

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

Raquel Nunes Damian

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PÓS PARTO: A DOR EXPRESSA NO RELATO DE
PUÉRPERAS**

FLORIANÓPOLIS
2019

Raquel Nunes Damian

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PÓS PARTO: A DOR EXPRESSA NO RELATO DE
PUÉRPERAS**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina:
Trabalho de conclusão de curso II (INT5182), do Curso
de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção
do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Ariane Thaise Frello Roque.

FLORIANÓPOLIS
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Damian, Raquel Nunes
Violência Obstétrica no pós parto : a dor expressa no
relato de puérperas / Raquel Nunes Damian ; orientadora,
Ariane Thaise de Frello Roque, 2019.
71 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Enfermagem. I. Roque, Ariane Thaise de Frello . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Enfermagem. III. Título.

Raquel Nunes Damian

Violência Obstétrica no Pós Parto: A dor expressa no relato de puérperas

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Bacharel em Enfermagem” e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 02 de dezembro de 2019.

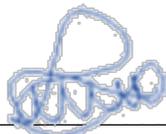


Prof. Dra. Felipa Rafaela Amadigi
Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:



Prof. Dra. Ariane Thaise Frello Roque
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientadora



Prof. Dra. Margarete Maria de Lima
Universidade Federal de Santa Catarina



Enfa. Dra. Patricia Klock
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho a Deus, meu refúgio e fortaleza.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente e, acima de tudo, agradeço a Deus por me dirigir no caminho da enfermagem e ser meu guia nos caminhos que resultaram na conclusão do meu sonho.

Aos meus queridos familiares: César, Gabriela e Bruno que acreditaram em mim, me incentivaram e encorajaram para alcançar meus objetivos. Sem a força de vocês eu não teria chegado até aqui!

Aos meus netinhos amados Noah e Leo, por me realçar o sentido da vida e desejar ser melhor. Aos demais familiares por contribuírem com suas orações e incentivos para prosseguir.

À minha querida orientadora, Prof^a Dr^a Ariane Thaise Frello Roque, pela paciência, dedicação e, acima de tudo, pela confiança no desempenho deste projeto, pois, sei da importância que ele tem pra ti. Te admiro como pessoa maravilhosa que és e pela profissional exemplar e competente.

Agradeço imensamente à querida Prof^a Dr^a Margarete Maria de Lima que, frente à coordenação ao Grupo de Gestantes e Casais Grávidos, concedeu permissão para minha participação no grupo e, conseqüentemente, contribuiu para incrementar conhecimentos e experiências ímpares para a compreensão do ser humano.

Aos demais professores, agradeço pelo compartilhamento de conhecimentos que me serviram de luz e guia

Às queridas amigas/irmãs Amanda de Oliveira Fernandes, Amanda Santos de Souza, Juliana Regina Estácio de Lima, Yasmim Diógenes Correia e Michele Semião, pelo carinho, atenção, companheirismo, cumplicidade e cuidados dispensados; juntas derramamos lágrimas, tanto de tristezas como de alegria, esboçamos sorrisos de alegria e satisfação e mantivemos nossas mãos unidas (mesmo separadas fisicamente) no rumo ao nosso alvo. Vocês estarão para sempre no meu coração!

Aos meus colegas de turma, pelas experiências de crescimento e desenvolvimento que me proporcionaram, tanto como pessoa e como futura profissional.

Às minhas queridas amigas Alessandra Catarina, Maria Eduarda Goulart e Maria Luiza Dutra, por me acolher “no meio do caminho” e enriquecerem minha trajetória!

Aos participantes da banca de avaliação deste trabalho, que com certeza contribuíram muito para sua melhoria e finalização. Obrigada por disporem seu tempo, conhecimento e dedicação.

*“Vem, mamãe, de mãos dadas somos
mais fortes, somos mais doces, somos
mais plenas, somos mais amor...”
(Cantos de Gaia)*

RESUMO

Introdução: A violência contra a mulher figura no cotidiano das cidades, do país e do mundo como um fenômeno antigo, o qual vem assediando as mulheres no decurso da história. Em meio às diversas formas de violência contra a mulher, encontra-se a violência obstétrica, cuja expressão se aplica na descrição de copiosas ações de violência, contra a mulher, e é empregada para descrever e incluir inúmeras ações de violência durante a prática obstétrica profissional. A despeito de todas as táticas e a incansável diligência na instituição da humanização a fim de gerar um cuidado obstétrico e neonatal de qualidade com dignidade, ainda há numerosos relatos de puérperas descrevendo violências sofridas nesse período, violando seus direitos ao respeito e dignidade. **Objetivo:** Descrever as violências obstétricas no pós-parto, sofridas por puérperas participantes de um grupo de gestantes e casais grávidos. **Método:** pesquisa de caráter descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Coleta de dados realizada em documentos armazenados no banco de dados do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos de Universidade Federal de Santa Catarina. As participantes foram puérperas que registraram seus relatos nos reencontros dos grupos, totalizando 56 participantes; destes, foram destacados 13 relatos que continham vivências de violência obstétrica. A análise de dados foi realizada conforme análise de conteúdo de Minayo. **Cuidados éticos:** Em conformidade a Resolução 466/2012. Projeto vinculado ao macroprojeto de pesquisa intitulado “20 Anos do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos: Trajetória Histórica, Perfil, Impacto, Percepções e Contribuições para os Envolvidos”, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob parecer 2.051.643, CAAE 63797417.4.0000.0121. **Resultados:** os resultados obtidos geraram um manuscrito com o objetivo de descrever as violências obstétricas vivenciadas no puerpério, resultando na definição de uma categoria principal, “atendimento desumanizador e degradante”, subdividida em sete subcategorias: omissão de informações; apoio desumanizado à amamentação; atendimento desumanizado; informações prestadas em linguagem pouco acessível; culpabilização, desprezo e humilhação; ameaça e coação; e descaso e abandono. Neste estudo, foi perceptível a incidência maior de violência obstétrica referente à subcategoria de “apoio desumanizado à amamentação, sucedido por “informações repassadas em linguagem pouco acessível”. Foi constatado que é necessário ouvir e acatar os relatos dessas mulheres como uma forma de contribuição para o seu enfrentamento; que os profissionais de saúde necessitam empreender um cuidado humanizado efetivo; e que se faz necessário mais estudos frente ao assunto. **Considerações finais:** o presente estudo, apesar de ter encontrado limitações devido à escassez de literatura sobre o tema, é passível de fornecer importantes contribuições para o desenvolvimento de um cuidado embasado na humanização na diligência da abolição da violência obstétrica.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Puerpério. Humanização. Enfermagem.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEDAW	Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
HGT	Hemoglicoteste
HU	Hospital Universitário
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
P	Puérpera
PHPN	Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento
PL	Projeto de Lei
PNAISM	Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PP	Plano de Parto
PSSI	Primeira Semana de Saúde Integral
RN	Recém-nascido
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
VO	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO DO ESTUDO	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 PUERPÉRIO	15
3.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	17
3.1.1 LEGISLAÇÃO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	21
3.2 HUMANIZAÇÃO	22
4 MÉTODO	26
4.1 TIPO DE ESTUDO	26
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	26
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	29
4.4 COLETA DOS DADOS	30
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	30
4.6 CUIDADOS ÉTICOS	30
5 RESULTADOS	32
5.1 MANUSCRITO: A DOR NO RELATO DE MULHERES QUE VIVENCIARAM VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	56
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética	63
ANEXO B -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	67
ANEXO C – Parecer final do orientador	71

1 INTRODUÇÃO

Em sua origem a violência constitui-se em um fenômeno social, transformando-se em um problema pertinente de saúde à medida que origina danos, lesões, incapacidades e/ou mortes, se destacando pelo número de vítimas e a magnitude das sequelas orgânicas e emocionais que produz, a violência assume uma condição endêmica e se transfigura em problema de saúde pública em vários países, inclusive no Brasil, sendo responsável por grande número de mortes, de adoecimentos e de sequelas nos indivíduos (ARAÚJO et al., 2010; BRASIL, 2013)

A organização mundial da saúde (OMS) define a violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p. 5).

Pela sua extensa magnitude, podemos nos deparar com outras definições, algumas pareantes, outras que se divergem entre si, porém, por ser um fenômeno abstruso advindo de diversa causas como, também, poder abranger todas as pessoas e as afetar emocionalmente, a violência furtiva-se de qualquer conceito absoluto (COELHO; SILVA; LINDNER, 2014; MINAYO, 2006).

Como tipos de violência podemos citar: a criminal, a institucional, a coletiva, a interpessoal, a cultural, a auto infligida, a física, sexual, psicológica, a negligência, o abandono e/ou a privação de cuidados, as quais afeta os indivíduos de forma específica e diferenciada, neste caso, destacando as mulheres (BRASIL, 2013).

Dentre os diversos tipos de violência, têm-se a violência contra a mulher que figura no cotidiano das cidades, do país e do mundo como um fenômeno antigo, o qual vem assediando as mulheres no decurso da história (TELLES; MELO, 2017; ZANARDO et al., 2017).

Muitas vezes entendido como sinônimo de violência de gênero, a violência contra mulher é definida pela assembleia geral das nações unidas como todo ato de violência contra a pessoa do sexo feminino, que tenha ou possa ter como resultado um dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, inclusive as ameaças de tais atos, a coação ou a privação da liberdade tanto na vida pública como na privada (SILVA; OLIVEIRA, 2015)

Em meio às diversas formas de violência contra a mulher, encontra-se a violência obstétrica (VO), cuja expressão se aplica na descrição de copiosas ações de violência, contra a mulher, e é empregada para descrever e incluir inúmeras ações de violência durante a prática obstétrica profissional, reunindo maus tratos físicos, psicológicos e verbais, bem como procedimentos desnecessários e invasivos, não só durante o parto, mas em todo o decurso da

gestação, parto e puerpério, provocando a violação da dignidade e do devido respeito às mulheres (TESSER *et al.*, 2015; PEREIRA *et al.*, 2016).

Corroborando com o exposto, Tesser e colaboradores (2015) detalham, um pouco mais, essas formas de violência, avultando o abandono, a negligência, o cuidado indigno e a recusa ou má assistência em todo e/ou qualquer uma das etapas obstétricas, portanto, incluindo o puerpério.

O puerpério, ou pós-parto, concerne ao período de tempo variável, cronologicamente impreciso, que tem seu início logo após o parto, ultimando quando as alterações geradas por todo o processo de gestação retornam às condições normais (BRUGGEMANN; OLIVEIRA; SANTOS, 2011). É uma fase em que ocorrem quedas hormonais bruscas, provocando modificações internas e externas, caracterizando-se como um período repleto de transformações biopsíquicas, onde a mulher continua a demandar intenso cuidado e proteção (ANDRADE *et al.*, 2015).

Neste sentido, o cuidado deve ser integral, levando-se em conta as necessidades de saúde da mulher nas suas múltiplas dimensões, ou seja: emocionais, sociais, econômicas, espirituais, culturais, físicas e intelectuais. A privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres devem ser respeitadas e a tomada de decisões, no processo de cuidar, deve ser compartilhada (BRUGGEMANN; OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

O Ministério da Saúde, ao longo dos anos, desenvolveu estratégias que visam um novo modelo de assistência ao parto, buscando atender as parturientes de forma humanizada e reduzir bruscamente as intervenções desnecessárias. Nessa perspectiva, em 2002, através da Portaria/GM nº 56, de 1/6/2000, estabeleceu o programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN), que tem como principal objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido. Como um outro exemplo, podemos citar a portaria 1.459/11, a qual institui a rede cegonha no âmbito do sistema único de saúde (SUS), a qual é organizada em quatro pilares, sendo, um deles, a atenção à mulher em seu puerpério (BRASIL, 2011); a política nacional de atenção à saúde da mulher (PNAISM); a política nacional de humanização (PNH), entre outras.

A despeito de todas as táticas e a incansável diligência na instituição da humanização a fim de gerar um cuidado obstétrico e neonatal de qualidade com dignidade, ainda há numerosos relatos de puérperas descrevendo violências sofridas nesse período, violando seus direitos ao respeito e dignidade (BRASIL, 2003; PEREIRA *et al.*, 2016).

No decorrer de meus estudos como aluna do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mais precisamente na sexta fase, durante a disciplina o cuidado no processo de viver humano V - Saúde da Mulher, do Neonato, da Criança e do Adolescente, foi aguçado meu interesse pela obstetrícia, como futura enfermeira. Durante as atividades teórico-práticas realizadas nessa fase pude ter uma aproximação maior com as gestantes e futuras mães, com o pré-natal e com o puerpério

Neste cenário foi possível ratificar a relevância do enfermeiro e da consulta de enfermagem realizada durante o pré-natal e no pós-parto, no desempenho do cuidado humanizado neste acompanhamento, diligenciando o educar, conscientizar, criar vínculos e um nexo de confiabilidade com as mães.

Este encanto e predileção pela área da saúde da mulher e obstetrícia gerou minha condução à participação, como bolsista voluntária, em um grupo de gestantes e casais grávidos, o qual está vinculado ao Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU).

Referenciando, um pouco mais, o Grupo de Gestantes e Casais Grávidos, se faz importante ressaltar que, em torno de um mês após o nascimento do último bebê de cada grupo, é realizado um reencontro no qual as mulheres, agora puérperas, têm a possibilidade de relatar sobre os acontecimentos relativos ao seu parto e puerpério; durante esses reencontros é que foi evocada a atenção para os relatos de violência obstétrica no puerpério, e o surgimento do interesse maior em realizar o estudo no referido tema.

Assim sendo, foi constatado que ouvir e atentar às violências experienciadas pelas puérperas é um modo de compungir o olhar, a compreensão dos profissionais sobre a imperiosa necessidade de esmero, dedicação e cuidado humanizado para com a mulher.

Neste sentido, o enfermeiro e demais profissionais de saúde devem oportunizar a expressão de sentimentos vivenciados pela mulher durante o puerpério.

Diante do exposto e considerando a relevância do tema, surgiu o interesse em inteirar-me sobre as violências obstétricas sofridas por estas puérperas.

Neste contexto, levantou-se o seguinte questionamento: quais as violências obstétricas sofridas no pós-parto relatadas por puérperas participantes de um grupo de gestantes e casais grávidos?

2 OBJETIVO DO ESTUDO

Conhecer as violências obstétricas no pós-parto, sofridas por mulheres participantes de um Grupo de Gestantes e Casais Grávidos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Foi realizada uma revisão narrativa com os descritores: Violência obstétrica, Puerpério e Humanização, através de pesquisa em artigos e documentos do Ministério da Saúde, literaturas, base de dados SCIELO, Portal CAPES E LILACS, no período de abril a junho de 2019, organizando esta revisão em três tópicos: puerpério, violência obstétrica e humanização.

3.1 PUERPÉRIO

O puerpério é o período que, apesar de cronologicamente variável, tem seu início após a dequitação da placenta e se última quando o corpo retoma ao estado anterior à gestação, podendo empreender um tempo de seis ou mais semanas (SILVA *et al*, 2017; SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013); “nas mulheres lactantes, este período pode ser maior, dependendo da duração da lactação” (BRUGEMANN *et al*, 2011, p.181).

De acordo com Brugemann *et al* (2011), o puerpério pode ser classificado em Puerpério Imediato – com início logo após a dequitação se estendendo até o 10º dia pós-parto; Puerpério Tardio – 11º dia até o 45º dia pós-parto; e Puerpério Remoto – iniciado no 46º dia estendendo-se até o completo restabelecimento das alterações geradas pela gestação e parto, e o regresso dos ciclos menstruais e ovulatórios normais.

Reforçando o exposto acima, o manual de Pré-Natal, Parto e Puerpério (FEBRASGO, 2010, p.176) coloca que:

O puerpério é o período do ciclo gravídico puerperal em que as modificações locais sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam ao estado Pré-gravídico. Inicia-se em uma hora após o parto e termina quando a mulher deixa de sofrer o processo de amamentação ocorrendo o retorno menstrual, ovulação e demais modificações físicas e emocionais.

Durante esta fase, a mulher experimenta inúmeras alterações no organismo como um todo, podendo acarretar instabilidades psíquicas e emocionais, as quais podem provocar vulnerabilidades à puérpera (SILVA *et al*, 2017); “é o período em que a mulher sente a perda do corpo gravídico e o não retorno imediato do corpo original, refletindo em mudanças tanto físicas quanto emocionais” (BRASIL, 2012, p. 266).

