



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**Maria de Jesus Hernández Rodriguez**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES ACERCA DA  
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL NO  
TRABALHO DE PARTO E PARTO**

**Florianópolis/SC  
2016**



**Maria de Jesus Hernández Rodriguez**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES ACERCA DA  
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL NO  
TRABALHO DE PARTO E PARTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** O cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

**Orientadora:** Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

**Coorientadora:** Dra. Andreia Isabel Giacomozzi

**Florianópolis/SC  
2016**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

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

Hernández Rodriguez, Maria de Jesus.

H557r Representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto /, Maria de Jesus Hernández Rodriguez; Orientador, Evangelia Kotzias Atherino dos Santos; Coorientador, Andreia Isabel Giacomozzi. - Florianópolis, SC, 2016. 204p.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

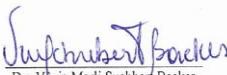
1. Violência. 2. Parto. 3. Percepção Social. 4. Obstetria. 5. Enfermagem. I. Santos, Evangelia Kotzias Atherino dos. II. Giacomozzi, Andreia Isabel. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Maria de Jesus Hernández Rodriguez

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES ACERCA DA  
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL NO  
TRABALHO DE PARTO E PARTO

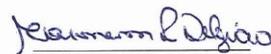
Esta tese foi julgada adequada para a obtenção do título de “Doutor em Enfermagem” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal Santa Catarina – UFSC. Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde de Enfermagem.

Florianópolis 19 de dezembro de 2016

  
Dra. Maria Marli Suchbert Backes

Banca examinadora

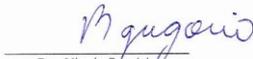
  
Dra. Evangelina Kotzias Atherino dos Santos  
Presidente

  
Dra. Carmem Regina Delzivo  
Membro

  
Dra. Haimée Emerich Lentz Martins  
Membro

  
Dra. Betina Hörner Schlindwein Melrelles  
Membro

  
Dra. Andréa Barbara da Silva Bousfield  
Membro

  
Dra. Vitoria Gregória  
Membro



## AGRADECIMENTOS

*Minha história de vida acadêmica provém de dois países que estão em meu coração: Peru, meu país de origem; Brasil, país que me recebeu e onde fui acolhida por pessoas maravilhosas, incondicionais, que contribuíram na trajetória destes anos.*

*Neste momento tão especial agradeço:*

*Em primeiro lugar a Deus, dono de tudo o que sou e que possuo. Pela sabedoria e conhecimento, pela oportunidade de estar aqui, por guiar meus passos cada dia. Eu agradeço com todo meu ser. Para ti seja toda a honra e glória!*

*À minha querida família. Minha mãe Paula Rodriguez, meu pai Francisco Hernández, meus irmãos Francisco, Anita, Jackeline e José. Aos meus primos e sobrinhos, que são a base de minha vida. Obrigada pelo amor, carinho e apoio incondicional mesmo estando longe.*

*Meu agradecimento muito especial à minha querida orientadora Professora Doutora Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, uma pessoa que tenho grande respeito e reconhecimento. Por ser um exemplo de ser humano maravilhoso e pelas orientações com sabedoria, objetividade, segurança, com muito carinho e muita paciência. Pelo estímulo constante que potencializou a minha formação profissional e acadêmica nestes longos anos. A senhora é uma pessoa realmente importante em minha vida. Muito obrigada!*

*À Professora Doutora Andreia Isabel Giacomozzi por ter aceitado o desafio de me coorientar e acreditar no meu trabalho. Estou profundamente agradecida, por suas orientações, ensinamentos valiosos, paciência, disponibilidade e ânimo ao longo da construção desta tese!*

*Aos membros da banca de qualificação e de sustentação pela disponibilidade em participar da banca e pelas valiosas contribuições com este estudo, Dra. Betina Horner Schindwein Meirelles, Dra. Vitória Regina Petter Gregório, Dra. Maria de Fátima Mota Zampieri, Dra. Carmem Regina Delziovo, Dra. Haimée Emerich Lentz Martinz, Dra. Andréa Barará da Silva Bousfield, Dra. Heloisa Helena Zimmer Ribas Dias, Dra. Marli Terezinha Stein Backes.*

*Ao Professor Dr. Brígido Vizeu Camargo, ícone na construção e divulgação da Teoria das Representações Sociais, e software de IRAMUTEQ, pelo conhecimento e ensinamentos, meu profundo respeito e admiração!*

*Ao Grupo de Pesquisa LACCOS, da psicologia, Professor Dr. Brígido Vizeu Camargo, Dra. Andreia Isabel Giacomozzi, Dra. Andréa Barbará da Silva Bousfield, e às acadêmicas Priscila e Juliana, pela receptividade e pela ajuda no uso do Software IRAMUTEQ.*

