64. Velho, M. B., Santos, E. K. A. dos, & Collaço, V. S. (2014). Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (2), 282-289. Obtido em 10 de janeiro de 2020, de <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140038>.
65. Velho, M. B., Santos, E. K. A. dos, Brüggemann, O. M., & Camargo, B. V. (2012). Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21 (2), 458-466. Obtido em 10 de janeiro de 2020, de <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200026>.
66. Viana, T. G. F., Martins, E. F., Sousa, A. M. M., Souza, K. V., Rezende, E. M., & Matozinhos, F. P. (2018). Motivo da realização de cesárea segundo relato das mães e registros de prontuários em maternidades de Belo Horizonte. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 22, e-1073. Obtido em 11 de setembro de 2020, de <https://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180003>.
67. Wolff, L. R., & Moura, M. A. V. A. (2004). Institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 8 (2). Obtido em 19 de dezembro de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127717713016.pdf>.

## Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do estudo:** A compreensão de puérperas acerca da violência obstétrica: contribuições para o cuidado

**Pesquisadora responsável:** Ethel Bastos da Silva

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/ Departamento de Ciências da Saúde - Campus Palmeira das Missões

**Telefone:** 3742 88 00 ramal 88 61 ou (55) 91495808

**Endereço postal completo:** Avenida Independência, 3751, sala 5 do bloco de enfermagem 2

**CEP:** 998.300-000 – Palmeira das Missões, RS

**Local da coleta de dados:** Estratégias Saúde da Família - Palmeira das Missões, RS

Eu, Ethel Bastos da Silva, responsável pela pesquisa intitulada **A gestão e o processo de continuidade da assistência à mulher no âmbito da Rede de Atenção à Saúde**, convido você para participar como voluntária deste nosso estudo.

Esta pesquisa faz parte do projeto macro acima citado e tem como título “A compreensão de puérperas acerca da violência obstétrica: contribuições para o cuidado”, tem como objetivo geral compreender e analisar a percepção da puérpera acerca da violência obstétrica durante o parto e o pós-parto.

Acreditamos que o desenvolvimento desta pesquisa contribuirá para o aprimoramento necessário dos aspectos relacionados à atenção e à assistência prestadas à saúde das mulheres, e também subvencionar os profissionais para a agregação de práticas com bases científicas e humanas isentas de violência obstétrica.

A pesquisa será desenvolvida da seguinte maneira: você responderá a uma entrevista. Eu pesquisadora irei ler e apresentar o termo de consentimento para você puérpera. Mediante o aceite, vou apresentar esse termo, que será assinado em duas vias, uma ficará comigo e a outra em sua posse. As entrevistas serão realizadas com o auxílio do recurso de gravação digital de voz para que seja possível o registro das falas.

No caso de você apresentar qualquer desconforto emocional ou não se sentir à vontade para continuar a entrevista, eu estarei disponível para conversar ou até mesmo interromper a entrevista. Caso seja necessário atendimento de um profissional de saúde, eu acompanharei você durante o atendimento na Estratégia de Saúde e me responsabilizarei pelos gastos. Você

tem a possibilidade de recusar-se a participar da pesquisa ou aceitar a participar e retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicarão nenhuma penalização ou prejuízo.

Durante todo o decorrer da pesquisa você terá acesso a esclarecimento de qualquer dúvida e explicações a respeito do estudo. Para isso, entre em contato com os integrantes da pesquisa ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Informamos ainda que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde. Av. Independência, 3751 - Bairro Vista Alegre. CEP 98300-000, Palmeira das Missões, RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade dos pesquisadores.

Após este período, os dados serão destruídos. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

#### Autorização

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informada, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetida, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresse minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais me foi entregue.

---

Assinatura da voluntária

---

Ass. da responsável pela obtenção do  
TCLE

---

Local/ Data



**Apêndice 2. Roteiro de entrevista****Dados sociodemográficos****DADOS DAS ENTREVISTADAS****Nome:****Idade:****Estado Civil:** Casada Divorciada Solteira Separada Viúva União Estável Não Informado**Raça/cor:** Branca Preta Amarela Parda Indígena Não Informado**Escolaridade:** Não sabe ler/escrever Alfabetizado Nível Fundamental Incompleto Nível Fundamental Completo Nível Médio Incompleto Nível Médio Completo Nível Superior Incompleto Nível Superior Completo Não Informado**Renda familiar:**