Como alterações anatômicas e fisiológicas podemos citar as marcadas pela involução uterina que se inicia no puerpério imediato e progride para que o útero materno retorne a pelve por volta do 10º dia de pós-parto; a loqueação, fenômeno derivado da hemorragia local da implantação da placenta e produtos da cavidade uterina formam os lóquios, tendo também, como um aspecto importante de ser observado, a coloração os quais, nos primeiros três dias são

sanguinolentos, do quarto ao décimo dia ficam mais escuros e a partir do 11º dia se tornam amarelos e depois esbranquiçados; a vagina, vulva e períneo também sofrem modificações, podendo apresentar pequenas lacerações, equimoses, edemas; os demais órgãos como aparelho urinário, sistema cardiovascular, ovários, pele e sistema digestório também sofrem alterações e precisam de atenção durante o puerpério (ZAMPIERI *et al.*, 2010).

Afora do anteriormente citado, o puerpério é, também, considerado um momento vulnerável para a ocorrência de transtornos psiquiátricos na mulher, onde o estado mental da mãe pode afetar o bebê nos aspectos comportamentais e pode influenciar no aparecimento de distúrbios no desenvolvimento (RONCALLO *et al.*, 2015). Nesse sentido, o pós-parto pode se caracterizar por sentimentos ambivalentes como euforia e alívio; desconforto, medo, ansiedade, insegurança e medo em não ser uma boa mãe ou mulher (STRAPSSON; NADEL, 2010). A disforia puerperal, a depressão pós-parto e a psicose puerperal, têm sido classicamente relacionadas ao pós-parto, além de que, atualmente, observa-se que os transtornos ansiosos também estão associados a esse período (CANTILINO *et al.*, 2010).

Como é possível perceber, é um momento bastante delicado para a mulher, pois, compreende o cuidado com o bebê e as transformações físicas e emocionais, no cotidiano e nas relações sociais; é frequente perceber nas mulheres, durante o puerpério, sentimentos contraditórios como desconforto/conforto, opressão, angústia/alívio, além de outros como medo, frustração, ansiedade, incapacidade; os episódios de tristeza, ocasionados pelas bruscas mudanças hormonais, são frequentes logo após o parto, podendo persistir por algumas semanas, carecendo de apoio por parte de familiares e profissionais de saúde (BRASIL, 2016).

O processo de nascimento, considerado como trabalho de parto, parto e pós-parto, se dá a partir de uma boa relação entre a equipe de saúde, a mulher e sua família, pois estes juntos vivenciam um momento intenso de transformações em suas vidas (COSTA, 2015). Esta é uma situação especial, quando a mulher merece atenção, tranquilidade e acompanhamento especializado por profissionais qualificados, desde o pré-natal até o pós-natal ou puerpério imediato (BARACHO, 2007)

Barbosa *et al.* (2018) apresenta o puerpério como um período de modificações biopsicossociais na vida da mulher, sendo habitual sentir-se emocionalmente vulnerável frente à insegurança, ansiedade e dúvidas que entremeiam os cuidados com o recém-nascido, com os demais familiares e consigo mesma, perseverando a necessidade de reorganização social e adaptação a um novo papel. O mesmo autor ressalta que a mulher vivencia um repentino aumento de responsabilidade por tornar-se provedora de cuidados a um ser indefeso, podendo acarretar privação de sono, isolamento social e estresse. Acrescenta que

[...] é preciso reestruturação da sexualidade, da imagem corporal e da identidade feminina. Devido a isso, é necessário que o cuidado nesse período não envolva somente a dimensão biológica, mas que ele também contemple a dimensão psicológica, afetiva e social da mulher (BARBOSA *et al*, 2018, p. 174).

Nessa perspectiva, Alves et al., (2018), corrobora quando assevera que nesse período, a mulher além de vivenciar as alterações anatômicas e funcionais, apercebe-se das necessidades de mudar e/ou abdicar de certas rotinas as quais lhes impões limitações, novas responsabilidades e as adequações necessárias à vivência de novas situações; assim sendo, a mulher precisa adaptar-se a seu filho e a seu papel de mãe; apercebe-se, com profundidade, que é responsável pela sobrevivência de seu filho e com a insegurança em relação aos cuidados do bebê.

Sendo este um período onde a mulher está mais vulnerável a alterações emocionais, necessitando de atenção e ser assistida por uma equipe de saúde, assim como a possibilidade da existência de diversas intercorrências que podem surgir no período puerperal, Souza e Fernandes (2014) alegam que é de extrema importância que a equipe esteja em contato com essa mãe, usufruindo desse momento de sensibilidade da mulher para atender suas necessidades

3.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A organização mundial da saúde (OMS) define a violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG *et al.*, 2012, p. 5).

Pela sua extensa magnitude, podemos nos deparar com outras definições, algumas pareantes, outras que se divergem entre si, porém, “por ser um fenômeno complexo e multicausal que atinge todas as pessoas e as afeta emocionalmente, a violência foge a qualquer conceituação precisa e cabal” (COELHO; SILVA; LINDNER, 2014; MINAYO, 2006, p. 21).

A violência é um fato humano e social, perfunde de maneira histórica, abrangendo todas as classes e segmentos sociais, como também, de forma individual, inerente no âmago do ser de cada um de forma peculiar; assim sendo, pode apresentar-se de diversas conformações como: violência criminal, estrutural, institucional, interpessoal, intrafamiliar, autoinfligida, cultural, racial, entre outras (NJAINÉ; ASSIS; CONSTANTINO, 2014).

Muitos são os tipos de violência existentes e, dentre elas, destacamos a violência obstétrica (VO), a qual consiste na descrição de copiosas ações de violência, contra a mulher, e é empregada para descrever e incluir inúmeras ações de violência durante a prática obstétrica profissional, reunindo maus tratos físicos, psicológicos e verbais, bem como procedimentos desnecessários e invasivos, não só durante o parto, mas em todo o decurso da gestação, parto e puerpério, provocando a violação da dignidade e do devido respeito às mulheres (TESSER *et al*, 2015; PEREIRA *et al*, 2016).

Ampliando o exposto acima, Sauaia e Serra (2016), definem a VO como uma forma de violência de gênero que implica em violação de direitos humanos, caracterizada pela imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das parturientes, perpetrada pelos profissionais de saúde, bem como pelas instituições (públicas e privadas) nas quais tais mulheres são atendidas; consiste, pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos agentes de saúde, um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda de autonomia da parturiente e da sua capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, o que pode culminar com consequências negativas e desastrosas para a qualidade de vida das mulheres.

Juarez *et al.* (2012) apresenta a VO como qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que tange ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, apresentados através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos.

Para Tesser *et al.* (2015), a expressão “violência obstétrica” é utilizada para descrever e incluir diversas formas de violência durante a prática obstétrica profissional. Agrupa maus tratos físico, psicológico e verbal, assim como procedimentos desnecessários e danosos.

Pereira *et al.* (2016) explicita que, no mundo inteiro, são constantes os relatos sobre maus-tratos sofridos pelas mulheres, não só durante o parto, mas em todo o processo da gestação, parto e puerpério, que infringem a dignidade e respeito a elas.

Segundo Bowser e Hill (2010), há várias formas de violência obstétrica como: abuso físico, cuidado indigno, abuso verbal, imposição de intervenções não consentidas, abandono, negligência ou recusa da assistência.

Ciello e colaboradores (2012), dentro do Dossiê sobre Violência Obstétrica – “Parirás com dor” -, enfatizam que as condutas que caracterizam a VO são todos aqueles perpetradas contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser realizadas por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis, de acordo com o abaixo relacionado:

Caráter físico: atos que atinjam o corpo da mulher, que prejudiquem, causem dor ou dano físico, independente da intensidade;

Exemplos: privação de alimentos, impedimento à movimentação, tricotomia, manobra de Kristeller, administração de ocitocina (como rotina), cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.

Caráter psicológico: toda expressão verbal ou comportamental que infunda na mulher sentimentos de vulnerabilidade, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, inferioridade, ludibriamento, alienação, abandono, perda de integridade, dignidade e valor.

Exemplos: humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, ameaças, omissão de informações, mentiras, chacotas, piadas, informações em linguagem de difícil compreensão, desrespeito ou desconsideração de suas referências culturais.

Caráter sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, acometendo seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo, ou não, ter acesso aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.

Exemplos: lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, episiotomia, assédio, exames de toque constantes ou agressivos, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento.

Caráter institucional: atos ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública.

Exemplos: omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.

Caráter material: ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica.

Exemplos: cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante.

Caráter midiático: são as ações exercidas por profissionais através de meios de comunicação, direcionadas a infringir psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos

publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação.

Exemplos: apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que toda mulher tem direito a uma assistência digna e respeitosa, durante todo o período de gestação e parto, independentemente da classe social, ou nível educacional. Qualquer ato desrespeitoso, abuso ou maus tratos equivale a uma violação dos direitos fundamentais das mulheres (OMS, 2014).

De acordo com a Estumano *et al.* (2017), grande parte das mulheres não tem conhecimento de que estão vivenciando a VO durante o parto, quando seu direito de escolha não é prezado, nem tão pouco assegurado, estabelecendo vulnerabilidade à mulher, ficando exposta as intervenções do profissional. Por esta razão sentem-se coagidas e permanecem em silêncio pelo medo da retaliação, e do abandono da equipe receando pela vida do próprio filho (PÉREZ; OLIVEIRA; LAGO, 2015).

A violência obstétrica resulta em sérias lesões aos direitos reprodutivos da mulher, os quais se apresentam de inúmeras formas, não só durante o parto, mas em todo atendimento obstétrico; dentre as formas de violência encontram-se: violência física, os abusos verbais e humilhações, a proibição de acompanhante, como, também, o cuidado negligente durante o parto, que acaba gerando complicações tanto pra mãe quanto pro bebê, tratamento esse que transgride seus direitos à um cuidado digno e respeitoso (OMS, 2014).

Os procedimentos citados, assim como muitos outros, são nefastos à saúde contribuindo para o aumento da dor e conseqüentemente o sofrimento no processo de parto, podendo vir ocasionar traumas, tanto físicos como psicológicos à mulher (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Soares e colaboradores (2015) acrescentam que o excesso de intervenções, a medicalização desnecessária, bem como uso de linguajar insultuoso, pode fazer com que as mulheres fiquem traumatizadas e desenvolvam problemas como depressão, traumas, o receio de ter outros filhos e problemas na sexualidade.

Conforme estudo realizado por Souza (2014), bastante amplas são as chances da mulher que foi acometida por uma violência, seja ela física ou verbal relacionada aos serviços de saúde, desenvolver uma depressão pós-parto.

A gestação e o momento do parto são períodos, nos quais, de uma certa forma, a mulher se encontra vulnerável, sendo de fundamental importância para a sua saúde mental, o apoio da família e de todos os profissionais que assistem.

Em um estudo realizado por Schwab; Marth e Bergant (2012), foi realizada uma avaliação do impacto do parto no desenvolvimento de transtornos em mulheres, e destacou que 60% das que passaram por uma história de parto traumático, manifestaram sintomas depressivos nas primeiras semanas após o parto.

Complementando, Progianti, Araújo e Mouta (2008), registram que os sentimentos vivenciados pelas mulheres devido a episiotomia e outros procedimentos realizados, pode gerar traumas, pois, a implementação de tais condutas, além de causarem incômodos físicos e dor, afetam sua imagem corporal e interferem negativamente sobre sua sexualidade.

Conforme Souza, Rattner e Gubert (2017) a depressão pós-parto está associada diretamente à violência institucional sofrida pela mulher por meio dos cuidados obstétricos e à falta de humanização dos profissionais.

Assim sendo, necessário se faz o reconhecimento do processo de humanização na atenção prestada à saúde mulher em todas as etapas da gestação, como um direito fundamental da mesma, visto que a negligência nesse cuidado pode causar grandes impactos tanto físico como psicológicos em sua vida (CUNHA, 2015).

3.1.1 Legislação violência obstétrica

Njaine, Assis e Constantino (2014) apresentam, de forma generalizada, a violência como um caso não tipicamente médico, mas, fundamentalmente, um problema social que perpassa ao longo da história e as transformações da humanidade, e, assim, inevitavelmente, acarretando sua nefasta contribuição para a saúde, provocando óbitos, lesões e traumas físicos, como, também, inúmeras injúrias mentais, emocionais e espirituais, diminuindo a qualidade de vida das pessoas e da coletividade.

Conforme Sauaia e Serra (2016), o sistema jurídico brasileiro ainda não conta com uma legislação específica para o tema, porém, partindo da constatação das maléficas contribuições da violência, neste caso especificamente a violência obstétrica, a mobilização dos órgãos governamentais se faz presente e atuante, através de diversas ações como:

- Decreto 4.377 de 12/2002, o qual promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência Contra a Mulher (BRASIL, 2002).
- Projeto de Lei 7.867/17, que dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para atenção à gravidez, parto, abortamento e puerpério (BRASIL, 2017).

A nível Estadual, a Lei 17.097, de 17/01/2017, dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina e, acentua que “considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital ou clínica, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério” (SANTA CATARINA, 2017).

Partindo do pressuposto de que Lei, em sentido jurídico,

é um texto oficial, que abarca um conjunto de normas, ditadas pelo poder constituído (Poder Legislativo), que integra a organização do Estado, sua elaboração é disciplinada por norma constitucional, derivada do poder originário (todo poder emana do povo) e o Estado garante sua execução compulsória (coativa) (SCHMIEGUEL, 2010, p.131),

podemos emanar a segurança de que a VO possui subsídios legais palpáveis para ser refutada.

Nesse contexto, Cunha (2015) assevera que ainda que no Brasil não exista uma lei que integre a VO, o quadro pode ser revertido com a busca na implantação efetiva do parto humanizado, no intuito de garantir os direitos fundamentais das parturientes.

3.2 HUMANIZAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado através da Lei 8.080, em 1990, é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, cingindo desde o simples atendimento para verificação da pressão arterial, por meio da Atenção Básica, até o transplante de órgãos, assegurando acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Através da concepção do SUS, foi estabelecido o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. “A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde” (CAIAFA, 2019).

Ao longo de décadas, a humanização das práticas e da atenção à saúde são motivo de discussões em todo o mundo. Nacionalmente falando, tem se tornado matéria frequente na literatura científica, notadamente debatida (MOREIRA et al., 2014); ainda segundo os mesmos autores,

O conceito de humanização é polissêmico, engloba inúmeros enunciados e é permeado por imprecisões. Entretanto, as formas de perceber ou entender humanização não se dissociam de suas práticas. A humanização pode ser compreendida como um vínculo entre profissionais e usuários, alicerçado em ações guiadas pela compreensão e pela valorização dos sujeitos, reflexo de uma atitude ética e humana. Em outro sentido, a humanização é associada à

qualidade do cuidado, que incluiria a valorização dos trabalhadores e o reconhecimento dos direitos dos usuários (p. 3231).

Conforme Brasil (2019, n.p.), a humanização é entendida como “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores”; valorizar os sujeitos é facultar uma maior autonomia, a expansão da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através do compartilhamento de responsabilidades, da gênese de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Nos processos, realizados pelo SUS, para o incremento de ações e programas visando a humanização no atendimento, foi estabelecida, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) – o Humaniza SUS -; explicando com mais detalhes, a PNH possui a finalidade de difundir práticas de saúde humanizadas para trabalhadores, gestores e usuários; nesse enfoque, a PNH, é entendida não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instancias gestoras do SUS, por se acreditar na indivisibilidade entre os mecanismos, modos, de produzir saúde e os de gerenciar os processos de trabalho, atenção e gestão, clínica e política, produção de saúde e produção de subjetividade (MOREIRA *et al.*, 2014).

Portanto, Política Nacional de Humanização (PNH) – HUMANIZA SUS –

existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Promover a comunicação entre estes três grupos pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2019, n.p.).

Em termos de América Latina, mais especificamente a América do Sul, muitos países definem conceitos normativos, frente a este tema, sendo a Venezuela o primeiro deles, sendo estabelecido em 2007 no artigo 15 da Lei Orgânica do Direito da Mulher a uma Vida Livre de Violência, como “a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelo pessoal de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizante, em um abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres”(CIELLO *et al.*, 2012, p.30; VELLOSO, 2014).

A Argentina, em conformidade com a Lei Nacional 25.929 – Lei de Parto Humanizado, sancionada em 2004, tipifica a violência obstétrica, sendo estabelecida no artigo 6 da Lei 26.485

– Lei de proteção abrangente para prevenir, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres nas áreas em que desenvolvem suas relações interpessoais, de 2009 (CIELLO *et al.*, 2012, p.27; VELLOSO, 2014).