*Às docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, pelos conhecimentos compartilhados durante toda a minha formação.*

*Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido - GRUPESMUR, pela troca de saberes, oportunidade de crescimento, pelo incentivo e acolhimento com carinho.*

*Ao Hospital Regional de Loreto, de Iquitos, Peru, onde foi realizada a coleta de dados, pelo acolhimento para a realização desta pesquisa.*

*Às mulheres que fizeram parte deste estudo, relatando suas percepções cotidianas sobre o cuidado vivenciado no trabalho de parto e parto e, compartilharam comigo toda sua história de dor e sofrimento acerca da violência obstétrica institucional.*

*Às colegas do Curso de Doutorado em Enfermagem da UFSC, especialmente a Doutoranda Alcira Escobar, pelos momentos de crescimento compartilhados, pelo incentivo, carinho, pelas conversas, momentos de alegria, contribuições e respeito. Obrigada pelo companheirismo!*

*Aos meus amigos que estão geograficamente próximos e àqueles que estão longe especialmente a Arony, Daiana, Karol, Marilda, Marcia, Romana, Bruna, Lauriane, Suellem, Rocio, Palmir, Giovanna e Samuel. Obrigada pela ajuda, pelo apoio e por dividirem as angústias durante a caminhada. Muito obrigada!*

*Enfim, a todos que, de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.*

*Meu respeito e muito obrigada!*

*Muchas gracias!*

*A Deus!*

*Por cuidar de mim em toda esta  
trajetória!*



HERNÁNDEZ RODRIGUEZ, Maria de Jesus. **Representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto**. 2016. 204f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2016.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

**Coorientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Andreia Isabel Giacomozzi

**Linha de Pesquisa:** O cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido

## RESUMO

A violência obstétrica institucional descrita por diferentes termos ganhou visibilidade na segunda década do século XXI, sendo considerada como problema de saúde pública. Esta pesquisa teve como objetivo, conhecer as representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto, tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais na perspectiva de Moscovici. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de natureza quanti-qualitativa, desenvolvido numa maternidade de Loreto – Iquitos, no Peru. Participaram da coleta de dados através de evocações de palavras 100 mulheres que se encontravam internadas no Alojamento Conjunto, sendo que 30 dessas responderam as entrevistas semiestruturadas, coletadas nos meses de janeiro a março de 2015. Os dados foram analisados segundo a técnica de conteúdo temático e análise estatística com auxílio SPSS v. 24 e análise prototípica e similitude com auxílio de software IRAMUTEQ. Todos os preceitos éticos foram respeitados. A tese resultou em três manuscritos. O primeiro constituiu-se numa revisão integrativa de literatura, que identificou as pesquisas em âmbito nacional e internacional sobre a violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto, através da busca de artigos nas bases de dados PUBMED/MEDLINE, CINAHL, LILACS, SciELO, no período de 2006 a 2015, sendo encontrados 23 estudos que atenderam aos critérios de inclusão. Os resultados evidenciam diferentes tipos de violência como ausência de informações sobre procedimentos, a violência de ordem física, violência verbal e violências como procedimentos desnecessários no parto e os principais perpetradores desta violência

foram o pessoal médico, seguido pelo pessoal da enfermagem. Os demais manuscritos, em número de dois, são resultantes da pesquisa de campo. Assim, o segundo manuscrito teve como objetivo, identificar os elementos caracterizadores das representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho parto e parto, sendo identificadas as características das participantes do estudo e com as categorias, análise prototípica das representações sociais da violência no parto e parto; análise de similitude da representação social da violência no trabalho de parto e parto. Tais categorias evidenciaram centralidade das representações sociais da violência no parto e parto, pelos termos abandono, gritar, indiferença, demora da atenção e toque vaginal dolorido. O terceiro manuscrito, que teve como objetivo conhecer as representações sociais das mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto. Identificaram-se três categorias temáticas: negligência no cuidado no trabalho de parto; vivências da violência verbal no trabalho de parto e parto e as vivências da violência física no trabalho de parto e parto. Os resultados evidenciam que as representações sociais das mulheres acerca da violência obstétrica institucional estão no pensamento do senso comum como um cuidado desfavorável, tanto verbalmente como fisicamente, ocasionando desvalorização da mulher como ser, desqualificando-a com repercussões físicas, emocionais e psicológicas na vida das mulheres parturientes. Concluindo, a necessidade de mudanças na lógica do cuidado dispensado pelos profissionais de saúde, a partir da atitude e comportamento de cuidado, para garantir um atendimento humanizado e de qualidade que valorize a mulher como sujeito de direitos humanos e reprodutivos.

