



ARTIGO ORIGINAL

MULHER E PARTO: SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A ABORDAGEM DE ENFERMAGEM*

WOMEN AND DELIVERY: MEANINGS OF VIOLENCE AND THE OBSTETRIC NURSING APPROACH

LA MUJER Y EL PARTO: SIGNIFICADOS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y EL ENFOQUE DE LA ENFERMERÍA

Mariana Roma Ribeiro de Oliveira¹, Elayne Arantes Elias², Sara Ribeiro de Oliveira³

RESUMO

Objetivo: compreender o significado da violência obstétrica para mulheres. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica heideggeriana, com mulheres em fase reprodutiva. Realizou-se a coleta de dados por meio de entrevistas gravadas, guiadas por um roteiro e analisadas sob a perspectiva da fenomenologia. **Resultados:** construíram-se as Unidades de Significação a partir das falas das depoentes, sendo, assim, agrupadas. Revela-se que a violência obstétrica significou para as mulheres: << Unidade de Significado 1: Ser conhecida por ouvir falar em cursos, palestras, internet, em relatos de pessoas amigas e sofrida por ela mesma; << Unidade de Significado 2: Machucar o físico, o psicológico e exercer uma pressão; << Unidade de Significado 3: Sentir-se incomodada, sem ter ajuda, sentir-se machucada no parto e não ter atenção. **Conclusão:** evidenciou-se a necessidade de um fortalecimento da consulta de pré-natal proporcionada pelo enfermeiro, abordando temas diversos e reflexivos, e ofertando uma saúde integral de qualidade, curativa e preventiva. **Descritores:** Violência contra a mulher; Saúde da Mulher; Parto Humanizado; Enfermagem; Assistência Pré-Natal; Empatia.

ABSTRACT

Objective: to appreciate the meaning of obstetric violence for women. **Method:** this is a qualitative study with a Heidegger's phenomenological approach, with women in the reproductive phase. Data were collected through recorded interviews, using a guide and analyzed under the perspective of phenomenology. **Results:** the Meaning Units were formed from interviewees' statements and thus grouped together. The obstetric violence meant for women: << Meaning Unit 1: Being known by hearing about in courses, lectures, internet, reports of friends and suffered by herself; << Meaning Unit 2: Hurting the physical, psychological, and exerting a pressure; << Meaning Unit 3: Feeling annoyed, helpless, feeling hurt in delivery and having no attention. **Conclusion:** there is need for strengthening of prenatal consultation provided by nurses, covering various reflexive topics, and offering a comprehensive quality, curative and preventive health care. **Descriptors:** Violence against Women; Women's Health; Humanizing Delivery; Nursing; Prenatal Care; Empathy.

RESUMEN

Objetivo: comprender el significado de la violencia obstétrica a las mujeres. **Método:** este es un estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico de Heidegger, con las mujeres en la etapa reproductiva. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas grabadas, utilizándose un guía y analizados bajo la perspectiva de la fenomenología. **Resultados:** las unidades de significado se formaron a partir de los testimonios de las entrevistadas y así agrupados. La violencia obstétrica significaba para las mujeres: << Unidad de Significado 1: Ser conocida por oír hablar en cursos, conferencias, internet, en informes de amigos y sufrido por ella misma; << Unidad de Significado 2: El daño físico, psicológico, y ejercer una presión; << Unidad de Significado 3: Sentirse molestas, sin ayuda, sentirse heridas en el parto y no tener ninguna atención. **Conclusiones:** Se evidencia la necesidad de un reforzamiento de la consulta prenatal proporcionada por enfermeras, cubriendo diversos temas y reflexivo, y ofreciendo una atención médica integral de calidad, preventiva y curativa. **Descriptores:** Violencia contra la Mujer; Salud de la Mujer; Parto Humanizado; Enfermería; Atención Prenatal; Empatía.

^{1,2,3}Faculdade Censupeg. São Fidélis (RJ), Brasil. ¹<http://orcid.org/0000-0003-4536-0678> ²<http://orcid.org/0000-0003-2101-2740> ³<http://orcid.org/0000-0002-4518-1277>

*Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso << Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem >> Faculdade Censupeg, 2020.