De uma forma generalizada, das obrigações assumidas pela comunidade internacional, destacam-se alguns eventos e tratados em especial como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), em sua Recomendação Geral nº 19, que interpreta de modo conclusivo que o direito de viver uma vida livre de violência está implícito e constitui um pressuposto básico indispensável para se poder gozar dos direitos ali contemplados (CEDAW, 2013, p1); e a Convenção Interamericana para Prevenir, Penalizar e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará (2015)

A Conferência do Cairo, realizada em 1994, estabeleceu a importância dos direitos reprodutivos como aspecto fundamental para a saúde e prevenção da violência contra a mulher, direcionando-se também ao combate de práticas tradicionais nocivas, incluindo a mutilação genital feminina. Seu programa de ação foi ratificado por 179 Estados-Membros (UNFPA, 1994).

De acordo a Agenda 2030, dentro do Objetivo 5 – igualdade de gênero, além das metas específicas que baseiam as recomendações de combate à toda forma de violência contra a mulher, em congruência com os tratados internacionais, outra meta em especial estimula a garantia ao acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, reconhecendo a necessidade de acesso à informação e autonomia como fatores cruciais para o empoderamento das mulheres e a igualdade de gênero (ONU BRASIL, 2015)

O Brasil, por sua vez, possui algumas estratégias, através de programas e políticas de atenção à saúde de atenção promovidos pelo SUS, como a Rede Cegonha, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o Programa Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher (PNAISM), que visam estimular o planejamento reprodutivo e a atenção integral à gestante durante o pré-natal, parto e puerpério. Em 2015 foi lançado o “Projeto Parto Adequado”, iniciativa que tem como objetivo identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, valorizando o parto normal e reduzindo assim o percentual de cesarianas sem indicação clínica.

Dentre as estratégias relacionadas, dá-se destaque a Rede Cegonha, criada em 2011 pelo MS pela portaria nº 1459. Essa iniciativa, propôs novas formas de atenção à saúde da mulher e da criança, focando todo o processo de parto, puerpério e do desenvolvimento da criança, até ao 2º ano de vida, assim como visou proporcionar melhor acesso ao sistema, garantia de

acolhimento e resolubilidade em prol da diminuição das taxas de mortalidade (BRASIL, 2011; BRASIL 2012; CASSIANO *et al.*, 2014).

É uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças tem direito a ampliação do acesso e acolhimento (BRASIL, 2011). Isso influencia de forma positiva na atenção a mulher, buscando considerar também seu aspecto psicossocial.

Em relação ao puerpério a Rede Cegonha, preconiza a realização da “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI), na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos (RN), que visam contribuir para a redução da mortalidade infantil. As ações objetivam a triagem neonatal, vacinação e a avaliação do aleitamento materno, para orientação e apoio. “A atenção à mulher e ao recém-nascido no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal” (BRASIL, 2012, p.259).

Com base em todo o exposto, podemos perceber a importância da Política Nacional de Humanização, que se mostra como um relevante marco de referência para a elaboração de práticas de saúde que promovam o respeito ao cidadão, englobando seus valores, aspirações e necessidades.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritivo desenvolvida em base documental.

Para Minayo (2014), os métodos de abordagem qualitativa dizem respeito as estratégias empregadas quando o pesquisador tenciona investigar as relações, representações, opiniões e percepções, oriundas das interpretações que os seres humanos fazem em relação a si mesmos, seu modo de viver, sua realidade, pensamentos, sentimentos, dentre outros; proporciona conhecimento mais abrangente dos processos sociais, favorecendo a formulação de novas demandas e concepções, além de propiciar, ao pesquisador, plasticidade durante o processo de investigação.

De acordo com os princípios classificatórios de Gil (2017), a corrente pesquisa desenhasse como um estudo de natureza qualitativa, por buscar a compreensão dos fenômenos observacionais de uma realidade socialmente construída, como, de igual modo, exploratório-descritiva quanto ao objeto, pela intenção de alcançar maior conhecimento e descrever a realidade esquadrihada em base documental.

A pesquisa de cunho exploratório-descritiva, evidencia proximidade do pesquisador com a realidade ou o agente que se almeja investigar, sobretudo quando há escassa ou nenhuma informação a respeito do assunto; propicia aprofundamento mais amplo e a proximidade com o problema apresentado, buscando explicitá-lo para a constituição de hipóteses, sem qualquer objetivo mercantil. Portanto, trata-se de um levantamento que visa incrementar ou suprir lacunas do conhecimento científico (GIL, 2017).

Complementando, Kripka, Scheller e Bonotto (2015) destacam que a pesquisa em base documental é aquela em que os dados colhidos são inteiramente oriundos de documentos, com o intuito de extrair informações neles contidas, com o propósito de compreender um acontecimento.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O contexto deste estudo foi o do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos, oferecido de maneira franca pela UFSC.

O grupo refere-se a um projeto de extensão educativo e interdisciplinar, cuja coordenação é realizada por docentes do Departamento de Enfermagem, conjunta e multidisciplinarmente com o Serviço de Psicologia da Maternidade do Hospital Universitário (HU), uma socióloga, bolsistas e discentes de várias áreas do conhecimento (ZAMPIERI *et al.*, 2016; VIEIRA *et al.*, 2019; LIMA *et al.*, 2018). É uma referência estadual que acontece desde 1996, cujos princípios são pautados nos pressupostos da filosofia da maternidade do referido hospital, contemplando a humanização do cuidado, a autonomia e a interdisciplinaridade em saúde.

O grupo de gestantes e casais grávidos é um espaço de educação em saúde, pois nele acontece a troca de conhecimentos e a promoção da saúde da mulher, vacinação, sentimentos, direitos da maternidade, mudanças fisiológicas, parto e nascimento e cuidados com o recém-nascido. É possível também discutir estratégias de autocuidado, estimular adoção de hábitos saudáveis e promover a discussão e possibilidades de aprimoramento na prática do cuidado através de novos estudos (LIMA *et al.*, 2018, p. 6).

Desenvolve suas atividades desde 1996, com o firme propósito da socialização de conhecimentos e experiências, acerca do ciclo gravídico puerperal, viabilizando a expressão de sentimentos, dúvidas e temores das gestantes e acompanhantes (ZAMPIERI *et al.*, 2016).

Tem como principal objetivo desenvolver atividades educativas voltadas ao processo de gestação, parto e nascimento; criando um espaço de assistência, ensino e aprendizagem entre seus integrantes (ZAMPIERI *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2018; ROVARIS *et al.*, 2018).

A divulgação dos grupos é realizada, principalmente por indicação de participantes anteriores e por cartazes distribuídos pelo ambulatório da maternidade do HU e Departamentos da Universidade; também conta com a difusão da mídia de Florianópolis e da Agência de Comunicação da UFSC (AGECON) (ZAMPIERI *et al.*, 2016).

Todos os grupos são abertos à comunidade e cada inscrição é realizada diretamente com o serviço de Psicologia da maternidade do HU por telefone, ou presencialmente. As inscritas são contatadas pelas bolsistas com cerca de duas semanas de antecedência ao início das atividades, ocasião em que são informadas do local, data e o horário dos encontros. Em média, cada grupo atende cerca de 25 gestantes, mais os acompanhantes (máximo de um por gestante) (ZAMPIERI, 2010; ZAMPIERI *et al.*, 2016; VIEIRA *et al.*, 2019; LIMA *et al.*, 2018; ROVARIS *et al.*, 2018).

O grupo é uma atividade de extensão articulada ao ensino e pesquisa. Dessa forma, no primeiro dia do encontro os participantes preenchem uma ficha de inscrição, contendo informações sociodemográficas (idade, escolaridade, situação conjugal, religião, dentre outros) e obstétricas (número de gestações, pré-natal, planejamento da gravidez, dentre outros) e,

também, são convidados a assinarem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), através do qual permitem a utilização de seus relatos (escritos, gravados e/ou expressos oralmente durante as atividades do grupo), que permitirão serem utilizados na elaboração de pesquisas (LIMA *et al.*, 2018; ROVARIS *et al.*, 2018).

Também nesse primeiro encontro, posteriormente a exposição de informações gerais, é realizada uma breve apresentação dos profissionais de saúde e integrantes; após, então, cada gestante e acompanhante elenca suas expectativas, dúvidas e conteúdo que gostariam que fossem discutidos durante os encontros, onde, a partir daí, é elaborado um cronograma com os temas, o qual é enviado a todos em um espaço eletrônico criado especificamente para cada grupo, no aplicativo *WhatsApp* (ZAMPIERI *et al.*, 2016).

Através do espaço eletrônico, acima citado, são incentivados o compartilhamento dos relatos de parto e a interação entre as participantes, para além dos encontros semanais. Também é estimulada a partilha de informações, experiências, dúvidas e a criação de vínculo entre as participantes, mesmo após o término das atividades “formais” do grupo; acima de tudo, é um espaço e labora como rede de apoio aos integrantes, ficando ao critério deles sua continuidade ou encerramento (ZAMPIERI *et al.*, 2016).

Nas semanas seguintes os encontros são organizados em três momentos: no primeiro ocorrem as atividades de conscientização corporal objetivando a aprendizagem de técnicas de relaxamento, melhora da respiração, técnicas de massagens para amenização da dor e orientações sobre posições para o parto. No segundo momento, ocorre uma breve pausa para o compartilhamento de um lanche, cujos itens são trazidos pelas próprias gestantes/acompanhantes. No terceiro momento, intercorre a explanação/discussão dos temas propostos, de acordo com o cronograma elaborado.

Quase que de maneira geral, esses tópicos giram em torno de mudanças na gestação, parto, pós-parto; alimentação saudável; formação familiar; aleitamento materno; sexualidade; cuidados com o bebê, dentre outros (ZAMPIERI *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2018; ROVARIS *et al.*, 2018).

Cada encontro, segundo Zampieri *et al.* (2010), é conduzido sob os eixos da humanização do cuidado e da promoção da saúde, prezando a autonomia, interdisciplinaridade, empoderamento dos indivíduos e a melhoria da saúde. Para isso, são utilizadas metodologias ativas, como oficinas lúdicas e artísticas, demonstrações práticas, atividades em grupo, exposição de vídeos, trocas de experiência e discussões coletivas (ZAMPIERI *et al.*, 2016; ROVARIS *et al.*, 2018).

Ao total, são realizados oito encontros consecutivos, uma vez na semana (sempre às quintas-feiras), com duração aproximada de três horas, no período vespertino. No último encontro é feita uma visita guiada a maternidade do HU e como encerramento, comemora-se o “amigo de barriga” – uma espécie de amigo secreto entre as gestantes (ZAMPIERI *et al.*, 2016; ROVARIS *et al.*, 2018).

Um mês após o último nascimento do grupo é agendado um novo encontro, denominado de “reencontro”, no qual as participantes/acompanhantes apresentam seus bebês e compartilham suas experiências de parto e puerpério, relatando suas dificuldades, estranhamentos, facilidades e adaptações. Neste dia também é realizada a avaliação geral de todo o decurso do grupo. Nesta avaliação, são abordados aspectos, desde as principais contribuições para o processo a cada integrante, as abordagens profissionais, os temas e metodologias escolhidas durante o seu desenvolvimento, possíveis fragilidades e sugestões de melhorias. Esses depoimentos são gravados e, após, transcritos (e arquivados em um banco de dados no *google drive*) pelas bolsistas do grupo, com a finalidade de engendrar dados para produções científicas, bem como possibilitar o ajuste e avaliação de táticas e condutas realizadas (ZAMPIERI *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2018).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes desse estudo foram puérperas que registraram seus relatos nos reencontros dos grupos 86, 87, 88, 89, 90, 91 e 92 realizados entre 2017 e 2018, totalizando 56 participantes. O grupo 91, após a leitura dos relatos, não foram inseridos neste estudo, pois não foram relatados casos de violência no puerpério.

Como critérios de inclusão foram utilizados os relatos que continham depoimentos pertinentes ao assunto “Violência no Puerpério”. Neste estudo foi compreendido o período do puerpério a partir da dequitação da placenta até a data do reencontro, o que ocorre quando as mulheres estão entre 2 a 6 meses pós-parto. Também foi critério de inclusão, relatos de violência sofridos a partir de atos de profissionais da saúde no âmbito hospitalar ou da saúde pública (unidades locais de saúde). Como critério de exclusão, os relatos não pertinentes ao assunto, violências que não ocorreram no período pós-parto e que não ocorreram a partir de atos de profissionais da saúde. A partir da avaliação dos critérios de inclusão e exclusão, totalizou-se 13 relatos.

4.4 COLETA DOS DADOS

O banco de dados do grupo de Gestantes e Casais grávidos é composto por documentos impressos, digitalizados e armazenados no *Google Drive*. Acessou-se o banco de dados no mês de julho a setembro de 2019 e foram selecionadas as transcrições dos reencontros que ocorreram no período de agosto/2017 a setembro/2018 referente aos grupos de número 86, 87, 88, 89, 90, 91 e 92.

Nessa busca, foram localizados 56 relatos, sendo 13 deles o de puérperas que abordaram algum tipo de sentimento ou experiência sobre a violência obstétrica no puerpério, por elas vivenciada, em suas falas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos relatos que denotavam a violência no puerpério, foi realizada uma análise das violências descritas pelas mulheres no período pós-parto, abordando questões físicas como emocionais. A análise foi guiada pela proposta operativa de Minayo (2014).

O momento da ordenação dos dados envolveu informações provenientes dos relatos, incluindo: releitura do material já transcrito na base de dados do grupo; organização dos relatos em determinada ordem (MINAYO, 2014).

O momento de classificação de dados foi constituído pelas seguintes etapas: 1) leitura horizontal e exaustiva dos textos dos relatos, anotando as impressões do pesquisador. Neste momento pouco a pouco surgiram as categorias analíticas; 2) leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto da totalidade, nesta etapa ocorre o processo de recorte de cada relato em unidade de sentido, por estrutura de relevância, por tópicos de informação. Neste momento foram separados os temas, categorias, colocando as partes semelhantes juntas, tentando perceber as conexões entre elas. Estas informações foram agrupadas em categorias centrais sobre a violência obstétrica no puerpério. 3) análise final foi o resultado das etapas de ordenação e classificação, as quais demandaram reflexão sobre o material empírico disponibilizado na base de dados do grupo (MINAYO, 2014).

4.6 CUIDADOS ÉTICOS

Este estudo faz parte do macroprojeto de pesquisa, intitulado “Grupo de gestantes e casais grávidos: Trajetória histórica, perfil, impacto percepções e contribuições para os envolvidos”, aprovado sob o número do parecer do comitê de ética 2.051.643 (ANEXO A).

O estudo cumpre os termos da Resolução 466/2012 que normatiza e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e garante, o anonimato, a confidencialidade e o direito de voluntariedade, sem riscos a sua vida ou agravos à sua saúde.

Não houve ônus ou qualquer forma de recompensa financeira na participação da pesquisa, nem tão pouco qualquer tipo de coerção ou indução para que participassem da pesquisa.

Os documentos pesquisados no banco de dados são de conhecimento das gestantes e acompanhantes que já autorizaram a sua utilização e divulgação em pesquisas, apresentações e artigos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) lido e assinado no primeiro dia do encontro, de cada grupo, sendo que uma das vias foi entregue para permanecer com a participante. O referido termo impresso informa que os documentos, por eles preenchidos, fotos e relatos (escritos e/ou narrados) explicitados, ao longo dos encontros do grupo, podem ser utilizados para pesquisa.

Os dados existentes estão e continuarão sendo arquivados em gaveta fechada à chave na sala de um dos docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, e mantidos por cinco anos. Somente as pesquisadoras terão acesso à essas informações.

Para a manutenção do anonimato das participantes diante da apresentação e publicação dos resultados, os respectivos nomes foram substituídos pela letra “P”, representando “Puérpera”, seguida pela numeração de 1 a 13, conforme sua participação (exemplo: P1, P2, P3...).

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em forma de um manuscrito, de acordo com que o determina a Instrução Normativa para elaboração de trabalho de conclusão de curso, Curso de Enfermagem, no art. 18 itens g, no qual afirma que é dever dos acadêmicos “apresentar e defender o TCC, respeitando os componentes mencionados no item ‘c’ deste Artigo, incluindo os resultados no formato de manuscrito” (UFSC, 2017).