**Palavras-chave:** Violência. Parto. Percepção Social. Obstetrícia. Enfermagem.

## ABSTRACT

Institutional obstetric violence described by different terms, gained visibility in the second decade of this century, being considered as a public health problem. This research aimed to know the social representations of women about the institutional obstetric violence in labor and childbirth. To achieve the objective of this study was developed an exploratory and descriptive, with approach quantitative, research, developed in a maternity hospital of Loreto - Iquitos, Peru. Participated in the data collection through evocations of words, 100 parturient women and 30 of these answered the semi-structured interviews, collected from January until March 2015. The data were analyzed per thematic content analysis technique, statistical analysis with SPSS v.24 and prototypical and similarity analysis with the aid of software IRAMUTEQ. For data analysis was used also the support of the theory of Social Representations in Moscovici perspective. All ethical principles were respected. The thesis resulted in three manuscripts. The first was constituted by an integrative literature review, which identified research at national and international level on institutional obstetric violence to women in labor and childbirth, through the search of articles in the databases PubMed / MEDLINE, CINAHL, LILACS, SciELO, from 2006 to 2015, and found 23 studies that met the inclusion criteria. The results show different types of violence such as lack of information on procedures, physical violence, verbal abuse and violence as unnecessary procedures in childbirth and the main perpetrators of this violence were medical staff, followed by the nursing staff. The other manuscripts, two in number, are the result of field research. The characteristics of the study participants and the categories were identified, prototypic analysis of the social representations of violence in childbirth and childbirth; Analysis of similarity of the social representation of violence in labor and delivery. Such categories showed centrality of RS, violence in labor and childbirth, through the terms neglect, scream, indifference, delay in medical attention and painful vaginal touch. The third manuscript that aimed to know the social representations of obstetric violence by women during labor and childbirth, identified three thematic categories: negligence in women care, experiences of verbal abuse in labor and childbirth and experiences of physical violence during labor and childbirth. The results show that the social representations of women about the institutional obstetric violence, brought the thought of common sense on the subject,

represented as an unfavorable care, both verbal and physical, causing devaluation and disqualifying women as human being that brings repercussions emotional and physical psychology in the lives of parturient women . In conclusion, the need for changes in the logic of the care given by health professionals from the attitude and behavior of care, to ensure humanized care and quality care that values women as subjects of human and reproductive rights.

**Key words:** Violence. Childbirth. Social Perception. Obstetric Nursing.

## RESUMEN

Violencia obstétrica institucional descrito por diferentes términos, ganó visibilidad en la segunda década de este siglo XXI, considerado como un problema de salud pública. Esta investigación tuvo como objetivo conocer las representaciones sociales de las mujeres acerca de la violencia obstétrica institucional en el trabajo de parto. Para lograr el objetivo de este estudio fue desarrollado una investigación exploratoria y descriptiva, con el enfoque cuanti-cualitativa, desarrolló una maternidad Loreto - Iquitos, Perú. Participó en la recogida de datos a través de evocaciones de palabras 100 mujeres parturientes y 30 de ellos respondieron las entrevistas semiestructuradas, recolectadas de enero a marzo de 2015. Los datos se analizaron según la técnica de análisis de contenido temático y análisis estadística con auxilio SPSS v.24 y similitud y prototípico con la ayuda de software IRAMUTEQ. Para el análisis de datos se utilizó también el apoyo de las teorías de las representaciones sociales en perspectiva Moscovici. Se respetaron los principios éticos. La tesis resultó en tres manuscritos. La primera se constituyó una revisión integradora de la literatura, que identifican la investigación a nivel nacional e internacional sobre la violencia obstétrica institucional en trabajo de parto y el parto, a través de la búsqueda de artículos en las bases de datos PubMed / MEDLINE, CINAHL, LILACS, SciELO, de 2006 a 2015, se encontró 23 estudios que cumplían los criterios de inclusión. Los resultados muestran diferentes tipos de violencia, como la falta de información sobre los procedimientos, la violencia física, la violencia verbal y la violencia como procedimientos innecesarios en el parto y los principales autores de esta violencia eran personal médico, seguido por el personal de enfermería. Los otros manuscritos, en número de dos, son el resultado de la investigación de campo .El segundo manuscrito dirigido, elementos característicos de las representaciones sociales de la violencia obstétrica institucional en el trabajo de parto y el parto, identificados las características de las participantes, categorías, análisis prototípico de RS violencia en el trabajo de parto; El análisis de similitud de RS violencia en mano de obra y parto. Tais categorías mostró centralidad de la RS, la violencia en el trabajo de parto, el descuido términos, gritar, la indiferencia, demora de atención y el tacto vaginal dolorosa. El tercer manuscrito que tuvo como objetivo conocer las representaciones sociales de las mullheres acerca de la violencia obstétrica institucional durante en el trabajo de parto y parto, se identificaron tres categorías