Como citar este artigo

Oliveira M de, Elias EA, Oliveira SR de. Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem. Rev enferm UFPE on line. 2020;14:e243996 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243996>

INTRODUÇÃO

Ressalta-se que a relação das mulheres com o ato de parir, devido à desinformação, costuma ser um grande problema, por isso, devem-se proporcionar informações para as gestantes durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério, baseadas em evidências científicas atualizadas, para a decisão da gestante quanto à forma do nascimento, respeitando sua autonomia.¹

Destaca-se que o parto vaginal é um processo natural, de início espontâneo e baixo risco, onde o bebê nasce instintivamente, geralmente, de 37 a 42 semanas. Nota-se que esse parto garante o mínimo de intervenções do processo natural, com o objetivo de preservar a saúde da mãe e do bebê.²

Institucionalizou-se o processo de parto em meados do século XX, migrando do ambiente domiciliar para o ambiente hospitalar. Salienta-se que, quando o parto foi inserido no processo hospitalar, determinadas práticas rotineiras e protocoladas foram integradas, como a episiotomia, tricotomia, enema, parto induzido, sem que esses procedimentos fossem assegurados por evidências científicas.³

Evidencia-se que, com isso, é importante que cada gestante receba as informações sobre os riscos e benefícios dos tipos de parto, apontando dados atualizados de estudos científicos, na intenção de que toda mulher tenha uma melhor compreensão sobre cada procedimento, podendo, assim, tomar decisões baseando-se nas informações recebidas.⁴

Sobreleva-se que a periodicidade das cesarianas no Brasil tem apontado o número elevado do procedimento desde meados da década de 90. Verifica-se que, durante o ano de 2009, a quantidade de cesarianas ultrapassou a relevância de partos vaginais no país, atingindo mais da metade dos partos. Constata-se que a dimensão da cirurgia cesariana demonstra uma distribuição anormal, sendo optada, na maioria dos casos, sem indicações clínicas.⁵

Frisa-se que a assistência ao parto deve incentivar a reflexão às gestantes sobre qual parto é o mais adequado, a fim de garantir a segurança da mulher e do bebê, considerando os riscos e complicações respaldadas em evidências. Incube-se aos profissionais da equipe de enfermagem garantir os direitos da parturiente, como obter a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, não realizar nenhum procedimento sem o conhecimento prévio da gestante e proporcionar uma relação de confiança, indagando-lhes sobre suas expectativas e seus anseios, sendo apoiadas em sua decisão⁶ e assegurando que, independentemente, do tipo de parto, essa mulher receba um tratamento humanizado.

Incube-se ao Enfermeiro Obstetra o acolhimento integral à gestante e ao seu acompanhante, do pré-natal ao puerpério, avaliando suas condições de saúde, inclusive a saúde fetal. Encarrega-se, também, ao profissional, proporcionar um modelo de assistência que considere a autonomia e protagonismo da mulher⁷, deixando sempre evidente que todo tipo de parto pode e deve ser humanizado, pois a humanização não se restringe apenas ao parto natural com o mínimo de intervenções médicas, e, sim, a um parto que respeita a dignidade da mulher.

Salienta-se que compete ao Enfermeiro Obstetra viabilizar um ambiente favorável ao parto, com posições da preferência da mulher, evitar uso de fármacos sem indicações, conservar a integridade perineal, promover contato pele a pele da mãe com o recém-nascido, apoiar o aleitamento materno logo após o nascimento e respeitar a mulher em seu contexto étnico cultural.⁷

Descreve-se que a Consulta de Enfermagem durante o pré-natal é um instrumento que favorece a interação do Enfermeiro e a mulher, a fim de oferecer um ambiente adequado para a instrução da gestante sobre benefícios do parto normal para a saúde materno-fetal.⁸

Faz-se necessário, durante o pré-natal, o desenvolvimento de ações educativas e orientações sobre as vantagens do parto normal, considerando benefícios à saúde do binômio mãe-bebê, em curto e em longo prazo, sanando as dúvidas das gestantes que desconhecem pontos benéficos ofertados pelo parto natural.⁸