5.1 MANUSCRITO: A DOR NO RELATO DE MULHERES QUE VIVENCIARAM VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO

Raquel Nunes Damian
Ariane Thaise Frello Roque

RESUMO

Objetivo: conhecer as violências obstétricas no pós-parto, sofridas por puérperas participantes de um grupo de gestantes e casais grávidos de uma Universidade Pública do sul do país. **Método:** pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva em base documental, com análise de 56 depoimentos gravados e registrados em banco de dados; destes, 13 relatos eram pertinentes ao assunto. O período de coleta foi de julho a setembro/2019. Para a análise, foi aplicada a abordagem operativa de Minayo. **Resultados:** embasados no dossiê Violência Obstétrica - “Parirás com Dor”, foi definida uma categoria principal, “Atendimento Desumanizador e Degradante”, dividida em sete subcategorias: a) omissão de informações; b) apoio desumanizado à amamentação; c) atendimento desumanizado; d) informações em linguagem pouco acessível; e) culpabilização, desprezo e humilhação; f) ameaça e coação; g) descaso e abandono. Constatou-se que a maioria das violências foi em relação ao apoio à amamentação, seguido de informação em linguagem pouco acessível. **Considerações finais:** a violência obstétrica configura-se de diversas maneiras no puerpério, gerando dor e sofrimento. Há necessidade de maior humanização nos cuidados, principalmente nas questões de respeito à individualidade e na maneira como a comunicação é realizada; assim como são necessários mais estudos voltados para esta área.

Palavras-Chave: Violência obstétrica. Puerpério. Humanização. Pós-parto. Educação em Saúde. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres (VO) é entendida como um fenômeno mundial, que atinge todas as classes sociais, sendo conceituada como qualquer ato ou atitude, baseada no gênero,

que possa suceder em morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado (BARUFALDI et al.2017).

Por sua vez, Brasil (2006), Cunha (2014) e Silva *et al.* (2015), corroboram ao apresentar que a violência contra a mulher é definida como qualquer atitude que, como consequência, traga algum malefício ou sofrimento, seja ele psicológico, físico, sexual, englobando ameaças, constrangimento e/ou alienação de liberdade em esfera pública ou privada.

Dentre as formas de violência contra a mulher, encontra-se a violência obstétrica (VO), a qual é definida, por Lansky *et al.* (2019), como qualquer conduta de violência direcionada à mulher gestante, parturiente ou puérpera ou ao seu bebê, cometido no decorrer da assistência profissional, que constitua falta de respeito à sua autonomia, inteireza física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências; os mesmos autores ainda relatam que a VO recentemente foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2014, como uma questão de saúde pública que afeta diretamente as mulheres e seus bebês.

Carvalho e Brito (2017) se manifestam expondo que a VO engloba qualquer atuação que repercuta em consequências negativas, seja de cunho físico ou psicológico, à mulher, o qual, por muitas vezes, é materializado através de uma assistência desprovida de humanização por parte dos profissionais de saúde.

Ressaltando a magnitude do problema, Andrade e colaboradores (2016), Diniz *et al.* (2015) e Souza (2014), colocam que a VO, além de afetar prejudicialmente a experiência no parto, produz resultados negativos para as próximas gerações, visto que será recordada como prática violenta, tendo o potencial de causar impedimento, até mesmo, nas relações sexuais, prejudicando o relacionamento conjugal, e a ocorrência da maior parte de óbitos maternos durante o parto e o pós-parto; nessa ótica, dado que acarreta consideráveis repercussões para a saúde sexual e reprodutiva, a VO institucional vivenciada pelas mulheres também acontece através da prestação de serviços em circunstâncias inadequadas, podendo acarretar prejuízos físicos e psicológicos à mulher, inclusive depressão pós-parto.

Andrade e Aggio (2014), assim como Nascimento *et al.* (2017), aventam que a VO se apresenta de variadas formas, desde a não explicação e solicitação de autorização para a realização de procedimentos, até insultos proferidos por palavras ofensivas, impedindo a mulher de expressar seus sentimentos, o acesso aos serviços de atendimento à saúde e a omissão ou o desrespeito dos direitos da mulher em seus diversos períodos, entre eles o puerpério.

Nessa perspectiva, o cuidado dispensado pelos profissionais deveria ser integral, singular e embasado no protagonismo da mulher, carecendo, na maior parte das vezes, somente de

acolhimento, apoio, disposição, e, acima de tudo, humanização; humanização esta, conceituada como uma prática pautada pela compreensão e valorização os indivíduos e o reconhecimento de seus direitos (ANDRADE; AGGIO, 2014; MOREIRA *et al.* 2014).

Diante do cenário apresentado, Carvalho e Brito (2017) salientam que toda a violência, seja de ordem física, emocional ou simbólica, é geradora de alto nível de sofrimento. Ciente dessa realidade o Ministério da Saúde (MS) investiu em diversas estratégias objetivando a implementação de um cuidado embasado na humanização, como: Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento; Rede Cegonha; Programa Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2011).

Embora o Brasil não seja dotado de uma lei específica à VO, existem Projetos de Lei (PL) em tramitação como o Decreto 7.867/17 e o Decreto 4.377/2000 (SAUAIA; SERRA, 2016). A nível Estadual, considerando que a violência obstétrica é toda ação cometida por profissional médico, por equipe hospitalar ou clínica, por acompanhante ou familiar, a qual malefície a mulher, de maneira verbal ou física, seja ela gestante, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério, o Estado de Santa Catarina, promulgou a Lei 17.097, de 17/01/2017, estabelecendo a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica (SANTA CATARINA, 2017)

Não obstante a todos os esforços aplicados e a perseverante diligência na instituição da humanização com o intuito de engendrar um cuidado obstétrico e neonatal de qualidade e respeito, Brasil (2005) e Pereira *et al.* (2016) relatam que ainda existem relatos de puérperas retratando violências sofridas nesse período, as quais representam a violação do respeito e dignidade dos quais têm direito. Dessa forma, objetivou-se conhecer os relatos das mulheres, participantes de um Grupo de Gestantes e Casais Grávidos, que experienciaram VO no período puerperal, como uma maneira de auxiliar em seu enfrentamento e, assim, contribuindo na realização de um cuidado verdadeiramente humanizado por parte dos profissionais de saúde.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa descritiva exploratória em base documental. Método este que permitiu a análise de informações anteriormente coletadas, permitindo o reexame dos relatos que versavam sobre o tema do estudo.

O local do estudo foi o banco de dados do grupo de Gestantes e Casais Grávidos de uma Universidade Pública do Sul do país. Grupo este caracterizado pela realização de encontros

com gestantes (pré inscritas), a partir da 16ª semana de gestação, com objetivos de promover educação em saúde e propiciar orientações sobre gestação, parto, puerpério e cuidados com o bebê; os encontros são realizados uma vez por semana, as quintas feiras, das 13:30h as 17:30h, com duração total de oito semanas e cada gestante tem o direito de levar um acompanhante. No último encontro é realizada uma visita à maternidade, da Universidade em questão, para que as gestantes e acompanhantes conheçam a dinâmica e processos de cuidados daquela instituição pública.

Em torno de um mês após o nascimento do último bebê, de cada grupo, é realizado um reencontro para relatos sobre o parto e o pós-parto, possibilitando a troca de experiências. Os relatos foram gravados e, após, transcrito e armazenados no banco de dados do grupo. Os registros destes reencontros foram o foco desta pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada, no período de julho a setembro de 2019, através da leitura dos relatos, armazenados no banco de dados do grupo (*Google drive*) de todas as 56 puérperas participantes dos reencontros dos grupos de número 86, 87, 88, 89, 90, 91 e 92, realizados entre agosto de 2017 e março de 2019;

Como critérios de inclusão foram utilizados os relatos que continham depoimentos pertinentes ao assunto “Violência no Puerpério”. Neste estudo foi compreendido o período do puerpério a partir da dequitação da placenta até a data do reencontro, o que ocorre quando as mulheres estão entre 2 a 6 meses pós-parto. Também foi critério de inclusão, relatos de violência sofridos a partir de atos de profissionais da saúde no âmbito hospitalar ou da saúde pública (unidades locais de saúde). Como critério de exclusão, violências que não ocorreram no período pós-parto e que não ocorreram a partir de atos de profissionais da saúde. A partir da avaliação dos critérios de inclusão e exclusão, encontrou-se o total 13 relatos.

A análise de dados foi guiada pela proposta de Minayo, compreendida pela fase exploratória da investigação e fase interpretativa dos dados a qual integra a leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e relatório da investigação com apresentação dos resultados.

Esta pesquisa é recorte do macroprojeto “20 anos do grupo de gestantes e casais grávidos: trajetória histórica, perfil, impacto, percepções e contribuições para o envolvido”, e seus aspectos éticos obedecem aos requisitos do Comitê de Ética sob parecer 2.051.643, CAAE 63797417.4.0000.0121. Para a manutenção do anonimato das participantes diante da apresentação e publicação dos resultados, os respectivos nomes foram substituídos pela letra “P”, representando “Puérpera”, seguida pela numeração de 1 a 13, conforme sua participação (exemplo: P1, P2, P3).

RESULTADOS

Como resultados, embasados no dossiê Violência Obstétrica - “Parirás com Dor”, elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres (CIELLO *et al.*, 2012), foi definida uma categoria principal, intitulada Atendimento Desumanizador e Degradante, subdividida em sete subcategorias: omissão de informações; apoio desumanizado à amamentação; atendimento desumanizado; informações prestadas em linguagem pouco acessível; culpabilização, desprezo e humilhação; ameaça e coação e descaso e abandono.

Atendimento desumanizador e degradante

Partindo do princípio de que um conceito mais amplo de humanização se caracteriza no respeito e valorização do ser humano, atualmente estabelecendo um processo que aponta à transformação da cultura institucional (MORAIS, 2016), o significado de desumanização é, praticamente, o contrário (LIMA, *et al.*, 2014).

Nessa ótica, Lima e colaboradores (2014) asseveram que, entre tantas, algumas formas de desumanização se apresentam através de desconsideração e descuido com as pessoas; falta de empatia; discriminação; intimidação, descaso e abandono; subordinação a procedimentos e práticas desnecessárias.

Assim, sendo, a pesquisa em questão trouxe algumas dessas evidências, apresentadas nas subcategorias deste estudo.

Omissão de informações

Não comunicar o ato e o motivo de um determinado procedimento; na fala abaixo pode ser identificado a omissão de informação por parte do profissional

(P1):*[...]ai quando eles tiraram a [bebê], eu acho que eu tive uma pequena hemorragia e ele veio com o cheirinho e eu falei “porque tu vai me sedar? Me explica o que tá acontecendo” e ele me ignorou e me sedou; quando eu acordei eu tava na sala de recuperação; [...] eu tinha tirado uma foto com a [bebê], visto a [bebê], e ele logo me sedou, quando eu cheguei na sala de recuperação eu não tinha dado mama prá [bebê], isso me frustrou imensamente sabe? Eu olhava prá [bebê], [...] eu não conseguia interagir com a [bebê], de tão frustrada que eu fiquei com a minha cesárea.*

Apoio desumanizado à amamentação

Falta de amparo, auxílio, ao aleitamento materno; em momentos de dúvidas e incertezas, algumas mulheres, no pós-parto imediato, não receberam o apoio adequado, conforme percebido nos relatos abaixo

(P2): *“Toda vez que eu dava mamar ela gritava e gritava desesperada, e com isso na consulta de 3 meses ela tinha ganhado bem pouquinho peso E aí começa né... “Ela não tá mamando... Fórmula...[...] eu tinha bastante leite, leite vazando. Até hoje o leite vaza. E ela se irritava muito. E aí foi. Seguramos quase um mês assim. A gente foi em uma gastro, que disse que ela estava desnutrida. Pensa em uma mãe que chorou a noite inteira, porque dizer que a tua filha tá desnutrida...”*

(P3): *“Outro episódio marcante, foi quando busquei auxílio no [setor de auxílio à amamentação] da [maternidade] que é referência aqui em [cidade], já era perto das 17h e a enfermeira informou que precisava ir embora porque já estava cansada, pois estava ali desde cedo; neste momento eu ainda estava amamentando, com dúvidas, insegura se meu bebê estava conseguindo sugar de forma correta... Não me senti acolhida, e para fechar a enfermeira solicitou que eu devolvesse a almofada de amamentação, pois ela precisava guardar e foi embora me deixando ali sozinha, um verdadeiro absurdo, me senti sozinha, sem apoio.”*

Durante a permanência no alojamento conjunto, as dificuldades encontradas nos relatos são:

(P4): *“[...] eu fui pro quarto assim, com a orientação de que ela tinha que mamar de 3 em 3 horas ,15 minutos num seio, e era o que eu fazia né [...] na primeira noite ela chorou muito, muito, muito [...] e a gente não sabia o que fazer, meu marido, a gente tava sozinho no quarto e ele balançava, andava pra cá andava pra lá e eu falava “Não, mas ela já mamou, tem que esperar 3 horas pra ela mamar, ela já mamou num seio”, e eu chamei a enfermeira e falei “Ela não para de chorar,” e a enfermeira falou “Ah isso é cólica, tem que fazer massagem, é assim mesmo, deixa ela chorar” e foi horrível assim, porque depois eu fui saber que a minha filha chorava de fome.*

(P6): *“[...]” eu tive em [outra cidade], no hospital lá, e tudo eles sempre já iam pro banco de leite, então, elas não auxiliavam muito; eu tentava dar o leite, estava aprendendo, doía e tudo, e elas: “ah, vamos lá pro banco de leite”; davam, o tempo todo, leite dos outros, e eu disse... “não, mas eu tenho leite, eu quero dar leite, pouquinho, mas quero ver se consigo” [...] e eu tava ficando irritada [...] então, passamos os dois dias basicamente só tomando leite do banco de leite, que daí me incomodou bastante.”*

(P9): *“Quando a gente foi pro quarto, teve essa questão de amamentar e, pra mim foi muito difícil, se eu soubesse que seria tão difícil eu já teria chamado alguém [particular] pra me ajudar, porque tem essa questão das enfermeiras que elas vêm e dão uma olhadinha e cada uma diz uma coisa diferente e eu acho que tem que ser muito bem acompanhado essa questão.*

Após a alta, diante da necessidade de retorno a setor capacitado para auxílio, também é observado problemas, conforme as falas seguintes:

(P5): *“Ó ele chora quando aperta, então deve ser a cólica” deu paracetamol pra ele, desde domingo a noite ele não mamava, porque ele só dormia, não tinha febre, ele não pegava no peito, não tinha sucção nenhuma né, daí a pediatra falou pra mim vim no [setor de auxílio à amamentação], eu vim, passei a tarde inteira aqui e a gente tentou de tudo, não foi muito bom, ela [enfermeira] forçou muito ele, ela pegava chacoalhava ele, e ele só chorava muito mais e não conseguia ficar perto de mim de tanto que ela forçou assim,[...], foi bem ruim, tinha que tirar o bebê de perto de mim porque ele não conseguia nem ficar comigo de tanto que ele chorava, de tanto que ela forçava ele a mamar, e daí ela falou pra mim ir pra casa, mesmo ele sem mamar, aí ela mandou eu ir pra casa e disse assim “Boa sorte, que teu bebê não mama” e não fez nada, ele tava desde domingo sem mamar, a noite até final de tarde de segunda que eu passei a tarde inteira no [setor de auxílio à amamentação]; daí eu cheguei em casa, não sabia o que fazer, ele continuava não mamando, não tinha mais sucção nenhuma; [...] ela falou que eu não podia dar uma mamadeira, que ele poderia se afogar, ele não sugava, ele não sugava nada, a gente tentou tudo, tudo, aí a noite eu chamei a [serviço de ambulância] porque eu não sabia o que fazer com ele em casa[...] ele começou a ter tremores [...]e só dormia, e daí eu vim na emergência do hospital e daí eles falaram que tinha que internar que ele tava desnutrido, porque ele não tava se alimentando e que era pra desde segunda quando eu vim no [setor de auxílio à amamentação] ela devia já ter feito alguma coisa, aí ele ficou internado.*

(P7): *[...] “aliás, o peito, não me informaram como deveria ser feito a pega e ela [bebê] pegou errado, então, no 4º dia já estava todo fissurado [...]elas diziam que ela pegava bem e, como não doeu, achei que estava certo, foi bem traumatizante, não me explicaram como uma técnica de enfermagem que eu contratei e foi até a minha casa.*

(P8): *[...]foi muito ruim o atendimento profissional, ainda mais que eu conheço o [nome do hospital] e sei como deve ser; mal iam no quarto não davam atenção, na parte da amamentação a sorte que eu já estava bem informada, porque eles diziam assim ó “ a mãe tu tem pouco colostro e são dois [gêmeos] tu vai ter que entrar com fórmula”, aí eles mediam o HGT e tava baixo, aí eu dizia pra eles que eu tinha colostro, então vamos tirar e dar pra eles agora porque eu sabia que dá pra fazer isso é já sobe o HGT, e eles diziam “ não dá tempo mãe “ e saíram com eles correndo pra dar a fórmula, e, na hora eu pensava: meu Deus, será que pode dar alguma coisa ? E na hora, por mais que tu saiba, tu não quer que aconteça alguma coisa e, gente, o HGT nem era baixo, depois eu fui descobrir e era limitrofe, nem era tão baixo assim.*

Atendimento desumanizado

Desvalorização e desrespeito com os sentimentos, necessidades, e direitos das puérperas, assim como atitudes desprovidas do devido acolhimento impactam no puerpério, como podemos conferir nos relatos a seguir:

(P1): [...] “Foi, frustrante pra mim né, porque assim eu fiz um plano de parto, eu entreguei um plano de parto, inclusive planejando uma cesárea, falei que eu não queria meus braços amarrados, falei que eu não queria o tapão eu falei que eu queria a Gabriele no meu peito primeiro e nada disso foi respeitado, quando eles amarraram meus braços eu disse “eu não quero meus braços amarrados “não mas tu pode se debater” “não, mas eu não quero” e mesmo assim eles amarraram, meu marido não tava presente, meu marido entrou depois de tudo, primeiro eles fazem todo o procedimento, aí eles botaram o tapão, a mesma coisa falei que não queria, eles não me respeitaram.