temáticas: la negligencia en la atención, vivencias de violencia verbal en trabajo de parto y el parto y vivencias de violencia física durante el parto y el parto. Los resultados muestran que las representaciones sociales de las mujeres acerca de la violencia obstétrica institucional, está no pensamiento del senso común como una atención desfavorable, tanto verbal como física, causando la devaluación de la mujer como ser, descalificando con repercusiones psicología, emocional y física en la vida de las mujeres y sus hijos. En conclusión, la necesidad de cambios en la lógica de la atención prestada por los profesionales de la salud, apartir de la actitud y el comportamiento de la atención, para asegurar el cuidado humanizado y la calidad que valorize a las mujeres como sujetos de derechos humanos y reproductivos.

**Palabras clave:** Violencia. Parto. Percepção sociales. Enfermería Obstétrica.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Hospital Regional de Loreto, INEI, 2015. ....	95
Figura 2. Mapa do Peru - distribuição por províncias-INEI, 2011...	96
Figura 3. Interface e princípios do software SPSS. ....	106
Figura 4. Interface principio do software IRAMUTEQ. ....	107
Figura 5. Matriz importada pelo software. ....	108

### **Manuscrito 2:**

Figura 1. Análise de similitude da RS de mulheres acerca da VO no trabalho de parto e parto. Peru, 2015. ....	129
--	-----



## LISTA DE GRÁFICOS

### Manuscrito 2:

- Gráfico 1. Distribuição das participantes da pesquisa segundo a faixa etária e estado civil (n=100). Peru, 2016. ....125
- Gráfico 2. Distribuição das participantes da pesquisa segundo escolaridade, profissão/ocupação e renda familiar (n=100). Peru, 2016. ....125



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Características dos universos consensuais e reificados. ....	83
Quadro 2. Características de sistema central e periféricos. ....	90
Quadro 3. Apresentação do título e objetivo dos manuscritos. ....	117

### **Manuscrito 1:**

Quadro 1. Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo o nome dos autores e ano de publicação, periódico, local e país de estudo, título, resultados, conclusões e nível de evidência.....	46
---	----

### **Manuscrito 2:**

Quadro 1. Análise prototípica das RS de mulheres acerca da VO no trabalho de parto e parto. Peru, 2015. ....	127
--	-----



## LISTA DE TABELAS

### **Manuscrito 1:**

Tabela 1. Número de estudos encontrados, excluídos, pré-selecionados e selecionados nas bases de dados eletrônicas, no período de janeiro 2006 a dezembro de 2015. ....	44
---	----

### **Manuscrito 2:**

Tabela 1. Distribuição das participantes da pesquisa segundo o número de gestação, número de partos, abortos, número de controle pré-natal, idade gestacional e número de filhos vivos (n=100). Peru, 2016. ....	126
--	-----



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	- <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
CCS	- Centro de Ciências da Saúde (CCS)
CINAHAL	- <i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CEH	- Comitê de Ética no Hospital
CIERS	- Centro Internacional de Estudos em Representações Sociais e Subjetividade
ED/FCC	- Educação, da Fundação Carlos Chagas
GRUPESMUR	- Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido
HRL	- Hospital Regional de Loreto
INEI	- Instituto Nacional de Estatística e Informática
IRAMUTEQ	- <i>Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde
LACCOS	- Laboratório de Psicologia Social da Comunicação
MEDLINE	- <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
OVO	- Observatório da Violência Obstétrica
OMS	- Organização Mundial da Saúde
RS	- Representações Sociais
SPSS	- <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SciELO	- <i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIS	- Sistema Integrado de Saúde
TRS	- Teoria das Representações Sociais
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNC	- Teoria de Núcleo Central
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
UNESP	- Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>27</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO INTEGRATIVA</b> .....	<b>37</b>
2.1	MANUSCRITO 1 - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	38
2.2	REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA .....	63
<b>2.2.1</b>	<b>O cuidado e a violência obstétrica institucional</b> .....	<b>63</b>
<b>3</b>	<b>EM BUSCA DE UM REFERENCIAL TEÓRICO: TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS</b> .....	<b>75</b>
3.1	ORIGEM E BREVE ASPECTOS HISTÓRICOS DA TEORIA DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....	75
3.2	A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....	79
3.3	PROCESSOS FORMADORES DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ANCORAGEM E OBJETIVAÇÃO .....	84
3.4	ABORDAGEM ESTRUTURAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL .....	86
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>93</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	93
4.2	LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO.....	94
4.3	PARTICIPANTES OU AMOSTRA DO ESTUDO .....	98
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	99
<b>4.4.1</b>	<b>Variáveis Sociodemográficas</b> .....	<b>99</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Variáveis Obstétricas</b> .....	<b>100</b>
4.5	COLETA DE DADOS DO ESTUDO .....	101
<b>4.5.1</b>	<b>Instrumento de coleta de dados</b> .....	<b>101</b>
<b>4.5.2</b>	<b>Procedimento de coleta de dados</b> .....	<b>104</b>