Relata-se que o Ministério da Saúde brasileiro envolve as esferas de governo no sentido de promover o processo de parir naturalmente e seguro de acordo com as especificidades de cada mulher. Detalha-se que uma estratégia é a Rede Cegonha, que tem como objetivo estender o acesso e a qualidade da atenção ao planejamento reprodutivo, ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, além de aperfeiçoar o acompanhamento da criança até os 24 meses de vida de modo humanizado.²

Caracteriza-se que a humanização e o respeito à autonomia são elementos fundamentais no cuidado à saúde da mulher desde à sexualidade ao processo de parir. Acrescenta-se que a saúde reprodutiva defende a ideia de que as pessoas estejam preparadas a ter uma vida sexual segura e satisfatória, que tenham a possibilidade de reproduzir-se e a autonomia de decidir fazê-lo se desejarem, quando e quantas vezes quiserem. Especifica-se que essa condição abrange o direito individual de homens e mulheres a terem acesso a informações e métodos de planejamento familiar.⁹

Representa-se que, em se tratando de respeito e humanização, a violência obstétrica vai de

encontro a essas atitudes. Explica-se que o termo “violência obstétrica” abrange diversas ações de práticas agressivas durante o trabalho de parto, realizados principalmente por profissionais da saúde. Detalha-se que engloba maus tratos físicos, verbais, psicológicos, e uso de procedimentos desnecessários e invasivos. Existem diversas atitudes que desrespeitam a dignidade da mulher, estas devendo ser revistas e penalizadas.¹⁰

Comprova-se cientificamente que boas práticas durante o parto favorecem a redução da morbimortalidade materno-fetal. Observa-se que o corpo da mulher está apto para dar à luz, e, muitas das vezes, não requer o uso desses procedimentos, como a posição litotômica, o uso de ocitocina, a episiotomia, a pressão no fundo do útero, entre outras, podendo trazer danos à saúde da gestante³, e, quando usados sem consentimento e conhecimento da mulher, são considerados também violência obstétrica.

Delimita-se como questão norteadora do estudo: como as mulheres compreendem a violência obstétrica?

OBJETIVOS

- Compreender o significado da violência obstétrica para mulheres.
- Identificar o conhecimento de mulheres acerca da violência obstétrica.
- Conhecer possíveis ocorrências de violência obstétrica.
- Esclarecer sobre as formas de violência e violação dos direitos das mulheres com o intuito de evitar novos casos.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com ênfase na abordagem fenomenológica heideggeriana. Pormenoriza-se que a fenomenologia heideggeriana aborda um sentido mais amplo da relação profunda do ser com o mundo, através da própria essência¹¹, afirma que o homem está no mundo em conjunto com as demais coisas, sendo ele “ser-no-mundo”, com seus modos, suas maneiras de expressão e sua experiência concreta vivida. Buscam-se, assim, na pesquisa com abordagem fenomenológica, os significados expressados pela pessoa através de suas vivências e experiências.

Atenta-se que participaram do estudo 10 mulheres. Minucia-se que não participaram mulheres menores de 18 anos e aquelas que já estão na menopausa, pela distância da ocorrência. Expõe-se que o número de participantes não foi estabelecido previamente, pois a abordagem fenomenológica evidencia a suficiência dos dados para o alcance dos objetivos, ou seja, a partir do alcance dos objetivos, é quando a etapa conclui.

Retrata-se que, por questões éticas, os riscos possíveis desta pesquisa versaram sobre o desconforto e a instabilidade emocional decorrentes da temática de violência e saúde da mulher, que, geralmente, causa reflexão, indagações e sentimentos variados nas pessoas. Destaca-se que, se isso ocorresse no momento da entrevista, seria sanado pelo pesquisador. Especifica-se que, em contrapartida, a pesquisa apresenta diversos benefícios, tais como: contribuição para a pesquisa científica na área de enfermagem em saúde da mulher, disseminação de conhecimento e contribuição para evitar diversos níveis de violência às mulheres.