(P7): e eu me vi debilitada mal conseguia me movimentar [...] e elas diziam: “não, mãe é normal, mãe, é normal [...] e eu estava com muita dor, eu chamava a enfermeira e ela ficava meio brava e dizia, porque você tá chamando? é normal, você só dá mama coloca ela pra arrotar e troca e tá tudo bem”...então eu não dormi os 3 dias que eu fiquei ali na maternidade.

Informações prestadas em linguagem pouco acessível

Comunicação limitada, sem explicações claras, também foi um dos aspectos relatados

(P10): “Aí uma coisa importante foi que a gente foi em uma pediatra, ele tava com sete dias, e a pediatra falou assim “ah, mas ela só está engordando 17 gramas...”. E a gente entrou em desespero... só foi falado assim, não foi explicado que nesses primeiros dias perde peso mesmo.”

Culpabilização, desprezo e humilhação

Atribuição de culpa, desprezo pelos sentimentos e provocação de abatimento são revelados na seguinte fala:

(P11): “Depois, na minha internação, foi que várias pessoas, vinham, os plantonistas vinham falar assim: ah, tu tá de alta, viu? E ficavam me instigando prá eu ir embora do hospital, como se eu tivesse sendo fresca, como se eu não quisesse ir prá casa, como se eu não tivesse efetivamente com muita dor, como se eu não tivesse passado por um momento que era muito traumático prá mim; Algumas pessoas falaram assim: ah, mãe, é assim mesmo, todo mundo passa por isso; e eu acho que quando tu fala que “todo mundo passa por isso, que é assim mesmo,” tá desvalorizando o momento de quem tá passando por aquilo, porque por mais que muitas mulheres sintam a dor do parto, cada pessoa é diferente e se tu coloca tudo no mesmo “saco”, como se fosse tudo igual, a pessoa que já tá fragilizada se sente pior, e era assim que eu me sentia, todo mundo falava “ah é normal, todo mundo passa por isso”, gente mas eu tô aqui me sentindo um lixo, tô acabada, morrendo de dor e as pessoas só me olham e dizem: ah, pode ir prá casa, é isso aí, todo mundo passa por isso, todo mundo igual e é.. vai sobreviver, sabe? E aí, sei lá, pode ser até que seja frescura minha, daí fica esse pensamento, né, será que a gente tá sendo fresca? Será que tá sendo fraca?”

(P8): [...]”toda vez que dava baixo eles saiam correndo pra dar fórmula e era correndo mesmo, em outro local que eu nem via, e eles diziam “ tu tem pouco leite mãe, tu tem que entender não podes deixar teu filho passar fome “ aí eu dizia mas o

estômago não é pequeno? É eles respondiam que o hgt estava dando baixo e tu começa a achar que não tinha leite”

Ameaça e coação

Intimidar e impelir à ações que não são pretendidas também são descritas, como a apresentada na sequência

(P8):[...] *“e essa minha equipe tinha a doula de amamentação e ela foi lá e disse que eu tinha leite mas eu não tinha como ir contra uma prescrição, e eu dizia não eu quero amamentar eu vou tentar depois a gente vê o HGT e elas ficavam numa pressão então tá mãe vamos ver o HGT, aí elas viam o HGT e falavam viu mãe deu baixo vamos entrar com a fórmula. Me deixaram lá mais 2 dias e eu só sairia se fosse com fórmula e o pediatra foi lá dizer que era perigoso que poderia ter danos neurológicos, todo um pavor. Bom, no fim eu não aguentava mais estar ali e mandei comprar a fórmula, saí da maternidade e fui em uma pediatra do convênio mas desisti, pois, ela só queria aumentar a fórmula “.*

Descaso e abandono

Agir com indiferença e desamparo são relatados com muita tristeza, como poderemos ver a seguir

(P12): *“Se o pós parto inicia depois da saída da placenta, eu ainda estava na sala de cirurgia; pela minha experiência posso dizer que não foi muito humanizado... pq eu estava numa sala extremamente fria; o ar condicionado era muito frio; e o ambiente também era muito frio, eu não sentia calor humano, não sentia aconchego; as médicas que me atenderam não me deram boa noite, eu era só uma barriga prá elas; então, qdo a minha placenta saiu elas agiram da mesma forma; elas saíram sem me dar “boa noite”, sem dizer que a minha cesárea tinha sido um sucesso, que a minha filha estava bem; não me disseram nada, eu não as vi sair; e eu fiquei tremendo naquela mesa fria e meu marido foi atrás da nossa filha, e eu fiquei ali vendo aquela sala se esvaziar, sem muita gente afetiva; [...] as enfermeiras é que começaram a me ver e foram um pouco mais humanizadas, mas, os médicos foram muito frios; [...] me senti um “frango da sadia”, eu era só uma barriga aberta; Então esse “sair” sem me dizer boa noite, e dizer que estava tudo bem comigo e com minha filha foi bastante marcante; não saber quem foram as duas médicas, não ter visto o rosto delas, o nome delas, foi bastante marcante. Depois que eu fui pro quarto, só recebi cuidados de enfermeiras, não passou nenhum médico; só no último dia que foi uma moça bem novinha, não sabia quem era ela, acho que não era residente, não sei quem era, que me orientou sobre o que eu queria tomar de anticoncepcional dizer que eu ia receber alta. O quarto que eu fiquei era muito frio também, deram dias muito frios, no dia do nascimento da bebê, então, eu tava muito tensa, muito fraca e... a frieza de algumas pessoas parece que contribuiu para que ficasse mais frio ainda, né? E depois, eu, é... eu senti falta, também, de melhor orientação, é..., prá mim como mãe, né, do que que eu tinha de fazer, é..pq é tudo muito novo, tudo muito intenso, e a gente sai de uma cirurgia e tu não sabe o que vai fazer, de noite, de quantas em quantas horas tu vai olhar prá ela prá alimentar, tu não sabe de absolutamente nada, é louco; eu acho que eu deveria saber, mas eu não sabia, eu acho que certas orientações que são óbvias poderiam ser ditas;*

(P13): *“fui pro quarto e também estava tudo bem, só que eu comecei a sangrar demais, de hora em hora eu tinha que chamar a enfermeira para trocar o lençol de tanto sangue*

e eu ia caminhando pra fazer xixi e o sangue ficava pelo chão todo e toda vez que eu chamava a enfermeira ela me dizia que era normal e eu acreditei que era normal, todo mundo diz que sangra, aí o quadro foi seguindo, ele nasceu às 21 horas da noite e eu segui a madrugada toda com muito sangramento, mas estávamos todos felizes a amamentação estava tudo certo também, no outro dia quando deu 9 horas eu estava me sentindo muito tonta e fraca e mandei uma mensagem pra minha doula e ela disse que ia mandar uma mensagem pro meu médico e então passou uma hora mais ou menos e o médico ligou pro meu marido pra saber se eu já estava no soro e meu marido falou que não e então ele disse que estava correndo pra aí é que estava muito lerdo pois é já tinha mandado instalar o soro há mais de uma hora, aí ele chegou eu estava muito fraca já não me lembro direito dessa parte porque eu já estava muito fraca. Nenhum médico me viu lá no [nome do hospital] nenhum; só a enfermeira que passava lá todo plantão quando trocavam. Eu nem sei quem eram os médicos de plantão. Aí quando chegou meu médico tiraram sangue pra ver como estavam minhas plaquetas e eu já tava com uma anemia bem grave e já deixaram uma bolsa reservada pra fazer a transfusão aí eu apaguei e desmaiei e voltei e a gente teve que subir pra transfusão, [...] foi bem complicado e eu não tive o apoio nenhum da equipe, só me atrapalhou.

DISCUSSÃO

Com relação a categoria “atendimento humanizado e degradante”, podemos identificar, nas falas, a dor, a angústia, a decepção e, muitas vezes, as lágrimas das puérperas que vivenciaram as violências; não bastasse toda a “revolução” hormonal pelas quais estavam passando, ainda necessitavam lidar com as agressões externas por pessoas que, acima de tudo, detém a responsabilidade, primeiramente profissional, de acolhê-las com respeito, valoração e dignidade, assim, fazendo jus à humanização.

A mulher precisa ser o personagem principal da sua vida, da sua história e, como tal, poder decidir sobre seu corpo, ter liberdade nas suas escolhas e amparo à saúde de forma satisfatória, segura, com qualidade, respeito e humanização; os profissionais de saúde necessitam cumprir seu papel de forma capacitada, comprometida “com a fisiologia do nascimento e respeitem a gestação, parto e a amamentação como processos sociais e fisiológicos” (CIELLO *et al.*, 2012, p. 7).

Vilela, (2008) destaca que a violência praticada por ato ou omissão, nas entidades de saúde, ou seja, aquela praticada por profissionais que possuem a obrigação de garantir atenção humanizada, compreende atitudes de desrespeito, como, também, supressão à dignidade humana das mulheres como sujeito de direitos; atos estes que divagam de diversas formas como: física, psicológica, moral, sexual, entre outras, tendo, como consequência, a negação da promoção da autonomia e o acesso aos seus direitos.

Na primeira subcategoria “omissão de informações” é possível observar sentimento de frustração, insatisfação e desapontamento, pontuado pela P1, resultando em instabilidade, de cunho psicológico, comprometendo um puerpério salutar.

Conforme Ciello e colaboradores (2012) e Medeiros *et al.* (2016), procedimentos que

são executados sem a aprovação da mulher e a omissão das respectivas informações sobre tais, são nefastos à saúde, colaborando para intensificação de sofrimento, podendo acarretar trauma tanto físico como psicológico.

Nesse contexto, Estumano *et al.* (2017) e Salgado (2012) ratificam quando atestam que os eventos vivenciados durante parto e nascimento (portanto, no puerpério), “podem ser memorizados como uma experiência traumática, no qual a mulher se sente agredida, desrespeitada e violentada pelos profissionais que deveriam lhe prestar assistência (p.84), acarretando dificuldade na superação dos traumas.

No contexto do puerpério, a amamentação surge como um ponto importante em todos os sentidos. Pontuada como uma das formas de interação profunda entre a mãe e bebê, contribui na geração de vínculo, afeto, proteção e, obviamente, a questão da nutrição.

Conforme Amaral *et al.* (2015), apesar de toda essa gama de benefícios, para muitas puérperas a amamentação não se apresenta como algo fácil, necessitando de adaptações, tanto para a mãe, com relação às mamas (dor, fissuras, ingurgitamento, etc.), a organização hormonal, a insegurança de não ter noção se o leite está sendo suficiente para o bebê, entre outros, como, também, para o bebê quanto à sucção, o tipo de mamilo da mama da mãe, horários, cólicas, etc.

Nesse contexto, referenciando a subcategoria “apoio desumanizado amamentação” podemos destacar a fala da P2 como um exemplo de falta de apoio e reconhecimento das dificuldades iniciais na amamentação, configurando uma forma de VO.

Apresentando suas considerações, Silva *et al.* (2018) mencionam que os profissionais de saúde representam uma parte importante na promoção da amamentação, no apoio ao incentivo ao aleitamento, na assistência à prática, além das orientações pertinentes, sendo fundamental que seja de forma acolhedora através de um diálogo positivo.

Como já comentado, esse período inicial da amamentação é cercado da necessidade de adaptações biopsicofisiológicas, tanto da mãe como do bebê, portanto, é primordial um apoio profissional pautado no acolhimento eficiente, uma escuta qualificada, sem julgamentos e/ou preconceitos, permitindo que essa mulher possa exprimir suas necessidades de forma natural e completa, promovendo à essa mãe, a expressão integral de suas incertezas e questionamentos, e, dessa forma, auxiliar no seu empoderamento e confiança e, conseqüentemente, a promoção do vínculo com seu bebê (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Foi reconhecido, através deste estudo, que a maior incidência de violências obstétricas foi com relação ao início do processo da amamentação, como pode ser constatado através dos relatos das puérperas P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, e P9, portanto, carecendo de um cuidado

embasado na humanização. Em todos os relatos, foi possível perceber que os sentimentos das puérperas foram considerados banais, o que contribuiu para as ações que revelaram a VO; fato este com maior evidência no relato da P7.

Concordando com esta prerrogativa, Oliveira *et al.* (2015) apresentam que, em seus estudos, foi verificado que as puérperas, principalmente as primíparas, defrontam-se com um novo universo banhado de incertezas ao se tornarem mães, configurando uma situação de inseguranças, porém, os profissionais que deveriam dispensar um cuidado capacitado e humanizado, banalizam seus sentimentos, dificultando a condução dos primeiros cuidados com seu bebê.

As puérperas com anseio e desejo de amamentar e fornece a melhor nutrição para seus bebês, sofreram VO pela imposição de regras rígidas que dificultaram o aleitamento e culminaram no sofrimento mãe/bebê, o qual se pode ser observado nas falas das P4, P6 e P8

O Ministério da Saúde, em seu caderno da Atenção Básica nº 23 (BRASIL, 2015) preconiza a amamentação em livre demanda, ou seja, sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama, ou seja, sem regras fixas e impostas.

Almeida *et al.* (2015), expõem que as mães demandam em busca de um profissional para obter solução de suas dificuldades em face do aleitamento, porém, normalmente esse profissional fixa tantas regras que desconsideram sua realidade, proporcionando medo e insegurança; os mesmos autores acrescentam que nas práxis da mãe, faz-se prudente esquivar-se da teorização imposta e considerar sua realidade, na diligência de melhoria de seus anseios, como ser útil na promoção de suas próprias reflexões a fim de promover seu empoderamento no cuidado e nutrição de seu bebê.

Diante de situações, como a amamentação, por exemplo, que emanam necessidade de suporte, o ser humano, como um ser social, tende a buscar no outro (detentor de um conhecimento mais amplo), o arrimo para a construção de seu conhecimento e a superação de suas deficiências; quando essa busca não se encerra num retorno adequado, pode resultar em desequilíbrio, inclusive de cunho psicológico, como o evidenciado no relato da P5.

Frente às dificuldades da maternidade, no caso, à amamentação, o profissional de saúde necessita da habilidade da comunicação; para tanto, necessário se faz utilizar o recurso do aconselhamento, que ao contrário de aconselhar que é dizer o que se deve fazer, aconselhamento é pautado na escuta e compreensão e, assim, se dispôr a fortalecer essa mãe para o revigorar de sua autoestima e autoconfiança e seja capaz de melhor tomar suas decisões, lidar com as pressões e planejar seu cuidado (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015; CAMINHA *et al.*, 2011).

Diante do enfoque da integralidade do cuidado no puerpério, incluindo o cuidado ao recém-nascido, é relevante a atenção acurada para que não se sucedam falhas na observação de detalhes que não deveriam ser esquecidos (MERCADO *et al.*, 2017); o que, caso aconteçam, podem trazer consequências carregadas de dor e transtornos, resultando em pesar, configurando VO, como o que foi reforçado na continuidade da fala da P5.

Nessa perspectiva, é plausível confirmar a necessidade ímpar, dos profissionais de saúde, na percepção dos ínfimos detalhes e na congruência das informações, podendo evitar problemas futuros.

Em consideração às falas das P7 e P9, as quais explicitaram que não foram orientadas quanto a pega correta do bebê, podemos observar que o papel do profissional de saúde não foi corretamente executado, uma vez que, P7, com nítida tristeza, relata que não foi corrigida a pega do bebê, que estava errada e, portanto, resultou em dor e sofrimento devido ao mamilo fissurado; por sua vez, a P9 declara que a dificuldade maior em corrigir a pega foi a questão de informações contraditórias dos profissionais que lhe prestaram o cuidado; tomando ciência desta ótica, é possível concluir que a desinformação gerou dúvidas e anseios nas nutrizes, potencializando as dificuldades no processo da lactação, o que tornou a prática de amamentar mais difícil e dolorosa.