4.6	ANÁLISE DOS DADOS DO ESTUDO.....	105
4.7	COMPONENTES ÉTICOS DO ESTUDO .....	113
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>117</b>
5.1	MANUSCRITO 2: ELEMENTOS CARACTERIZADORES DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL NO TRABALHO PARTO E PARTO .....	118
5.2	MANUSCRITO 3 - A MAIOR DOR DO PARTO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL.....	141
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE .....</b>	<b>165</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>171</b>

## APÊNDICES

APÊNDICE A - PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	191
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	195
APÊNDICE C - ROTEIRO GUIA SEMI- ESTRUTURADO DE ENTREVISTA .....	198

## ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) E CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PARA APRECIÇÃO ÉTICA (CAAE) .....	202
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM P ESQUISA DO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO- PERU.....	204

# 1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, as espécies perpetuam-se através da reprodução, e a gestação, parto e o nascimento são situações fisiológicas vivenciadas pelos seres humanos. O processo gestacional entre os humanos constitui-se num evento social, transformando-se no decorrer dos séculos de acordo com o espaço sociocultural e o momento histórico nos quais as práticas acontecem. As mudanças que ocorrem nas sociedades influenciam as formas de parir, nascer, e conseqüentemente, os cuidados dispensados aos atores envolvidos nesses eventos (SILVA, 2013).

Quanto ao cuidado ao parto, por muitos anos, foi considerado um evento privado e eminentemente feminino, tradicionalmente realizado por parteiras. Com o tempo, o parto passou a ser vivido de maneira pública e institucionalizada, deslocando-se do contexto domiciliar para o interior das instituições de saúde (WOLF; WALDOW, 2008).

Na medida em que os partos se deslocaram para o ambiente hospitalar, em consequência da institucionalização da medicina, outros atores envolveram-se neste cenário, como o profissional médico, assumindo o papel hegemônico do cuidado. A partir desse cenário, o parto/nascimento, ficou marcado por algumas mudanças significativas, que aconteceram com o intuito de evitar o crescimento da morte materno/fetal e que desencadearam outras gravidades no cuidado (SILVA, 2013).

Perante esse novo modelo de cuidado dentro das instituições hospitalares, o parto assumiu caráter patológico, invasivo e sem privacidade para a parturiente, que foi submetida à terapêutica e decisão médica, provocando alteração na fisiologia do processo parturitivo (DINIZ et al., 2015). A institucionalização do parto surgiu também, não somente para reduzir os índices de mortalidade materna, mas para estudar a gestação e o parto, surgindo dessa forma a obstetrícia, uma nova especialidade médica.

O modelo tecnocrático trata da mecanização do corpo humano, bem como define o corpo-máquina como o próprio objeto. Neste modelo o corpo masculino é visto como tendo um bom funcionamento, já o corpo feminino foi olhado com suspeitas, cheio de defeitos, precisando ser consertado (GOER, 2010).

De forma metafórica, pode-se dizer que as instituições de saúde se tornaram uma fábrica, onde o corpo da mulher passa a ser percebido como uma máquina, no qual seu produto final, os seus bebês, serão o

resultado de um processo de produção industrial (GOER, 2010; QUIROZ, 2012). Assim, culturalmente, todos passam a aceitar, para que tudo ocorra bem no parto, a intervenção médica e a utilização de aparatos tecnológicos, monitores fetais, soros intravenosos, instrumentos, procedimentos cirúrgicos (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011). O modelo tecnocrático está presente na obstetrícia e termina por ser uma forma de violência, pois não fornece o apoio que as parturientes necessitam.

Nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), e nas políticas nacionais que tratam do parto, é possível observar uma importante valorização do papel da mulher. No entanto, a própria OMS reconhece que as práticas de saúde voltadas ao parto e nascimento tornaram-se intervencionistas demais, tirando as mulheres de seu contexto familiar fazendo valer a prática exclusiva das tecnologias do mercado e deixando de aplicar aquelas tecnologias referenciadas pelas evidências científicas.

A OMS preconiza que o objetivo da assistência ao parto e nascimento é, promover o mínimo possível de intervenção, com segurança, para obter uma mãe e uma criança saudáveis. Suas recomendações para a assistência ao parto consistem na mudança de um paradigma, entre elas registram-se: o resgate da valorização da fisiologia do parto; o incentivo de uma relação de harmonia entre os avanços tecnológicos e a qualidade das relações humanas; além do destaque ao respeito aos direitos de cidadania (OMS, 1996).