Realizou-se a coleta de dados por meio de visita domiciliar com a entrevista aberta gravada, conforme um roteiro. Busca-se, na entrevista na modalidade fenomenológica, a subjetividade dos sujeitos, assim, algumas perguntas abertas são utilizadas para que as participantes falem livremente, sem qualquer interferência do pesquisador.

Apresentaram-se, a cada voluntária, o projeto de caráter acadêmico e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12. Confeccionou-se, para melhor compreensão dos dados, o que chamamos de historiografia para a fenomenologia, uma demonstração das características das entrevistadas, uma passagem da narração de forma oral para a escrita (Figura 1). Preservou-se o anonimato e as participantes foram identificadas por códigos - E1, E2, E3 e assim por diante.

Submeteu-se o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa através da Plataforma Brasil e, após a aprovação, a etapa de campo foi iniciada. Aprovou-se o projeto com o parecer nº 3.694.885.

RESULTADOS

Entrevista	Idade	Nº de filhos	Com que frequência procura o profissional de saúde?	Já ouviu falar em violência obstétrica?	Através de quem ouviu falar em violência obstétrica?	Fez pré-natal?	Foi conversado sobre violência obstétrica no pré-natal?	Ouviu/ passou por algo no parto que te incomodou?	Por parte de quem?
1	27	2	Não muito	Sim	Cursos	Sim	Não	Sim	Médico
2	28	3	Em caso de doença	Sim	Internet e em casa	Sim	Não	Sim	Profissionais de saúde
3	29	8. 6 mortos e 2 vivos	Só em gravidez	Não	-	Sim	Não	Sim	Equipe de enfermagem
4	31	1	Não muito	Sim	Cursos e faculdade	Sim	Não	Sim	Médico
5	26	2	Não muito. Apenas em caso de doença	Sim	Redes sociais e pré-natal	Sim	Sim	Sim	Médico
6	30	2	Não muito	Sim	Uma amiga	Sim	Não	Sim	Médico
7	23	1	Mensalmente	Sim	Através dela mesma, quando sofreu	Sim	Não	Sim	Médico
8	21	2	Não muito. Em caso de doença	Sim	Televisão	Sim	Não	Sim	Médico
9	21	2	Quando preciso/frequentemente	Sim	Internet	Sim	Não	Sim	Enfermeira
10	22	1	Somente pediatria	Não	-	Sim	Não	Sim	Enfermeira

Figura 1. Quadro da Historiografia. São Fidélis (RJ), Brasil, 2019.

Abordaram-se 10 mulheres, dentre as quais, a idade variou entre os 21 aos 31 anos e todas mães. Salienta-se que, das entrevistadas, somente uma busca atendimento com frequência, as demais, só quando sentem algo. Observa-se que, sobre o termo violência obstétrica, duas das dez mulheres não ouviram falar sobre e, das que ouviram, a maioria foi por meio de ambiente virtual, palestras ou da parte de outra pessoa. Expõe-se que uma mulher considera ter sofrido violência obstétrica e, por isso, sabe o significado do termo.

Detalha-se eu todas as mulheres realizaram o pré-natal e apenas uma referiu ter conversado sobre violência obstétrica na ocasião da consulta. Narra-se que todas as entrevistadas afirmaram ter ouvido algo incômodo no momento do parto da parte dos profissionais de enfermagem (três relatos), por parte do médico (seis relatos) e por

parte da equipe de profissionais de saúde (um relato).

Construíram-se, para o alcance dos objetivos no que diz respeito à compreensão do significado da violência obstétrica para as mulheres e ao conhecimento de possíveis ocorrências de violência obstétrica, as Unidades de Significação a partir das falas das depoentes, sendo, assim, agrupadas. Revela-se que a violência obstétrica significou para as mulheres:

- ♦ Unidade de Significado 1: Ser conhecida por ouvir falar em cursos, palestras, internet, em relatos de pessoas amigas e sofrida por ela mesma.

Já. Muito. Já ouvi falar no curso de técnico de enfermagem e em palestras de agente comunitário de saúde”. E1

Sim. Internet e em casa. E2

Sim, na faculdade e no curso que eu fiz (técnico em enfermagem). E4

Sim. Redes sociais e acompanhando no pré-natal. E5

Já, muito! Através de uma amiga que sofreu e pelo que eu passei. E6

Já. Através de mim mesma quando eu sofri. E7

Já, pela televisão. E8

Sim, pela internet principalmente. E9

♦ Unidade de Significado 2: Machucar o físico, o psicológico e exercer uma pressão.