Reforçando a temática, Alves *et al.* (2018) enfatizam que as orientações referentes ao aleitamento, devem ser claras, concisas e práticas; é essencial a intervenção no tocante às dificuldades para o sucesso do aleitamento, compreendendo o não apenas como valor galgado na nutrição e no afeto, como, também, em relação saúde da nutriz e do bebê.

Os profissionais de saúde podem ser uma influência positiva, às mulheres que amamentam, como, também, uma referência de apoio contraproducente ao repassarem informações contraditórias e recomendações incongruentes às pacientes (ALMEIDA *et al.*, 2015; DYKES, 2006). É primordial que a equipe de saúde se mantenha disponível no acolhimento às das mães, dispondo sempre de uma avaliação singular de cada caso, elucidando dúvidas e demandas angustiantes.

Seguindo com referência à subcategoria “atendimento desumanizado”, infere-se que, no contexto da maternidade, o plano de parto é um documento de cunho legal em que a mulher registra seus desejos, necessidades e expectativas quanto ao processo de seu parto; é uma estratégia de empoderamento da mulher, uma vez que permite segurança, liberdade e autonomia para o planejamento do processo de parturiação (MOUTA, *et al.*, 2017); não respeitar esse documento é violar os direitos da mulher e passível de afetar, de modo negativo, a vivência no puerpério, como pode ser percebido no relato da P1.

Silva *et al.* (2017) apresentam o PP como uma das mais importantes ferramentas para o empoderamento da mulher em seu processo de gestação e parto. Segundo os autores, o Plano de Parto e Nascimento é um documento de caráter legal, no qual contém as escolhas da mulher para o seu pré- parto, parto e puerpério.

De acordo com Tostes e Seidl (2016, p.4), “experiências impactantes e significativas para a maior parte das mulheres, tanto as da gestação quanto as do parto, podem trazer consequências para o puerpério e mesmo influenciar concepções e vivências da maternidade.

Na subcategoria “informações prestadas em linguagem pouco acessível” destaca-se parecer profissional transmitido de forma técnica, sem esclarecimentos, sem detalhes do que abrange uma possível regularidade, configurando uma VO, capacitando a potencialização de sofrimento, conforme evidenciado no relato da P10.

Nas circunstâncias das dificuldades na amamentação, os ensinamentos e informações dos profissionais de saúde são cruciais para assistir às mães na superação dessas dificuldades; com frequência as mulheres referem receber informações limitadas, pelos profissionais de saúde, incluindo seus médicos (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015; WATKINS; DOGSON, 2010).

Contribuindo para essa questão, Matos *et al.* (2017), ressaltam que, o que aparenta, é a falta de reconhecimento, dos profissionais de saúde, de suas atitudes desumanizadas no cuidado e, assim, resultam em repetições rotineiras; as mulheres, por sua vez, por diversas situações intrínsecas, como, por exemplo, vergonha, constrangimento, medo, não ousam questionar; assim sendo, permanecem com as incertezas gerando transtornos.

Dos transtornos, acima mencionados, foi constatado o que está incutido na subcategoria “culpabilização, desprezo e humilhação”; os relatos (P8 e P11) estão repletas de sentimentos desagradáveis de culpa, humilhação, desprezo pela sua individualidade, exteriorizados pelo o transbordamento de fortes emoções, sofrimento e dor, tanto física como psicológica.

Não foi lhes atribuído a ponderação, expressa por Trucharte *et al.* (2019) e Oliveira, Santos e Cavalcante (2019), de que o ser humano detém formas distintas de enfrentar as heterogêneas situações advindas.

Em uma literatura mais remota, porém com um discurso bastante atual e, portanto, vale a pena ser citado, Sarmiento e Setúbal (2003) expressam que os sentimentos das mulheres não devem ser tratados como “isso é normal”, pois, cada uma tem sua individualidade que difere uma das outras.

Ao agir desta forma, o cuidado se perfaz baseado somente no saber técnico/científico, estabelecendo uma relação de poder do profissional sobre o ser das mulheres assistidas, lhes

repassando um sentido de desqualificação quanto à ciência de seu próprio corpo (SILVA; URASAKY; FLORES, 2018); no nosso entendimento, isso é uma forma de deixar a mulher insegura, impotente, com sentimento de culpa e desprezo pelos sentimentos que estão sendo extravasados.

Se o cuidado for baseado somente no saber técnico/científico, além das VOs descritas no parágrafo anterior, o cuidado pode tomar a forma descrita na subcategoria deste estudo: “ameaça e coação”, conforme compreendido na fala da P8; no cuidado às puérperas, muitas vezes são utilizadas imposições que caracterizam formas de coação à mulheres com ameaças de resultados desfavoráveis para elas ou para os bebês, caso não acatem às determinações, fazendo, assim, com que a mulher perca seu direito de ter sua autonomia nas decisões.

Siqueira e Rocha (2019), se reportando à declaração de Teles e Melo (2012), que definindo a violência, fundamentam que ela é uma forma de coação, impedindo o indivíduo de usufruir de sua própria vontade.

Por fim, na última subcategoria “descaso e abandono”, se constata a dor de se sentir desamparado, negligenciado, em um momento de tanta necessidade de cuidado e atenção; até mesmo diante de situações que se apresentavam como intercorrência e necessitavam de uma urgência no atendimento, como no caso da P13. Da mesma forma, a falta de interação do profissional médico com a P12, foi relatado como sentimento de abandono, suscitando dor e solidão, mesmo com tantos outros profissionais ao seu redor.

Profissionais que deveriam ser os vitais cuidadores, da mulher, amparando, prestando um cuidado contínuo com minucioso zelo, são os mesmos atores geradores de temor tornando aquela experiência um momento de total dissabor por efeito do descaso e do abandono, impedindo que arestas, obstáculos e inseguranças sejam removidos (GOMES; SANTOS, 2017; RODRIGUES *et. al*; 2006)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível observar que VO é uma realidade na trajetória reprodutiva da mulher, inclusive no período puerperal; pode se apresentar de diversas formas, desde a omissão de informações até ao descaso e abandono, causando dor, sofrimento e gerando consequências que podem perdurar durante a trajetória de vida futura da mulher.

No empreender do cuidado, muitos dos profissionais de saúde se atém no cumprimento de protocolos sem estabelecer critérios de flexibilidade, fazendo com que as atitudes acarretem um rastro de desrespeito à individualidade e, conseqüentemente, a negação ao empoderamento tão necessário para que a mulher exerça, de forma clara e segura, sua autonomia e o direito do estabelecimento de sua dignidade.

O estudo trouxe a percepção de que descrever, ouvir e atentar aos relatos das violências sofridas pelas puérperas é de vital importância para favorecer seu enfrentamento, como, também, um alerta aos profissionais de saúde, frente a imperiosa necessidade de estabelecimento de um cuidado verdadeiramente humanizado; assim como reconhece a importante contribuição do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos para o empoderamento dessas mulheres para a atuação de sua autonomia e estabelecimento de sua dignidade.

O presente estudo encontrou limites devido à escassez de trabalhos no assunto e, para tanto, evidencia a necessidade de investimento em pesquisas com foco na VO no puerpério.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Jordana Moreira de; LUZ, Sylvana de Araújo Barros; UED, Fábio da Veiga. Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. **Revista Paulista de Pediatria (english Edition)**, [S.l.], v. 33, n. 3, p.355-362, set. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2015.06.016>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2359348215000172>. Acesso em: 10 set. 2019.

Alves VH, Padoin SMM, Rodrigues DP, Branco MBLR, Marchiori GRS, Santos MV. Percepção das nutrizes acerca do valor útil do apoio ao aleitamento materno. **J nurs health**. 2018;8(3):e188306. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14166/8941> Acesso em: 10 set. 2019.

ALVES, J, de S.; OLIVEIRA, M. I. C. de; RITO, R. V. V. F. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1077-1088, Abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.10752016> . Acesso em 10 set. 2019.

AMARAL, Luna Jamile Xavier *et al.* Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 127-134, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56676> . Acesso em: 08 out. 2019.

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. *In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS*, 3., 2014, Londrina, PR. **Anais [...]**. Londrina, PR: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2014, p. 1-7. Disponível em: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf. Acesso em: 10 set. 2019.

ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento *et al.* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.l.], v. 16, n. 1, p.29-37, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292016000100029&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 01 nov. 2019.

BARUFALDI, Laura Augusta *et al.* Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2929-2938, Sept. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>. Acesso em: 31 out. 2018.

BRASIL. Decreto nº 4377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. **Convenção Sobre A Eliminação de Todas As Formas de Discriminação Contra A Mulher**. Brasília, DF: Subchefia de Assuntos

Jurídicos, 13 set. 2002. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm>. Acesso em: 25 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11340, de 07 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher nos termos do par. 8º do art. 226 da constituição federal, da convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e da convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher; dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher; altera o código de processo penal, o código penal e a lei de execução penal; e dá outras providências.

[Brasília], 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/L11340.htm

Acesso em: 04 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 7.867, de 13 de junho de 2017. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. **Boas Práticas Para A Atenção à Gravidez, Parto, Nascimento, Abortamento e Puerpério.** Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 13 jun. 2017. Disponível em:

<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>>.

Acesso em: 25 nov. 2018.

CAMINHA, Maria de Fátima Costa *et al.* Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2245-2250, Abr. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400023>. Acesso em: 08 de out. 2019.

CARVALHO, I. da S.; BRITO, R.S. de. Formas de violência obstétrica experimentada por mães que tiveram parto normal. **Enfermería Global**, [S.l.], 16, 3 (jun. 2017), 71-97.

Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>. Acesso em: 03 out. 2018.

CIELLO et al. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”** - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Rede Parto do Princípio. Brasília, DF: Senado Federal.

Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>

Acesso em: 08 set. 2019.

CUNHA, Bárbara Madruga. Violência contra a mulher, direito e patriarcado: perspectivas de combate à violência de gênero. **Jornada de Iniciação Científica de Direito da UFPR**, 2014.

Disponível em: <http://www.direito.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2014/12/Artigo-B%3%A1rbara-Cunha-classificado-em-7%C2%BA-lugar.pdf>. Acesso em 19 set. 2019.

DINIZ, Simone Grilo et al. ABUSE AND DISRESPECT IN CHILDBIRTH CARE AS A PUBLIC HEALTH ISSUE IN BRAZIL: ORIGINS, DEFINITIONS, IMPACTS ON MATERNAL HEALTH, AND PROPOSALS FOR ITS PREVENTION. **Journal Of Human Growth And Development**, [S.l.], v. 25, n. 3, p.377-384, 25 out. 2015. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>. Acesso em: 30 out. 2019

DYKES, Fiona. The education of health practitioners supporting breastfeeding women: time for critical reflection. **Maternal And Child Nutrition**, [S.l.], v. 2, n. 4, p.204-216, out. 2006. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1740-8709.2006.00071.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1740-8709.2006.00071.x>. Acesso em: 11 set. 2019.

ESTUMANO, Vanessa Kelly Cardoso *et al.* Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. **Recien**, São Paulo, v. 19, n. 7, p.83-91, nov. 2017. Disponível em: https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/185/pdf_1. Acesso em: 10 set. 2019.

GOMES, Gabriella Farias; SANTOS, Ana Paula Vidal dos. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUERPERIO. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [S.l.], v. 6, n. 2, p.211-220, 30 out. 2017. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Publica. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1407>. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1407/1081>. Acesso em: 18 out. 2019.

LANSKY, Sônia *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802811&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 out. 2018

LIMA, C. C. *et al.* Humanidades e humanização em saúde: a literatura como elemento humanizador para graduandos da área da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 18, n. 48, p.139-150, 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0708>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2014.v18n48/139-150/>. Acesso em: 05 set. 2019.

MATOS, Greice Carvalho de *et al.* Grupos de gestantes: espaço para humanização do parto e nascimento. **Revista, de pesquisa: cuidado é fundamental Online**, [S.l.],v.9, n. 2, p. 393-400, abr. 2017. <http://77dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.393-400>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5052>. Acesso em: 12 out. 2019.

MEDEIROS, N. C. M. *et al.* Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal. *Rev. Tem em Saúde, João Pessoa*, v. 16, n. 3, p. 503-528, 2016. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/09/16331.pdf>. Acesso em: 08 set. 2019.

MERCADO, Nayara Caselato *et al.* Cuidados e orientações de enfermagem às puérperas no alojamento conjunto. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 9, n. 11, p.3508-15, set. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.10620-94529-1-SM.1109sup201702>. Acesso em: 20 out. 2019

MORAIS, A. M. S. **A humanização na área da saúde uma proposta reflexiva para o serviço social: uma proposta reflexiva para o serviço social**. 2016. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Serviço Social Programa de Pós Graduação, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2016. Disponível em:

<http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/3552/2/ANA%20MARIA%20SANTANA%20MORAIS.pdf>. Acesso em: 05 set. 2019.

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles *et al.* Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 10, p.3231-3242, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.10462014>. Acesso em: 10 set. 2019.

MOUTA, Ricardo José Oliveira *et al.* Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S.l.], v. 31, n. 4, p.01-10, 20 dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20275>. Acesso em: 10 out. 2019.

NASCIMENTO, Lais Chaves do *et al.* Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 5, n. 11, p.2014-2023, maio 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23355/18974>. Acesso em: 10 set. 2019.

OLIVEIRA, Aline Soares; SANTOS, Maria Eduarda Pereira dos; CAVALCANTE, Mariana Araújo Bichuete. A importância do acompanhamento psicológico no ciclo gravídico puerperal. **Revista Humanidades e Inovação**, Araguaina, v. 13, n. 3, p.48-54, abr. 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/1256/1141>. Acesso em: 12 out. 2019.

OLIVEIRA, Carolina Sampaio de *et al.* Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 16-23, 2015. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56766>. Acesso em 12 set. 2019.

PEREIRA, Jéssica Souza *et al.* Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research** -, Minas Gerais, v. 5, n. 1, p.103-108, jun./ago. 2016. Trimestral. Disponível em: http://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/6646/1/ARTIGO_Viol%C3%AanciaObst%C3%A9tricaOfensa.pdf. Acesso em: 28 out. 2018.

RODRIGUES, Dafne Paiva *et al.* O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 277-286, jun. 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200012>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2019.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html Lei 17.097, de 17/01/2017. Acesso em 15 out. 2019

SANTOS, J.S.; ANDRADE, M.; SILVA, J.L. Fatores que influenciam no desmame precoce: implicações para o enfermeiro de promoção da saúde na estratégia de saúde da família.

Informe-se em promoção da saúde. V.5, n. 2.p. 26-29, 2009. Disponível em: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84940460270&origin=inward&txGid=5263c04b4df63ec7f3a81a72657b5eb9>. Acesso em: 07 out. 2019.

SARMENTO, Regina; SETUBAL, Maria Silvia Vellutini. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev. Cien. Med.**, Campinas, v. 12, n. 3, p.261-268, set. 2003. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1260/1235>. Acesso em: 12 out. 2019.

SCHMIEGUEL, Carlos. Conceito de lei em sentido jurídico. **Ágora: R. Divulg. Cient.** Mafra, v. 1, n. 17, p.128-134, jan. 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/agora/article/viewFile/55/162>. Acesso em: 14 out 2019.

SCHWAB, W.; MARTH, C.; BERGANT, A. Post-traumatic Stress Disorder Post Partum. **Geburtshilfe Und Frauenheilkunde**, [S.l.], v. 72, n. 01, p.56-63, jan. 2012. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1280408>. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0031-1280408.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018

SILVA, Adaiete Lucia Nogueira Vieira da *et al.* Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [s.l.], v. 7, n. 1, p.144-151, 30 maio 2017. Universidade Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769222531>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531/pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

SILVA, Eunice Almeida da; URASAKI, Maristela Belletti Mutt; FLORES, Quézia Rebeca Silva. Concepções de cuidado e relações de poder na saúde da mulher. **Refacs**, Uberaba, v. 6, n. 1, p.01-11, jan. 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497955422009>. Acesso em: 15 out. 2019.

SILVA, Sheila Cristina Martins *et al.* Profissionais de saúde no apoio ao aleitamento materno: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.I.], v. sup. 10, p.923-928, 2018. Revista Eletronica Acervo Saude. http://dx.doi.org/10.25248/reas106_2018. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS106.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

SIQUEIRA, Camila Alves; ROCHA, Ellen Sue Soares. Violência psicológica contra a mulher: Uma análise bibliográfica sobre causa e consequência desse fenômeno. **Revista Arquivos Científicos: (IMMES)**, Macapá, v. 2, n. 1, p.12-23, abr. 2019. Disponível em: <http://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/107/63>. Acesso em: 15 out. 2019.