Esse pensamento também foi reforçado no Congresso de Humanização do Parto e Nascimento, na América Latina, realizado no Ceará, Brasil, em novembro do ano 2000. Durante este evento, formou-se a Rede Latino-Americana e do Caribe para a Humanização do Parto e o Nascimento, que estabelece contato com redes nacionais, com grupos de pessoas, e propõe melhorar o cuidado do parto e a forma de nascer (RELACAHUPAN, 2006; 2007). O documento aponta que as gestações têm sido tratadas como potencialmente patológicas e, portanto, como um problema médico. Ressalta que o corpo feminino não deve continuar sendo percebido como uma máquina complexa, a qual somente a ciência é capaz de decifrar. Pensando em uma mudança de paradigma em relação ao cuidado, se torna imprescindível a realização de práticas em saúde pautadas em uma visão holística do cuidado à mulher.

O que se observa é que, apesar dos esforços em torno da humanização do cuidado da mulher dentro das instituições de saúde, ainda persiste o poder e a dominação profissional que extrapola e recai na desumanização, constituindo-se em atos de violência obstétrica

institucional (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; ROSSI et al., 2013).

De forma geral a OMS (2014) define a violência como qualquer ação que tenha o uso intencional da força física ou de poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Desta forma, a definição empregada pela OMS (2014), sobre o conceito de violência está atrelada a consciência de estar praticando um ato violento de forma intencional, ocasionando danos físicos e psicológicos a outrem.

Na compreensão desse processo, o termo violência institucional é caracterizado como a atuação do profissional de saúde dentro da instituição de atendimento, atrelando, de certa maneira, sua atuação às condições físicas, organizacionais e de recursos da mesma. Pode ser, melhor identificada de várias formas, a saber: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e de tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo idade, orientação sexual, deficiência física, gênero, etnia, doença mental, violação dos direitos reprodutivos, discriminação das mulheres em decurso de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres HIV-positivo, quando estão grávidas ou tencionam engravidar; desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

A violência obstétrica institucional descrita por diferentes termos, ganhou visibilidade na segunda década do século XXI, sendo tema de numerosos estudos e formulação de políticas públicas. Sua relevância e legitimidade como problema de saúde pública foi corroborado pela recente declaração da OMS (2014), intitulada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, e a criação da Iniciativa Hospital Amigo da Mãe e da Criança (OMS, 2014).

O termo violência obstétrica institucional, foi proposto pela Venezuela, pioneira em tipificar esta forma de violência (VENEZUELA, 2007). Neste sentido a violência obstétrica é definida como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizado, abuso da medicalização e de patologização dos processos naturais. A lei da Venezuela complementa ainda como consequência a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e

sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007; TESSER et al., 2015).

Na sequência, a Argentina, sendo que no Peru, ainda não existe uma lei com essa definição. Porém no Brasil, foi lançado atualmente um Observatório da Violência Obstétrica (OBSERVAVOBR, 2016), como objetivo discutir, dialogar e articular junto à sociedade civil e o Sistema Único de Saúde, sobre a qualidade da assistência prestada às mulheres em seus processos de gestação, parto e abortamento.

Nesse contexto, a violência obstétrica institucional cometida contra as mulheres em serviços de saúde é subdividida em quatro tipos: negligência, violência verbal, violência física e violência sexual. A negligência é a omissão dos profissionais para com as parturientes. A violência verbal refere-se a tratamento rude, ameaças, gritos, repreensão, humilhação e abuso verbal. A violência física é identificada como agressões, procedimentos violentos e, até mesmo não utilização da analgesia quando indicado. Já a violência sexual é a menos praticada nos serviços de saúde, sendo caracterizada por estupro ou abuso sexual (VENEZUELA, 2007; DINIZ, 2009; OMS, 2014; TESSER et al., 2015; LEAL et al., 2016).

No Peru, não foram encontrados estudos recentes como o objetivo principal de conhecer a violência obstétrica institucional. Porém, a problemática existe nos estabelecimentos de saúde peruanos. Em 1998, o Centro Latino-americano dos Direitos da Mulher publicou o relatório *Silencio y Complicidad: Violencia contra la Mujer en los Servicios Públicos de Salud* no Peru, com extensa documentação das violações dos direitos humanos da mulher durante o parto, que se aplica a todo o continente (PERU, 2015). As mulheres sofreram diferentes tipos de violência dentro do estabelecimento de saúde, como violência no parto, violência sexual, violência na saúde reprodutiva entre outras, entre violência no parto, podemos verificar a falta de orientação, gritos, golpes, humilhações, abandono, falta de consentimentos, obrigação de fazer ligadura de tubarica depois do parto, bem como a violência sexual (PERU, 2015).