Eu acho que é pressão psicológica que a gente sofre durante o parto, nas consultas de pré-natal. [...] E1

[...] Não só o físico, mas as palavras também podem ser consideradas violência obstétrica. E4

[...] Empurrar a barriga da pessoa, sendo que tudo isso é proibido, porque força e dói mais ainda. É a pessoa estar sentindo dor, precisando de um atendimento e escutando coisas que não precisa. Verbal e física. E9

Violência física. E10

♦ Unidade de Significado 3: Sentir-se incomodada, sem ter ajuda, sentir-se machucada no parto e não ter atenção.

[...] Eu passei mal a noite toda, sangrei a noite toda, e eu ali sem respiração [...] Depois que Nathália falou que a enfermeira chamou o médico pra ele me ver. Tava quase desmaiada. Quase morrendo ali. Tive hemorragia [...] Tem que ficar 24 horas no pé, agora ali não, me deram nem atenção ali [...] Nathália viu e falou “gente, essa menina tá passando mal”, e ela mandando eu levantar pra tomar banho e eu ali, dando crise. Se eu tivesse a terceira eu ia morrer ali. E3

[...] E a forma que eles trataram aquilo, lidaram com aquilo, foi uma forma de violência obstétrica. Pois eles poderiam ter me dado atenção. Foi uma negligência. E5

A pessoa não te deixar a vontade naquele momento. E8

DISCUSSÃO

Relaciona-se a fenomenologia, abordagem desse estudo, com as pesquisas em enfermagem, pois dá voz à subjetividade, para além do biologicismo. Exteriorizam-se, na fenomenologia heideggeriana, características do latente e imediato. Apontam-se diversos eixos das experiências da existência humana.¹² Relacionam-se ao que estes eventos significam para os pesquisados, de maneira mais ampliada, compreendendo a totalidade da linguagem, gestos e relações estabelecidas.¹¹ Apontam-se, a partir disso, na compreensão vaga e mediana, a análise e a reflexão sobre os significados da violência obstétrica para as mulheres.

Revelou-se que a maioria das entrevistadas não procura o profissional de saúde com determinada frequência, e sim, quando sentem algo. Retrata-

se, assim, uma deficiência no que diz respeito à promoção e à prevenção em saúde. Deve-se procurar o profissional de saúde mesmo que o indivíduo esteja sadio, para que tenha atitudes voltadas para o cuidado de saúde e para não adoecer.

Devem-se inserir, com a finalidade da promoção para prevenção da violência obstétrica, boas práticas à equipe de enfermagem, incluindo: explicar cada procedimento em um vocabulário acessível, descrever seu quadro clínico e as intervenções a serem tomadas; diminuir a realização de procedimentos invasivos e desnecessários; ouvir a paciente e proporcionar um trabalho de qualidade em equipe; orientá-la sobre seus direitos reprodutivos e àqueles relacionados à maternidade; manter-se sempre atualizado e capacitado.¹³

Nota-se que todas as depoentes realizaram o pré-natal, o que se configura um cuidado efetivo com a mãe e com o bebê, além de ser uma oportunidade de abordar outras dimensões da mulher, inclusive os seus sentimentos sobre o parto e após ele. Descreve-se que a consulta de pré-natal pode ser realizada pelo profissional médico e pelo enfermeiro, podendo ser alternadas entre um profissional e outro.