SOARES, Bruno Porto et al. Violência obstétrica e suas implicações. **Renome**, Montes Claros, v. 4, Ed. Esp., p.93-94, out. 2015. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/47/47>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SOUZA, Karina Junqueira de; RATTNER, Daphne; GUBERT, Muriel Bauermann. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 69, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006549>. Acesso em: 28 ago. 2019.

TELES, M. A. de A.; MELO, M. de. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2012 – Coleção primeiros passos

TOSTES, Natalia A.; SEIDL, Eliane Maria F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas em Psicologia**, [S.l.], v. 24, n. 2, p.681-693, fev. 2016. Associação Brasileira de Psicologia. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2016.2-15>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513754278015.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

TRUCHARTE, F. A. R.; KNIJNIK, R. B.; SEBASTIANI, R. W.; ANGERAMI, V. A. (org.). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. 2. ed. revista e ampliada - São Paulo: Cengage Learning, 2018. Disponível em: https://issuu.com/cengagebrasil/docs/9788522107940_psicologia-hospitalar. Acesso em: 15 out. 2019.

VILELA, Laurez Ferreira. **MANUAL PARA ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA DO DF**. 2. ed. Brasília: SES-DF, 2009. 68 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

WATKINS, Amanda L.; DODGSON, Joan E. Breastfeeding Educational Interventions for Health Professionals: A Synthesis of Intervention Studies. **Journal For Specialists In Pediatric Nursing**, [S.l.], v. 15, n. 3, p.223-232, 13 maio 2010. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00240.x>. Disponível em: <https://asu.pure.elsevier.com/en/publications/breastfeeding-educational-interventions-for-health-professionals>. Acesso em: 12 out. 2019.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de toda a Graduação em Enfermagem da UFSC, muitas são as disciplinas que nos preparam para o desempenho do compromisso do cuidar; dentre elas, na sexta unidade curricular, encontra-se a disciplina focada na saúde da mulher, a qual, entre outros temas, nos apresenta o cuidado com a mulher no seu período pós-parto, ou seja, no puerpério.

A predileção pela área da Saúde da Mulher, com foco em um cuidado de qualidade, integral e humanizado, motivou a escuta, a atenção e a descrição dos relatos de violência obstétrica no puerpério, sofridas por mulheres integrantes de um Grupo de Gestantes e Casais Grávidos. Baseado nesse aspecto, foi escolhido ocupar-se de um estudo nessa área, com o intuito de responder a seguinte indagação: Quais as violências obstétricas sofridas no pós-parto, relatadas por puérperas participantes de um grupo de gestantes e casais grávidos? Da imersão nesse estudo foi possível a concepção de um manuscrito intitulado “A dor no relato de mulheres que vivenciaram violência obstétrica no puerpério”, o que, de uma forma ampla, foi constatado que a violência obstétrica no puerpério é uma realidade corrente, geradora de sofrimento passíveis de acompanhar a mulher em sua trajetória.

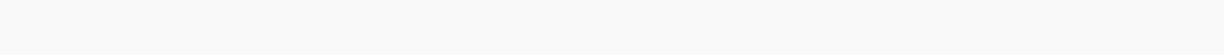
Como resultados, o manuscrito definiu, como categoria principal, o “atendimento desumanizador e degradante” (pautado por aqueles que teriam como missão principal, o acolhimento humanizado), amplamente caracterizado como descuido e desconsideração, para com as puérperas, incorporando ramificações de abandono, descaso, culpabilização, intimidações, discriminações, entre outros, fragilizando e desrespeitando as mulheres.

O objetivo do estudo, através da descrição dos relatos das puérperas, foi atingido de forma a trazer contribuições para a formação acadêmica aprimorada, assim como ratificar a importância de um cuidado humanizado, como, também, a relevância de oportunizar a expressão dos sentimentos vivenciados pela mulher, como uma forma de contribuição para seu enfrentamento.

O estudo em questão deparou-se com limitações frente a carência de literatura sobre o tema, mesmo assim, é dotado de subsídios importantes para análise e reflexão no estabelecimento de um cuidado humanizado; para tanto, sugere-se que outros estudos sobre o assunto sejam realizados e possam ampliar o olhar para o tema.

Para tanto, evidencia-se a importância de concessão para abertura às puérperas expressarem suas vivências, de maneira a possibilitar a identificação da violência obstétrica, equipando as instituições e órgãos de saúde de elementos capazes de qualificação e minimização da incidência de violência obstétrica.

Por fim, ressalta-se a extrema importância do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos no preparo dessas mulheres, através do compartilhamento de conhecimentos e experiências, para o devido enfrentamento, reconhecimento e tomada de atitudes frente à VO.



REFERÊNCIAS

- ALVES, A. M. *et al.* A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo e transição ao papel materno. **Cogitare Enfermagem**, [S.I.], v.12, n. 4. Dez. 2007. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/10063>. Acesso em: 04 nov. 2018.
- ANDRADE, R. D. *et al.* Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Revista da Escola Anna Nery: EEAN**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.181-186, jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0181.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2018.
- ARAÚJO, M. M. *et al.* Violência, saúde e a nova lei sobre os crimes contra a dignidade sexual. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 3, 2010. Disponível em http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000300011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 04 nov. 2018.
- BARACHO, E.; BARACHO, S. M.; ALMEIDA, L. C. Fisioterapia aplicada a obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. Adaptações do sistema musculoesqueléticos e suas implicações. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 34 e 35
- BARBOSA, E. M. G. *et al.* Necessidades de autocuidado no período pós-parto identificadas em grupos de puérperas e acompanhantes. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, [S.I.], v. 7, n. 1, p.166-179, 7 ago. 2018. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. <http://dx.doi.org/10.18554/reas.v7i1.1921>. Disponível em: seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/download/1921/pdf. Acesso em: 08 abr. 2019.
- BARROS; A. J. da S.; LEHFELD, N. A. de S. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- BOWSER, D; HILL, K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis,” Bethesda, MD: USAID-TRAction Project, University Research Corporation, LLC, and Harvard School of Public Health. 2010
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. : il. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 04 nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília :

Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – Cadernos de Atenção Básica, n° 32. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf Acesso em: 25 out. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11340, de 07 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher nos termos do par. 8º do art. 226 da constituição federal, da convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e da convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher; dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher; altera o código de processo penal, o código penal e a lei de execução penal; e dá outras providências. [Brasília], 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/L11340.htm Acesso em: 10 jun. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - Sus - A Rede Cegonha.** Brasília, DF: Gabinete Ministro da Saúde, Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 29 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf Acesso em: 22 nov. 2018

BRASIL. NAÇÕES UNIDAS BRASIL. (Ed.). **Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável.** 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 06 nov. 2018.

BRASIL. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS/OMS. **A OPAS/OMS apoia os 16 dias de movimento pelo fim da violência contra as mulheres.** 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=4734:a-opas-oms-apoia-os-16-dias-de-movimento-pelo-fim-da-violencia-con. Acesso em: 01 nov. 2018.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; OLIVEIRA, Maria Emília de; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos (Org.). **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal.** 22. ed. Curitiba: Progressiva, 2011. 476 p.

CAIAFA, Ricardo. SUS: conheça os serviços do Sistema Único de Saúde, que está completando 31 anos. *In: Blog da saúde MG.* [S.l.], 19 set. 2019. Disponível em: <http://blog.saude.mg.gov.br/2019/09/19/sus-conheca-os-servicos-do-sistema-unico-de-saude-que-esta-completando-31-anos/>. Acesso em: 10 out. 2019.

CANTILINO, A. *et al.* Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>. Acesso em: 31 out. 2018.

CANTILINO, Amaury *et al.* Postpartum depression in Recife - Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v.

59, n. 1, p.1-9, maio 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0047-20852010000100001>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000100001&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 04 nov. 2018.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>. Acesso em: 9 ago. 2019.

CIELLO *et al.* **Violência Obstétrica “Parirás com dor”** - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Rede Parto do Princípio. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> Acesso em: 08 set. 2019.

COELHO, E.B.S.; SILVA, A.C.L.G.; LINDNER, S.R. (orgs.). **Violência: definições e tipologias** [recurso eletrônico] /Universidade Federal de Santa Catarina; — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 32 p. Disponível em: https://violenciaesaude.ufsc.br/files/2015/12/Definicoes_Tipologias.pdf . Acesso em: 12 out. 2018.

CONVENÇÃO BELEM DO PARA, 2015 *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer* CONVENCION DE BELÉM DO PARÁ

COSTA, L. C. *et al.* Possibilidades para a promoção do cuidado de enfermagem no alojamento conjunto: visão da equipe. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 4, p.529-537, out. 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/408/40846584009.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2019.

CUNHA, C. C. A. **Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais**. Brasília, 2015. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf. Acesso em: 25 nov. 2018.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de Orientação** - Assistência ao parto, aborto e puerpério. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 2010. 186 p. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/ASSIST%20C3%8ANCIA%20AO%20PARTO,%20PUERP%20C3%89RIO%20E>. Acesso em: 10 nov. 2018.

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

JUAREZ, DP, *et al.* **Violencia sobre lãs mujeres: herramientas para el trabajo de lós equipos comunitarios**. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2012. Disponível em: http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/educacionpermanente-en-servicio/violencia_mujer_web.pdf. Acesso em: 25 out. 2018.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. *In*: CONGRESSO IBERO AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 4., 2018, Florianópolis. **Proceedings**. [s.l.]: Atas CIAIQ, 2015. v. 2, p. 243 - 247. Disponível em: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. Acesso em: 04 set. 2019.

KRUG, E. G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0> . Acesso em: 29 out. 2018.

LIMA, M. *et al.* Contribuições da extensão em um grupo de gestantes e casais grávidos para a formação do enfermeiro. **Rev. Anna Nery**, v.22, n.4, p.1-8, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170367.pdf . Acesso: 18 ago. 2019.

MEDEIROS, R. M. K. *et al.* Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1091-1098, dez. 2016 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601091&lng=pt&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295>. acessos em 31 out. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C.S. **Violência**: um problema para a saúde dos brasileiros. *In*: SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S. (org.) **Impactos da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p.09-33. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=6BZqDwAAQBAJ&pg=PA42&lpg=PA42&dq=MINAYO,+M.C.S>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MINAYO, MCS. **Violência e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. 132 p. ISBN 978-85-7541-380-7. Disponível em SciELO Books <http://books.scielo.org> . Acesso em: 04 nov. 2018.

NJAINÉ, K., ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Impactos da Violência na Saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, 418 p. ISBN: 978-85-7541-588-7. Disponível em: doi: 10.7476/9788575415887. Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/7yzrw/epub/njaine9788575415887.epub> Acesso em: 04 nov. 2018.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Global Status Report on Violence Prevention. Genebra: OMS; 2014a. Disponível em: <http://nevusp.org/wpcontent/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

PEREIRA, J. S. *et al.* Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research** -, Minas Gerais, v. 5, n. 1, p.103-108, jun./ago. 2016. Trimestral. Disponível em: http://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/6646/1/ARTIGO_Viol%C3%AanciaObst%C3%A9tricaOfensa.pdf. Acesso em: 28 out. 2018.

PROGIANTI, Jane Márcia; ARAUJO, Luciane Marques de; MOUTA, Ricardo José Oliveira. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 45-49, mar. 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em em 28 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000100007>

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”** - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em:

<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
Acesso em 02 de agosto, 2018.

ROCHA, M. J.; GRISI, E. P.. Violência Obstétrica e suas Influências na Vida de Mulheres que Vivenciaram essa Realidade. **Id On Line Rev Psiq: Revista multidisciplinar e de psicologia**, Sergipe, v. 11, n. 38, p.01-13, maio 2017. Quadrimestral. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/931/1304>. Acesso em: 04 set. 2018.

RONCALLO, C. P.; SANCHEZ DE MIGUEL, M.; ARRANZ FREIJO, E. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. **Escritos de Psicología**, Málaga, v. 8, n. 2, p. 14-23, agosto 2015. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092015000200004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.0706>

ROVARIS, M.L. et al. **Atenção à saúde da mulher e do recém-nascido: manual de boas práticas**. 1ed. EBSEH, UFSC, 2018. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/3547298/final.pdf/3ac08f66-68e3-41ff-a569-1f1c118e71ba>. Acesso em: 20 out. 2019.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html Lei 17.097, de 17/01/2017. Acesso em 10 jun. 2019.

SANTOS, F. A. P. S; MAZZO, M. H. S. N; BRITO, R. S. Sentimentos vivenciados por puérperas durante o pós-parto. **Rev. de Enfermagem UFPE on line.**, v.9, sup.2, p.858-863, Recife, fev. 2015. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5773/1160>. Acesso: 18 nov. 2017

SAUAIA A. S. S. e SERRA, M. C. M. Uma Dor Além do Parto: Violência Obstétrica em Foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade** | e-ISSN: 2526-0022| Brasília | v. 2 | n. 1 | p. 128 - 147 | Jan/Jun. 2016. DOI 10.21902/. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322630312_Uma_Dor_Alem_do_Partto_Violencia_Obstetrica_em_Foco. Acesso em: 10 out. 2018.

SILVA, E. C. *et al.* Puerperium and nursing assistance: women's perception. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.I.], v. 11, n. 7, p. 2826-2833, June 2017. ISSN 1981-8963.

Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11043/19180> Acesso em: 04 nov. 2018.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3523-3532, Nov. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103523&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2018

SILVA, LR, CHRISTOFFEL MM, CASTRO SJ, RIBEIRO F. A prática do cuidado prestado pelas mulheres aos filhos no domicílio. **Enferm Global**. [online] 2007 maio; (10): [citado 14 set 2007] 1-9. Disponível em: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/207/244>. Acesso em: 12 nov. 2018

SOUZA, A. B. Q.; FERNANDES, B. M. Diretriz para a assistência de enfermagem: ferramenta eficaz para a promoção de saúde no puerpério. **Rev Rene**, Juiz de Fora, v. 4, n. 15, p.594-604, ago. 2014. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11269/1/2014_art_abqsouza.pdf. Acesso em: 06 nov. 2018.

TELES, M. A. de A. **Breve história do Feminismo no Brasil e outros ensaios**. São Paulo: Alameda, 2017. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=Ez5ODwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Maria+Am%C3%A9lia+de+Almeida+Teles%22&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjA0qq5ms_eAhWEQ5AKHTLmAWgQ6AEIKTAA#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 29 out. 2018.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 10, n. 35, p.1-12, 24 jun. 2015. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>>. Acesso em: 10 out. 2018.

TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 10, n. 35, p. 1-12, jun. 2015. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 06 nov. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Curso de Graduação em Enfermagem. **Instrução Normativa Para Elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - Curso de Enfermagem**. Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://enfermagem.ufsc.br/instrucoes-normativas/>. Acesso em: 10 ago. 2019.

VIEIRA, A. N et al. Grupo de gestantes e/ou casais grávidos: um processo de construção coletiva (1996-2016). **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.23, n. 2, e20180221, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200216&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on violence prevention 2014.

World Health Organization. 2014 Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/145086>.

Acesso em: 01 nov. 2018.

ZAMPIERI *et al.* **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher**. Textos Fundamentais. 2010.

ZAMPIERI, M. F. M. *et al.* **20 anos do grupo de gestantes e casais grávidos: trajetória histórica, perfil, impacto, percepções e contribuições para os envolvidos**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

ZANARDO, G. L. P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 29, p.1-11, 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>. Acesso em: 01 nov. 2018.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: 20 ANOS DO GRUPO DE GESTANTES E CASAIS GRÁVIDOS: TRAJETÓRIA HISTÓRICA, PERFIL, IMPACTO PERCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA OS ENVOLVIDOS

Pesquisador: margarete maria de Lima

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 63797417.4.0000.0121

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.051.643

Apresentação do Projeto:

O estudo intitulado, "20 ANOS DO GRUPO DE GESTANTES E CASAIS GRÁVIDOS: TRAJETÓRIA HISTÓRICA, PERFIL, IMPACTO PERCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA OS ENVOLVIDOS", trata de uma pesquisa qualitativa documental, descritiva e exploratória realizada com gestantes, acompanhantes, acadêmicos e profissionais de saúde envolvidos no grupo de gestantes ou casais grávidos, atividade de extensão, grupal e educativa, desenvolvida desde 1996 por docentes do Departamento de Enfermagem e profissionais da maternidade do Hospital Universitário. A pesquisa procura compreender o impacto e significado do grupo de gestantes e casais grávidos e reencontros de pais e bebês para os participantes e a área da obstetrícia ao longo da trajetória histórica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Compreender o impacto e significado do grupo de gestantes e casais grávidos e reencontros de pais e bebês para os participantes e a área da obstetrícia ao longo da trajetória histórica.