No Brasil, dados de o Inquérito Nacional “Nascer no Brasil” revelam que na atenção obstétrica brasileira, apenas 5% dos partos vaginais ocorrem sem intervenções (LEAL et al., 2012). Sendo que 25% das mulheres relatam que sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou no parto. Tais agressões, praticadas por profissionais de saúde, incluem desde repreensões, humilhações e gritos à recusa de alívio da dor, realização de exames dolorosos e desnecessários, até xingamentos grosseiros com viés discriminatório

quanto à classe social ou cor da pele (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

As formas de tratamento direcionadas às mulheres em trabalho de parto, também são consideradas formas de violência obstétrica institucional, marcadamente quando elas são impedidas de chorar, gemer, pedir informações, caminhar para aliviar a dor, escolher a posição que lhe seja mais confortável, escolher se concordam ou não com métodos invasivos e desnecessários, entre outros (GUTMAN, 2010; TESSER et al., 2015).

Na pesquisa realizada por Aguiar (2010), as mulheres definiram como “maus-tratos” situações onde não houve manejo da dor ou em que ocorreu negligência, falta de assistência, abandono, falta de escuta, dificuldades de comunicação e tratamento grosseiro e discriminatório. Outras pesquisas também apontam, como um tipo de violência o uso inadequado de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários em face das evidências científicas atuais, resultando em uma cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas (AGUILAR; D’OLIVEIRA, 2011).

Existem várias práticas que são utilizadas rotineiramente pelos profissionais de saúde, apesar de serem amplamente divulgadas pela OMS desde 1996, como prejudiciais ou ineficazes, que devem ser eliminadas da assistência ao parto, e práticas utilizadas de modo inadequado, dentre outras, que sendo adotadas, influenciam negativamente a experiência do parto, associando-se diretamente a violência obstétrica institucional, além de prejudicar o seguimento fisiológico, torna a parturiente suscetível a complicações (OMS, 1996; SANTOS, SOUZA, 2015).

Muitos procedimentos são realizados sem que as mulheres tenham sido informadas ou esclarecidas de sua necessidade. Alguns são realizados sem aviso e sem dar a oportunidade para a mulher emitir seu consentimento. Diversos relatos apontam o incômodo em se submeter a exames realizados em seu corpo por pessoas que não se apresentam, não informam a necessidade do exame e realizam comentários agressivos durante o procedimento (BRASIL, 2014).

Uma pesquisa realizada na Venezuela por Camacaro et al., (2015), sugere que mesmo tendo uma lei referente a violência obstétrica, práticas abusivas ainda estão sendo realizadas dentro de alguns hospitais. A pesquisa foi realizada no Hospital Central de Maracay com 800 puérperas. Os resultados revelam que em todas as participantes entrevistadas foram realizadas exploração do útero pós-parto. A maioria teve estimulação do mamilo seguida do uso de ocitocina sem

autorização, e por último, cerca 75% das parturientes tiveram episiotomia de rotina, sendo estes tipos de procedimentos, considerados como violências físicas. Tais condutas de rotinas obstétricas, são definidas pelos autores como atos de violência de gênero.

Como podemos constatar na pesquisa, a violência obstétrica institucional nas maternidades públicas é determinada, em parte, por violência de gênero, que transforma as diferenças de ser mulher pobre e de baixa escolaridade, em desigualdades, uma relação hierárquica na qual a mulher é tratada como um objeto de intervenção profissional, e não como sujeito de seus próprios atos e decisões sobre o que lhe acontece (DINIZ, 2009).

Subjaz a este contexto a permanência histórica de uma ideologia de gênero naturalizadora da inferioridade física e moral da mulher e de sua condição de reprodutora como determinante do seu papel social, permitindo que seu corpo e sua sexualidade sejam objetos de controle da medicina (COELHO et al., 2015). Vale ressaltar que esta dominação do corpo feminino pela medicina, bem como o próprio exercício da violência obstétrica em maternidades públicas, não se dá sem conflitos e resistências por parte das mulheres.

A partir das práticas de violência obstétrica cometida nas instituições de saúde, formaram-se movimentos sociais que estão lutando para reverter esta realidade, assim como vários países estão investindo em políticas de saúde e instrumentos legais que protegem os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Atualmente, há várias políticas nacionais e internacionais que defendem estes direitos tais como: Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU, 1979), Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; (Convenção de Belém do Pará) (OEA, 1994; 1996) conjuntamente com a Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher (ONU, 1993); IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing na China (ONU, 1995), se reconhece que a violência contra a mulher é um obstáculo para alcançar os objetivos de igualdade, desenvolvimento, sustentabilidade e paz.