Retrata-se que, durante o acolhimento no pré-natal, o enfermeiro deve realizar práticas de humanização, respeitando assim, a mulher integralmente, ouvindo seus medos, anseios e desejos, sem intervir, considerando seus pensamentos e opiniões particulares. Sobreleva-se que, além de protagonizar a mulher, é considerável incluir familiares neste processo, facilitando, assim, a continuidade do tratamento.¹³

Observa-se que a violência obstétrica pareceu ser conhecida pelas mulheres, apesar de somente uma participante relatar ter sofrido isso. Citaram-se, dentre os meios de aprendizado acerca da violência obstétrica, meios informais de noticiário, além de seminário de curso de capacitação técnica. Evidencia-se que a tecnologia é uma das ferramentas importantes para gerar conhecimento, mas não substitui o contato e o empoderamento das pessoas sobre o cuidado de saúde de si mesmo. Desvelou-se, assim, que 90% de todas as entrevistadas não receberam qualquer aconselhamento acerca dos meios de preservação de sua autonomia e direitos reprodutivos e sexuais durante o pré-parto, trabalho de parto, e pós-parto.

Deve-se discutir a temática de violência obstétrica no que se refere ao conhecimento das mulheres sobre os seus direitos acerca do seu parto, seja ele natural ou por via cesariana. Assinala-se que os profissionais de saúde, inclusive os enfermeiros, são peças fundamentais para que essa mulher consiga ter conhecimento das leis e

das políticas de saúde e ter autonomia para o momento de parturição. Consta-se que a mulher, tendo o conhecimento, pode expor os seus sentimentos, expectativas e desejos no momento do parto, dentro das possibilidades saudáveis de um parto seguro, respeitoso e com o mínimo de intervenções possível.

Acentua-se que, assim como as crianças têm direito ao nascimento e desenvolvimento seguro, as mulheres também têm o direito ao atendimento humanizado durante toda a gestação, até o pós-parto, assim assegura a Rede Cegonha, que é um Programa do Ministério da Saúde, cuja finalidade é reorganizar a atenção à saúde materno-infantil no território brasileiro², e, para que isso aconteça, faz-se necessário o reconhecimento do protagonismo e da valorização da autonomia da mulher.

Sobreleva-se que todas as entrevistadas passaram por experiências que se enquadram em casos de violência obstétrica em diversos níveis, sendo eles: violência verbal, violência de omissão de atendimento de saúde, violência psicológica e violência física. Realça-se que os dados apontam que esses atos foram cometidos por profissionais da medicina em sua maior parte, seguidos dos profissionais de enfermagem. Revela-se que, após serem interrogadas sobre as seguintes questões “*O que significa violência obstétrica para você?*” e “*O que você tem em mente quando ouve falar em violência obstétrica?*”, nenhuma das entrevistadas soube responder com exatidão os diversos eixos da violência obstétrica, enfatizando apenas alguns deles, dentre os mais citados foram: violência verbal, violência física, e omissão de serviço de saúde, embora também tenham sido citados casos de violência psicológica.

Constitui-se a violência obstétrica pela soma da dor e sofrimento, estes que podem ser evitáveis, abrangendo fatores físicos, psicológicos, verbais e sexuais, sendo o último o conjunto de atitudes que dizem respeito ao corpo e ao direito reprodutivo da mulher.¹⁴

Frisa-se que a violência obstétrica também se configura quando as intervenções, consideradas desnecessárias, acontecem. Apresentaram-se, entre 2011 e 2012, resultados da pesquisa Nacer no Brasil¹⁵, cuja finalidade foi analisar intervenções obstétricas em gestantes de risco habitual, e foi constatado que, no pré-parto, em média de 40% receberam ocitocina e amniotomia para aceleração do parto e 30% receberam analgesia raquidiana e peridural. Utilizaram-se, sobre as intervenções durante o trabalho de parto, a posição de litotomia em 92% dos casos, a manobra de Kristeller em 37% dos casos e a episiotomia em 56% dos casos.¹⁶

Obtiveram-se, na opinião das entrevistadas quando questionadas “*Como o profissional de enfermagem poderia contribuir para evitar casos*

de violência obstétrica?”, diversas respostas, e foram citadas: saber conversar e informar; ter empatia; ter humanidade; acompanhar o paciente; ser atencioso e supervisionar na possível ocorrência de casos de violência. Deve-se conscientizar o profissional sobre o seu papel, fazendo cumprir as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, incluindo a humanização da assistência. Define-se a violência obstétrica pela carência da humanização por parte dos profissionais de saúde, desapropriando a mulher de seu próprio corpo e de suas decisões, sendo elas: clínicas, sexuais e reprodutivas. Destaca-se que ela acontece praticando o ato ou omissão de serviços e cuidados.¹⁷