- Não tem renda
- Menos de 1 Salário Mínimo
- Entre 1 e 2 Salários Mínimos
- Mais de 2 até 5 Salários Mínimos
- Mais de 5 até 10 Salários Mínimos
- Mais de 10 Salários Mínimos
- Não Informado

**Você recebe Bolsa Família?**

- Sim                       Não                       Não sei

**Qual a sua religião?**

- Católica                       Protestante                       Espírita
- Afrodescendente                       Judaísmo                       Não possui

**Perguntas**

1. Quantos filhos você tem?
2. Você fez pré-natal durante esta gravidez? Onde? E, como foi? Fale sobre isso.
3. Durante o pré-natal (pelo SUS) você foi informada sobre os tipos de parto e os benefícios de cada um? Fale sobre isso.
4. No pré-natal você foi informada do local que deveria fazer o parto? Fale sobre isso.
5. Você fez parto no serviço de saúde/hospital do SUS que foi indicado? Fale sobre isso.
6. Como foi seu parto no hospital? Que tipo de parto? Como você foi recebida? Quem te atendeu?
7. Você teve acompanhante de sua escolha no trabalho de parto, parto e puerpério na maternidade? Fale sobre isso.

8. Durante o atendimento no trabalho de parto você foi orientada sobre os cuidados que estavam fazendo? Alguém lhe explicou? Fale sobre isso.
9. Você em algum momento do seu trabalho de parto e parto sentiu-se desrespeitada?
10. Em algum momento você percebeu que vivenciou algum tipo de violência? Por que você acha que não sofreu violência?

## Anexo 1. Normas para submissão na revista “Research, society and development”

RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT

HOME/ Submissões

### Submissões

#### Lista de verificação de preparação de envio

Como parte do processo de submissão, os autores são solicitados a verificar a conformidade de sua submissão com todos os itens a seguir, e as submissões podem ser devolvidas aos autores que não cumprirem essas diretrizes.

O arquivo em Microsoft Word submetido à Revista **não contém** os nomes dos autores; A contribuição é original e inédita, não sendo avaliada para publicação por outro periódico; O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos nas Diretrizes do autor.

#### Diretrizes do autor

##### 1) Estrutura do texto:

- Título nesta seqüência: Português, Inglês e Espanhol.
- Os autores do artigo (devem ser colocados nesta seqüência: nome, ORCID, instituição, e-mail). NOTA: O número do ORCID é individual para cada autor, sendo necessário o registro no DOI, e em caso de erro não é possível o registro no DOI).
- Resumo e Palavras-chave nesta seqüência: Português, Inglês e Espanhol (o resumo deve conter o objetivo do artigo, metodologia, resultados e conclusão do estudo. Deve ter entre 150 e 250 palavras);
- Corpo do texto (deve conter as seções: 1. Introdução, na qual há contexto, problema estudado e objetivo do artigo; 2. Metodologia utilizada no estudo, bem como autores que fundamentam a metodologia; 3. Resultados (ou alternativamente, 3. Resultados e Discussão, renumerando os restantes subitens), 4. Discussão e, 5. Considerações finais ou Conclusão);
- Referências: (Autores, o artigo deve ter no mínimo 15 referências o mais atual possível. Tanto a citação no texto quanto o item de Referências, utilizam o estilo de formatação da APA - American Psychological Association. As referências devem ser completas e atualizadas. em ordem alfabética ascendente, pelo sobrenome do primeiro autor da referência, não devem ser numerados, devem ser colocados em tamanho 12 e espaçamento 1,5, separados entre si por espaço em branco).

## 2) Layout:

- Formato do Word (.doc);
- Escrito em espaço de 1,5 cm, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato A4 e as margens do texto devem ser inferior, superior, direita e esquerda de 2,5 cm .;
- Os recuos são feitos na régua do editor de texto (não pela tecla TAB); Os artigos científicos devem ter mais de 5 páginas.

## 3) Figuras:

A utilização de imagens, tabelas e ilustrações deve seguir o bom senso e, preferencialmente, a ética e a axiologia da comunidade científica que discute os temas do manuscrito. Observação: o tamanho máximo do arquivo a ser enviado é de 10 MB (10 mega).