Objetivos específicos:

- Identificar perfil dos participantes de todos os seguimentos sociais envolvidos no grupo
- Conhecer as temáticas abordadas e metodologias adotadas no grupo;

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.051.643

- Conhecer de que modo o grupo tem contribuído para a vivência do processo de gestação, parto e puerpério na percepção dos participantes correlacionando com as transformações do processo de nascimento na sociedade.
- Identificar as contribuições do grupo para a consolidação dos princípios de humanização, autonomia, integralidade e interdisciplinaridade;
- Identificar como puérperas e acompanhantes participantes dos reencontros de pais e bebês percebem o aleitamento, as limitações, potencialidades e formas de superação no processo de amamentar;
- Conhecer a percepção das puérperas e seus companheiros sobre o processo de gestação, parto e pós-parto (puerpério)
- Identificar o impacto do grupo de gestantes e casais grávidos e reencontros de pais e bebês para a formação do enfermeiro;
- Investigar a concepção dos bolsistas de extensão sobre seu processo formativo vinculado ao grupo de gestantes e casais grávidos;
- Analisar as contribuições da participação do graduando de enfermagem no grupo de gestantes para cuidar da mulher e recém-nascido nos diferentes cenários de cuidado;
- Identificar os principais fatores que interferem na adesão das gestantes, puérperas e seus acompanhantes ao grupo;
- Identificar de que modo o grupo de gestantes tem contribuído para o fortalecimento da autonomia e interdisciplinaridade, preconizados pela filosofia do Hospital Universitário;
- Conhecer a trajetória histórica do grupo de gestantes e casais grávidos ao longo das atividades realizadas;
- Identificar se o desenvolvimento desta atividade educativa gera impacto e transformações no processo de nascimento e na área obstétrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa cumprirá os termos da Resolução 466/2012 que normatiza e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e garante, o anonimato, a confidencialidade e o direito de voluntariedade, sem riscos a sua vida ou agravos à sua saúde. A pesquisa não acarretará problema de ordem física moral e econômica, não trazendo problemas a saúde dos participantes e suas atividades. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à vida e saúde, mas

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.051.643

podem trazer benefícios em função das reflexões e trocas realizadas. Contudo, pode mobilizar sentimentos e gerar alguma forma de constrangimento. Assim, os pesquisadores buscarão conduzir os trabalhos de modo a evitar constrangimento, mas caso ocorra, os participantes terão a liberdade para sair das atividades e retornar quando estiverem em condições ou mesmo desistirem. Os pesquisadores se colocarão a disposição para escutar, dar apoio e auxiliar a minimizar o constrangimento, caso ele ocorra. Os participantes e seus familiares não terão nenhuma despesa extra ao participar do estudo, bem como nenhuma compensação financeira. Se houver algum dano comprovadamente vinculado a participação neste estudo, alheio a nossa vontade, estaremos disponíveis para eventuais ressarcimentos/indenizações. As questões emocionais que podem aflorar no grupo durante o desenvolvimento da prática educativa e reencontro de pais e bebês são e serão trabalhadas pela psicóloga e enfermeira que conduzem a atividade. Será assegurado aos participantes da pesquisa o anonimato, sendo utilizados nomes fictícios para identificá-los. Todas as informações serão usadas somente para este estudo. Os dados existentes e os que serão construídos estão e continuarão sendo arquivados em gaveta fechada à chave na sala de um dos docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, e guardados por cinco anos. Somente as pesquisadoras terá acesso às informações.

Benefícios:

Esta pesquisa contribuirá para a construção de novos conhecimentos em relação ao grupo de gestantes e casais grávido e vivências das gestantes, puérperas e acompanhantes, bem como reflexão sobre a importância do processo educativo como espaço de pesquisa. As trocas de informações e reflexões sobre as experiências e vivências poderá favorecer a compreensão das gestantes e acompanhantes sobre a gestação, parto e período puerperal e transformações inerentes aos mesmos, possibilitando decisões mais conscientes e conhecimento dos direitos por parte dos participantes. Este estudo poderá contribuir para a produção de novos conhecimentos sobre a temática, servindo de subsídios para mudanças no cotidiano da atenção à saúde da mulher e neonato no processo de gestar e parir e no ensino aprendizagem dos acadêmicos envolvidos na área e na pesquisa. Poderá fortalecer as boas práticas com base em evidências científicas e favorecer o estabelecimento de um diálogo com a comunidade científica, criando pontes e novos caminhos para pensar, sentir, fazer e pesquisar em Enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos e uma vez obtido os

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.051.843

dados conclusivos, poderá contribuir para a produção de novos conhecimentos sobre a temática, servindo de subsídios para mudanças no cotidiano da atenção à saúde da mulher e neonato no processo de gestar e parir e no ensino aprendizagem dos acadêmicos envolvidos na área e na pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram elaboradas todas as alterações nos TCLEs conforme solicitado.

Recomendações:

No Termo e Assentimento o endereço do CEPESH está colocado duas vezes no texto quase em sequencia; manter na posição abaixo dos pesquisadores conforme os outros TCLEs.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Encaminhamos para aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_846575.pdf	13/04/2017 09:12:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Grupodegestantesoucasaisgravidoprojetodepesquisa2017.pdf	13/04/2017 09:12:12	margarete maria de Lima	Aceito
Outros	respostaaspendencias2.pdf	13/04/2017 08:53:18	margarete maria de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CONSENTIMENTOACADEMICOS.pdf	13/04/2017 08:52:54	margarete maria de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CONSENTIMENTOPROFISSIONAIS.pdf	13/04/2017 08:52:44	margarete maria de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ASSENTIMENTOGESTANTESADOLESCENTES.pdf	13/04/2017 08:52:34	margarete maria de Lima	Aceito
TCLE / Termos de	CONSENTIMENTODOSRESPONSAVEI	13/04/2017	margarete maria de	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DAS GESTANTES
ADULTAS/ACOMPANHANTES**

Eu, Margarete Maria de Lima, professora do Departamento de Enfermagem juntamente com as pesquisadoras, Maria de Fátima Zampieri, Vitória Regina Petters Gregório, Roberta Costa e Zaira Aparecida de Oliveira Custódio, estamos desenvolvendo um estudo intitulado “20 ANOS DO GRUPO DE GESTANTES E CASAIS GRÁVIDOS: TRAJETÓRIA HISTÓRICA, PERFIL, IMPACTO PERCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA OS ENVOLVIDOS”, cujos objetivos são: Objetivo geral Compreender o impacto e significado do grupo de gestantes e casais grávidos e reencontros de pais e bebês para os participantes e a área da obstetrícia ao longo da trajetória histórica.

Objetivos específicos:

- Identificar perfil dos participantes de todos os seguimentos sociais envolvidos no grupo
- Conhecer as temáticas abordadas e metodologias adotadas no grupo;
- Conhecer de que modo o grupo tem contribuído para a vivência do processo de gestação, parto e puerpério na percepção dos participantes correlacionando com as transformações do processo de nascimento na sociedade.
- Identificar as contribuições do grupo para a consolidação dos princípios de humanização, autonomia, integralidade e interdisciplinaridade;
- Identificar como puérperas e acompanhantes participantes dos reencontros de pais e bebês percebem o aleitamento, as limitações, potencialidades e formas de superação no processo de amamentar;
- Conhecer a percepção das puérperas e seus companheiros sobre o processo de gestação, parto e pós-parto (puerpério)
- Identificar o impacto do grupo de gestantes e casais grávidos e reencontros de pais e bebês para a formação do enfermeiro;
- Investigar a concepção dos bolsistas de extensão sobre seu processo formativo vinculado ao grupo de gestantes e casais grávidos;
- Analisar as contribuições da participação do graduando de enfermagem no grupo de gestantes para cuidar da mulher e recém-nascido nos diferentes cenários de cuidado;

- Identificar os principais fatores que interferem na adesão das gestantes, puérperas e seus acompanhantes ao grupo;
- Identificar de que modo o grupo de gestantes tem contribuído para o fortalecimento da autonomia e interdisciplinaridade, preconizados pela filosofia do Hospital Universitário
- Conhecer a trajetória histórica do grupo de gestantes e casais grávidos ao longo das atividades realizadas;

• Identificar se o desenvolvimento desta atividade educativa gera impacto e transformações no processo de nascimento e na área obstétrica. Você está sendo convidada (o) para participar desta pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFSC, de acordo com a resolução 466/2012 que normatiza e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e garante o anonimato, a confidencialidade e o direito de voluntariedade, sem riscos a sua vida ou agravos à sua saúde.

Ao aceitar em participar da pesquisa, você será convidada(o) a assinar e rubricar em todas as vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em consonância com a resolução 466/12, e mesmo depois de assinado, você terá liberdade para desistir da pesquisa em qualquer momento. Uma das cópias ficará com você para acompanhar as atividades.

Embora não haja benefícios diretos para a sua participação nesta pesquisa, ela poderá oferecer a você a oportunidade de contribuir para rever, redirecionar e avaliar os trabalhos desenvolvidos no grupo de gestantes ou casais grávidos, contribuindo para a autonomia de gestantes e acompanhantes que vivenciam o processo de nascimento. Ademais você contribuirá para ampliar conhecimentos na área. Você poderá também sanar algumas dúvidas em relação a gestação. Suas crenças e valores serão respeitados durante toda a realização da pesquisa. Se suas respostas, mobilizarem seus sentimentos, teremos o apoio da psicóloga que participa de nosso grupo.

Dada à carência de estudo nesta área, a sua participação é fundamental, para que possamos conhecer o impacto e contribuições do grupo de gestantes ou casais grávidos para os atores sociais envolvidos e sociedade. Sua colaboração nesta pesquisa implicará na participação nas seguintes etapas: 1) preenchimento das fichas de inscrição; 2) participação na elaboração do cronograma, avaliação das atividades e estratégias desenvolvidas no grupo de gestantes ou casais grávidos; 3) entrevista com duração de aproximadamente uma hora, gravada com o seu consentimento. Esta entrevista será agendada, previamente, com a indicação do local de encontro, ou ainda poderá ser realizada on line. Durante a entrevista serão feitos questionamentos relativos ao significado e contribuição do grupo de gestantes para você e percepções sobre as suas vivências na gestação, parto e pós-parto. As informações serão validadas posteriormente. Você poderá alterar ou confirmar o que está escrito. 4) outra estratégia de coleta de informações será por meio das redes sociais, sobretudo nas conversas do grupo de gestantes no WhatsApp. Poderemos solicitar a realização de fotos, que dependerão de sua autorização.

Serão utilizados nomes fictícios para manter o anonimato das informações no relatório da pesquisa. Todas as informações serão usadas somente para este estudo. Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas em armário chaveado, em uma sala do Departamento de Enfermagem da UFSC. Somente as pesquisadoras terão acesso às informações. Esta pesquisa não implica em nenhum gasto para você e nem para seus familiares.

A pesquisa não acarretará problema de ordem física moral e econômica para você. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas espero que tragam benefícios em função das reflexões e trocas realizadas. Contudo, pode mobilizar sentimentos e gerar alguma forma de constrangimento para você. Como é comum emergir sentimentos neste período de vida, trabalharemos esta questão no grupo ou individualmente com a ajuda da psicóloga e enfermeira que coordenam as atividades.

Os pesquisadores buscarão conduzir os trabalhos de modo a evitar constrangimento, mas caso ocorra, você terá a liberdade para sair das atividades e retornar quando estiver em condições ou

mesmo desistir. Os pesquisadores se colocarão a disposição para escutar você dar apoio e auxiliar a minimizar o constrangimento, caso ele ocorra.

Você e seus familiares não terão nenhuma despesa extra ao participar do estudo, Você também não terá nenhuma compensação financeira. Se houver algum dano comprovadamente vinculado a sua participação neste estudo, alheio a nossa vontade, estaremos disponíveis para eventuais ressarcimentos/indenizações.

Sua participação é totalmente voluntária e suas informações serão usadas exclusivamente para o trabalho científico. Caso você por qualquer motivo não deseje participar do estudo, não terá nenhuma desvantagem, coerção ou prejuízo, basta não autorizar, deixando de assinar este termo. Já, se desejar participar, ainda terá liberdade para desistir, bastando informar aos pesquisadores, sem qualquer penalidade.

Caso desista, se desejar, você pode solicitar que todas as informações já fornecidas não sejam utilizadas ou publicadas.

Caso você ainda tenha alguma outra dúvida em relação à pesquisa ou deseje desistir, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente. Margarete Maria de Lima. Telefone: (48) 3721-2760 email: Margarete.lima@ufsc.br Maria de Fátima Mota Zampieri. E-mail: fatimazampieri@gmail.com Vitória Regina Petters Gregório Telefone da Pós-Graduação da UFSC: (48) 3721-9787 Roberta Costa . Telefone: (48) 3721-2760 email: roberta.costa@ufsc.br, Zaira Aparecida de Oliveira Custódio: (48) 3721-2206 email: zaira@hu.ufsc.br

Assinatura Pesquisador: _____

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos: Universidade Federal de Santa Catarina, Rua Desembargador Vitor Lima, no 222, Prédio Reitoria II, 4o andar, sala 401, Trindade, Florianópolis. Telefone: 3721-6094.

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa: ““20 ANOS DO GRUPO DE GESTANTES E CASAIS GRÁVIDOS: TRAJETÓRIA HISTÓRICA, PERFIL, IMPACTO PERCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA OS ENVOLVIDOS ”. Concordo em participar dela e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma. *Estou ciente quanto ao compromisso das pesquisadoras de que a identidade será mantida em sigilo e que todas as informações obtidas na entrevista, nas gravações, nas observações, nas conversas pelo whatsapp e nos encontros serão confidenciais. Tenho clareza que todas as informações serão usadas somente para este estudo, que procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à vida e saúde e que a participação no estudo não implicará em nenhum ônus, bem como não será pago nenhuma remuneração pela participação. Autorizo as pesquisadoras a utilizarem os resultados desta atividade para divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. Autorizo a retirada e utilização de fotos, bem como a gravação e transcrição das entrevistas. A participação é voluntária, havendo liberdade para desistir da pesquisa a qualquer momento. Estou ciente que a entrevista será realizada em local e horário previamente combinado e dentro das minhas possibilidades, tendo a liberdade de responder ou não aos questionamentos. Fui esclarecida (o) sobre a pesquisa. Compreendo que não terei benefício direto e imediato como resultado de minha participação, mas que ela poderá me oferecer a oportunidade de refletir sobre a importância do grupo de gestantes ou casais grávidos para gestantes, acompanhantes, profissionais e acadêmicos Após a troca de informações e reflexões sobre as experiências e vivências poderá haver melhor compreensão sobre a gestação e período puerperal e transformações inerentes aos mesmos, possibilitando decisões mais conscientes e*

conhecimento dos direitos por parte da participante em relação à atenção a saúde. Ainda, poderá contribuir na atenção à saúde que será prestada a outras gestantes já que as necessidades de saúde e expectativas levantadas poderão servir de subsídio para o planejamento de saúde.

Florianópolis, _____ de _____ de 2____.

Assinatura: _____ RG:

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará à guarda das pesquisadoras e a outra via é da posse da própria participante da pesquisa.

Este protocolo de pesquisa será submetido ao Comitê de Pesquisa com Seres Humanos da UFSC. As informações fornecidas pelos (as) participantes permanecerão confidenciais e a anonimato dos (as) mesmos (as) será mantido através do uso de nomes (códigos). O processo da pesquisa iniciará após ter sido dada aos (às) participantes uma ampla explicação sobre a meta, o propósito e processo da pesquisa e após a obtenção por escrito do consentimento livre e esclarecido. Durante a explicação serão assegurados: o direito de recusar a participar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento, a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades dos (as) participantes.

ANEXO C - Parecer final do orientador

PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

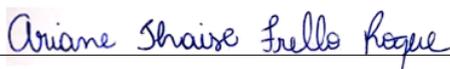
Declaro que o trabalho de conclusão de curso intitulado “Violência Obstétrica no Pós Parto: A dor expressa no relato de puérperas” foi orientado por mim, Profa Dra Ariane Thaise Frello Roque.

A acadêmica cumpriu todos os requisitos no desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso com comprometimento, dedicação e responsabilidade. Manteve o rigor científico e a ética desde o projeto de pesquisa, coleta de dados, análise e desenvolvimento do manuscrito advindo dos resultados da pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva que teve como objetivo: Descrever as violências obstétricas no pós-parto, sofridas por puérperas participantes de um grupo de gestantes e casais grávidos.

O Trabalho de Conclusão de Curso possui grande relevância na área da obstetrícia, especificamente puerpério, trazendo contribuições para a área acadêmica e assistencial. Indico a leitura para os profissionais, gestores e interessados na área em busca de evitar que novos episódios de violência obstétrica no puerpério, dada a qualidade do material apresentado.

Florianópolis, 02 de dezembro de 2019.



Profa. Dra. Ariane Thaise Frello Roque