Atenta-se que outra maneira de evitar que a violência obstétrica aconteça é o planejamento do parto e o cumprimento das ações de humanização no parto e puerpério. Deve-se também utilizar o plano de parto como ferramenta de reflexão à equipe, acerca da realidade da assistência ao parto na região, a fim de compreender medos e necessidades da mulher, refletindo sobre informações relevantes e ofertando amparo às usuárias dos serviços de saúde.¹⁸

Realizaram-se, em relação ao último objetivo, diálogos durante as entrevistas, onde foram esclarecidos sobre os diversos eixos da violência obstétrica, seus níveis, apontadas as falhas no tratamento em que as mulheres receberam durante os pré-natais, durante os trabalhos de parto e nos pós-parto, e os aspectos legais.

Observa-se que, assim, na perspectiva fenomenológica, a violência obstétrica significou para as mulheres como um fio condutor: ser conhecida por ouvir falar em cursos, palestras, internet, em relatos de pessoas amigas e sofrida por ela mesma; machucar o físico, o psicológico e exercer uma pressão; se sentir incomodada, sem ter ajuda, se sentir machucada no parto e não ter atenção.

Nota-se que o presente estudo configurou-se em compreender os significados da violência obstétrica, portanto, a análise interpretativa, ou seja, a hermenêutica, não será contemplada para além da compreensão vaga e mediana.

CONCLUSÃO

Revelou-se a escassez de instruções à gestante recebidas durante todo o pré-natal até o puerpério, por parte da equipe de enfermagem, assim como a carência de informações divulgadas no município por vias de informações formais, como jornais e publicações em redes sociais de caráter científico, tornando a temática da violência obstétrica mais acessível.

Salienta-se que cabe ao enfermeiro tornar-se um profissional atualizado e humanizado, desta forma, refletindo suas qualidades em seus atos, protegendo a dignidade da mulher de qualquer

tratamento desumano, assegurado pela Política Nacional de Humanização ao Pré-Natal, Parto e Puerpério. Respeita-se, assim, o protagonismo da mulher e o enfermeiro faz valer a sua autonomia e sua visibilidade no cuidado à saúde da mulher.

Conclui-se que as mulheres precisam de um pré-natal qualificado e esclarecedor no que diz respeito aos aspectos físicos, éticos e legais do processo de parir. Torna-se, dessa forma, o enfermeiro responsável por prestar informações às gestantes sobre seus direitos como usuárias do serviço de saúde, afirmando também a necessidade da capacitação e da sensibilização desse profissional e dos demais da equipe de saúde.

Compete-se ao enfermeiro assegurar a saúde e a dignidade da mulher durante todo atendimento, seja em Unidades Básicas de Saúde ou em unidades hospitalares. Deve-se construir a prevenção da violência obstétrica com a equipe de saúde, respeitando o protagonismo da mulher e sua dignidade durante todo o pré-natal até a sua alta. Faz-se também importante, para que isso ocorra, o preparo da equipe multidisciplinar, abordando temas como empatia, humanização e ética.

Sobreleva-se que a Atenção Básica é o dispositivo que permite ações de promoção da saúde e prevenção, no que diz respeito à mulher e ao processo de parir, por se tratar de um atendimento primário, podendo implementar, assim, palestras, encontros, ou na própria consulta de enfermagem, adicionando um diferencial necessário, como assuntos reflexivos, críticos, dando voz à mulher, desde a descoberta da gestação até o puerpério.

Enquadra-se o alcance dessas melhorias nas diretrizes da Rede Cegonha, que reduz a morbimortalidade materna e infantil, possibilita o vínculo da mulher com o local onde deseja ter o parto, o modo como deseja parir, o uso ou não de determinados procedimentos, direito ao acompanhante e o tratamento humanizado distante de todo ato desrespeitoso.

FINANCIAMENTO

Faculdade Censupeg.