Figuras, tabelas, gráficos etc. (devem ter sua chamada no texto antes de serem inseridos. Após sua inserção, a fonte (de onde vem a figura ou tabela ...) e um parágrafo de comentário para dizer o que o leitor deve observar é importante neste recurso As figuras, tabelas e gráficos ... devem ser numeradas em ordem crescente, os títulos das tabelas, figuras ou gráficos devem ser colocados na parte superior e as fontes na parte inferior.

## 4) Autoria:

O arquivo word enviado no momento da submissão NÃO deve conter os nomes dos autores.

Todos os autores devem ser incluídos apenas no sistema da revista e na versão final do artigo (após análise pelos revisores da revista). Os autores devem ser cadastrados apenas nos metadados e na versão final do artigo em ordem de importância e contribuição para a construção do texto. NOTA: Os autores escrevem os nomes dos autores com a grafia correta e sem abreviaturas no início e no final do artigo e também no sistema da revista.

O artigo deve ter no máximo 20 autores. Para casos excepcionais, é necessária consulta prévia à Equipe do Jornal.

## 5) Vídeos tutoriais:

- Novo registro de usuário: <https://youtu.be/udVFytOmZ3M>
- Passo a passo da submissão do artigo no sistema da revista: <https://youtu.be/OKGdHs7b2Tc>

## 6) Exemplo de referências APA:

Artigo de jornal:

Gohn, MG e Hom, CS (2008). Abordagens teóricas para o estudo dos movimentos sociais na América Latina. *Caderno CRH*, 21 (54), 439-455.

Livro:

Ganga, GM D.; Soma, TS e Hoh, GD (2012). *Trabalho de conclusão de curso (TCC) em engenharia de produção*. São Paulo: Atlas.

Página da web:

Amoroso, D. (2016). *O que é Web 2.0?* Obtido em <http://www.tecmundo.com.br/web/183-o-que-e-web-2-0->

7) A revista publica artigos originais e inéditos que não sejam postulados simultaneamente em outras revistas ou corpos editoriais.

8) Dúvidas: Qualquer dúvida envie um email para [rsd.articles@gmail.com](mailto:rsd.articles@gmail.com) ou [dorlivete.rsd@gmail.com](mailto:dorlivete.rsd@gmail.com) ou WhatsApp (55-11-98679-6000)

## **Aviso de direitos autorais**

Os autores que publicam com esta revista concordam com os seguintes termos:

- 1) Os autores mantêm os direitos autorais e concedem ao periódico o direito de primeira publicação com o trabalho simultaneamente licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons que permite que outros compartilhem o trabalho com um reconhecimento da autoria do trabalho e publicação inicial neste periódico.
- 2) Os autores podem celebrar acordos contratuais adicionais separados para a distribuição não exclusiva da versão publicada do periódico do trabalho (por exemplo, postá-lo em um repositório institucional ou publicá-lo em um livro), com um reconhecimento de sua versão inicial publicação neste jornal.
- 3) Os autores são permitidos e encorajados a postar seus trabalhos online (por exemplo, em repositórios institucionais ou em seus sites) antes e durante o processo de submissão, pois isso pode levar a trocas produtivas, bem como a citações anteriores e maiores de trabalhos publicados.

## Declaração de privacidade

Os nomes e endereços informados a esta revista são de uso exclusivo e não serão repassados a terceiros.

Base de Dados e Indexadores: [Base](#), [D](#) [iadorim](#), [S](#) [umarios.org](#), [D](#) [OICrossref](#), [D](#) [ialnet](#), [S](#) [cholar](#) [G](#) [oogle](#), [R](#) [edib](#), [D](#) [oaj](#), [L](#) [atindex](#), [P](#) [ortal de Periódicos CAPES](#)

**Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento - ISSN 2525-3409**



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](#).

Editores de CDRR. Avenida Sulim Abramovitc, 100 - Centro, Vargem Grande Paulista - SP, 06730-000

E-mail: [rsd.articles@gmail.com](mailto:rsd.articles@gmail.com) | WhatsApp +55 11 98679-6000

## Anexo 2. Parecer consubstanciado do CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA MARIA/ PRÓ-  
REITORIA DE PÓS-  
GRADUAÇÃO E PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A GESTÃO E O PROCESSO DE CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA À MULHER NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

**Pesquisador:** Giovana Dorneles Callegaro

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 26328919.1.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.798.149

#### Apresentação do Projeto:

Trabalho de conclusão de curso vinculado ao Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM, Campus Palmeira das Missões. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva com uso da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

Será realizado contato com as enfermeiras responsáveis pelas ESF e Hospital de Caridade de Palmeira das Missões para obter informações acerca das mulheres. O primeiro grupo amostral será constituído pelas mulheres que estiverem vivendo em diferentes ciclos de vida. A partir da análise/codificação dos achados do primeiro grupo amostral, novos participantes podem ser inseridos(enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde, médicos, dentre outros). A escolha das participantes será por busca ativa via contato telefônico e agendamento nas unidades e no hospital. Para a coleta de dados será utilizada a entrevista aberta semiestruturada com perguntas abertas e fechadas, utilizando-se do recurso de gravação digital. Os prontuários serão analisados para a identificação de dados referentes a assistência prestada pelo profissional. Pretende-se alcançar uma amostragem teórica de aproximadamente 100 participantes do estudo. Apresenta critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos de pesquisa.





UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA MARIA/ PRÓ-  
REITORIA DE PÓS-  
GRADUAÇÃO E PESQUISA



A estruturação proposta para a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) indica a codificação sistemática e constante dos dados coletados a partir de uma questão de pesquisa claramente definida: codificação inicial, codificação focalizada, redação do memorando, revisão dos memorandos. Contém cronograma de execução e orçamento.

**Objetivo da Pesquisa:**

- Compreender como ocorre a gestão e o processo de continuidade da assistência à mulher incluindo desde o nascimento até o envelhecimento, frente as transformações biológicas, físicas e sociais, assim como nas intercorrências vividas durante o ciclo vital, a partir de suas múltiplas dimensões e necessidades de cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde;
- Coletar informações socioeconômicas e demográficas para melhor conhecer as mulheres usuárias que acessam os serviços de saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: é possível que aconteçam riscos e desconfortos, em caso de desconfortos seja ele físico, emocional ou cognitivo, a pesquisadora estará disponível para conversar ou interromper a entrevista a qualquer momento.

Benefícios: os benefícios que esperamos com o estudo são compreender como ocorre a gestão e o processo de continuidade da assistência à mulher incluindo desde o nascimento até o envelhecimento, frente as transformações biológicas, físicas e sociais, assim como nas intercorrências vividas durante o ciclo vital, a partir de suas múltiplas dimensões e necessidades de cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde, para subsidiar que melhores as práticas sejam adotadas e aplicadas neste cenário de cuidado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta folha de rosto da página da Plataforma Brasil, registro na plataforma de projetos da UFSM, autorizações institucionais, termo de confidencialidade, termo de consentimento livre e esclarecido, instrumento de coleta de dados.

**Recomendações:**

Uma vez que o TCLE mantém termos pouco coloquiais como "múltiplas dimensões", "ferramentas analíticas", o mesmo deverá ser apresentado às mulheres do primeiro grupo amostral.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**



UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA MARIA/ PRÓ-  
REITORIA DE PÓS-  
GRADUAÇÃO E PESQUISA



Sem inadequações ou pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O proponente do projeto é responsável por eventuais danos comprovadamente decorrentes da realização da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACÕES BÁSICAS DO PROJETO_1481240.pdf	30/12/2019 16:23:29		Aceito
Declaração de Pesquisadores	CONFIDENCIALIDADE3012.docx	30/12/2019 16:22:58	Giovana Dorneles Callegaro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMULHERFINAL OKok.doc	30/12/2019 16:22:08	Giovana Dorneles Callegaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMULHER3012.docx	30/12/2019 16:21:18	Giovana Dorneles Callegaro	Aceito
Outros	AjustesprojetoMulher.docx	11/12/2019 23:39:08	Giovana Dorneles Callegaro	Aceito
Outros	projeto64157GAP.pdf	10/12/2019 22:03:15	Giovana Dorneles Callegaro	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	28/11/2019 16:42:44	Giovana Dorneles Callegaro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Documentoubs.pdf	28/11/2019 16:18:30	Giovana Dorneles Callegaro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Documentohospital.pdf	28/11/2019 16:14:28	Giovana Dorneles Callegaro	Aceito

**Situação do Parecer:** Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:** Não

SANTA MARIA, 10 de Janeiro de 2020



UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA MARIA/ PRÓ-  
REITORIA DE PÓS-  
GRADUAÇÃO E PESQUISA



---

**Assinado por:**  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
**(Coordenador(a))**