REFERÊNCIAS

1. Santos ES, Trindade PHDM, Moreira HG. Tratado Dante Pazzanese de Emergências Cardiovasculares. São Paulo: Atheneu; 2016.
2. Ministério da Saúde (BR), Informações de Saúde, DATASUS: Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Internações Hospitalares do SUS por local de internação: notas técnicas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2017 June 24]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/rxdescr.htm>

3. Ministério da Saúde (BR), Informações de Saúde, DATASUS: Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Mortalidade geral: 1996-2015 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2017 June 24]. Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Mortalidade_Geral_1996_2012.pdf
4. Santos ECL, Figueira FCR, Lima AGS, Henares BB, Mastrocola F. Manual de Cardiologia Cardiopapers. São Paulo: Atheneu; 2015
5. Correia LCL, Brito M, Kali F, Sabino M, Garcia G, Ferreira F, et al. Effectiveness of a myocardial infarction protocol in reducing door-to-balloon time. Arq Bras Cardiol. 2013;101(1):26-34. DOI: [10.5935/abc.20130108](https://doi.org/10.5935/abc.20130108)
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2015 Aug;105(2):1-105 [cited 2017 June 24]. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf
7. Makdisse M, Katz M, Corrêa AG, Forlenza LM, Perin MA, Júnior Brito FS, et al. Efeito da implementação de um protocolo assistencial de infarto agudo do miocárdio sobre os indicadores de qualidade. Einstein. 2013 July/Sept; 11(3):357-63. DOI: [10.1590/S1679-45082013000300016](https://doi.org/10.1590/S1679-45082013000300016)
8. Bão ACP, Amestoy SC, Moura GMSS, Trindade LL. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. Rev Bras Enferm. 2019;72(2):377-84. DOI: [10.1590/0034-7167-20180479](https://doi.org/10.1590/0034-7167-20180479)
9. Puymirat E, Caudron J, Steg PG, Lemesle G, Cottin Y, Coste P, et al. Prognostic impact of non-compliance with guidelines recommended times to reperfusion therapy in ST-elevation myocardial infarction. The FAST-MI 2010 registry. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2017 Feb;6(1):26-33. DOI: [10.1177/2048872615610893](https://doi.org/10.1177/2048872615610893)
10. Wang R, Neuenschwander FC, Filho AL, Moreira CM, Santos ES, Reis HJL, et al. Use of Evidence-Based Interventions in Acute Coronary Syndrome - Subanalysis of the ACCEPT Registry. Arq Bras Cardiol. 2014;102(4):319-26. DOI: [10.5935/abc.20140033](https://doi.org/10.5935/abc.20140033)
11. Pinto LLN, Correa AR, Donoso MTV, Matos SS, Manzo BF. Strategies for reducing door-to-balloon time in patients with acute myocardial infarction. REME Rev Min Enferm. 2016; 20:e954. DOI: [10.5935/1415-2762.20160023](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160023)
12. Campos HAB, Moreira MVF, Alves EE, Wang R, Bedeti ACM, Neuenschwander FC, et al. Impact of the implementation of hospital work processes on reduced door-to-balloon time. Rev Bras Cardiol Invasiva. 2017;25(1-4):7-11. DOI: [10.31160/JOTCI2017;25\(1-4\)A0003](https://doi.org/10.31160/JOTCI2017;25(1-4)A0003)

13. Nguyen B, Fennessy M, Laya F, Nowak W, Ryan M, Freeberg S, et al. Comparison of Primary Percutaneous Coronary Intervention in Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction during and Prior to Availability of an In-House STEMI System: Early Experience and Intermediate Outcomes of the HARRT Program for Achieving Routine D2B Times <60 Minutes. Catheter Cardiovasc Interv. 2015 Aug;86(2):186-96. DOI: [10.1002/ccd.257699](https://doi.org/10.1002/ccd.257699)

14. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Programa Boas Práticas Clínicas em Cardiologia [Internet]. São Paulo: SBC; 2017 [cited 2017 Oct 8]. Available from:

<http://www.cardiol.br/boaspraticasclinicas/>

Correspondência

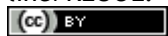
Mariana Roma Ribeiro de Oliveira

E-mail: marianaroma@live.com

Submissão: 15/01/2020

Aceito: 12/04/2020

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.