Ainda que vários procedimentos sejam considerados ineficientes pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), pelas políticas de humanização do parto e do nascimento (PERU, 2015; BRASIL, 2014) e por diversos pesquisadores (DINIZ et al., 2015; TESSER et al., 2015; LEAL et al., 2016), algumas práticas continuam sendo rotineiras no cenário obstétrico e frequentemente percebidas como violentas por muitas mulheres. Por outro lado, as mulheres em trabalho de parto e

parto não reclamam e não emitem opinião, por medo, por opressão ou por estarem vivenciando um momento muito especial de suas vidas: o nascimento de seu bebê. Depois de finalizado o processo de parturição, tudo é alegria e os maus tratos são de certa forma, esquecidos (AGUILAR; D'OLIVEIRA, 2011).

Assim sendo, é imprescindível que o profissional de saúde que presta cuidado à parturiente, cuide das mulheres de maneira humanizada, usando de habilidades interpessoais, demonstrando empatia, facilitando a expressão do sentimento da parturiente e respeitando suas opiniões. Este cuidado deve também estar baseado em evidências científicas e nos direitos humanos de mulheres, bem como nos direitos dos bebês e da família para a promoção da autonomia, da liberdade de escolha, da equidade e da não violência de gênero e de cidadania (PEREIRA; BENTO, 2011; COELHO et al., 2015).

O estudo realizado por Aguiar, Oliveira e Schraiber (2013), demonstra que no cuidado humanizado realizado às parturientes no trabalho de parto e parto, procura-se restaurar a autonomia das mulheres, o controle de seu corpo e de seus processos, a qualidade ética e técnica nas relações estabelecidas entre profissionais da saúde e a mulher.

Neste contexto, compreende-se que a violência obstétrica constitui-se em um conjunto de situações que merecem ser discutidas pelos profissionais do serviço de saúde, com a finalidade de modificar a postura e a atitude dos que lidam com a parturiente. É preciso transmitir mais dignidade e respeito ao atendê-la, já que o cuidado adequado à mulher, no momento do trabalho de parto e parto, representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança, dignidade e bem-estar. Igualmente, este cuidado que é um direito fundamental de toda parturiente.

Assim sendo, diante da complexidade do contexto, e associado à escassez de estudos voltados para violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto, a fim de compreender as vivências e o significado desse universo, emergiu a necessidade de buscar respostas para a seguinte questão norteadora: Quais são as representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto?

Em busca de respostas para esta questão foi estabelecido o seguinte objetivo do estudo: Conhecer as representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto.

A partir da identificação da questão norteadora e do estabelecimento do objetivo do estudo, foi preciso definir a abordagem

teórica e metodológica mais adequada a ser adotada. Neste particular, por considerar a natureza do objeto a ser investigado, as crenças, valores e vivências do objeto nas interações sociais, optou-se por realizar um estudo tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS).

A TRS foi utilizada nesta pesquisa para conhecer o fenômeno na perspectiva do sujeito que a vivencia, conhecendo o pensamento de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto. No processo de construção das representações, o saber é gerado por meio da comunicação na vida cotidiana, com a finalidade de orientar os comportamentos em situações sociais e transformação do não-familiar em familiar (MOSCOVICI, 1978). Assim, considera-se que a representação é uma forma de conhecimento prático, elaborada e partilhada socialmente, o que implica na construção de uma realidade comum aos sujeitos que dela participam (JODELET, 2001).

Na perspectiva da TRS, a violência obstétrica institucional, enquanto fenômeno é objeto social que suscita representações, as quais intervêm em uma dada realidade social. A representação social da violência obstétrica não deve, portanto, ser tomada isoladamente, e sim analisada em sua relação direta com as comunicações uma vez que ela está em íntima relação com as práticas do cotidiano do ser humano.

Na construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais (RS), é preciso demonstrar que essa tem relevância social e/ou acadêmica, gera polêmica e tem espessura social, isto é, tem intensidade para quem fala. Assim, é preciso levar em conta, simultaneamente, o sujeito e o objeto da representação que se quer pesquisar, pois a Representação Social é elaborada por alguém e esse sujeito social tem suas marcas sociais (valores, cultura, vivências, dentre outras), sendo o objeto de pesquisa construído socialmente.

Na construção do objeto de pesquisa em RS, faz-se a transformação de um fenômeno do universo consensual (senso comum) em um problema do universo retificado (científico). Em seguida, devem ser selecionados os recursos teóricos e metodológicos a serem usados na análise do estudo.

Neste contexto, cada parto é um universo de acontecimentos próprios, uma experiência essencialmente feminina e familiar, rica em sentimentos, permeada por emoções, preocupações, dúvidas e medos. Torna-se necessário, portanto, que esses elementos integrem ao cuidado voltada a essa clientela, com atenção, cuidados e orientações. Esse processo desencadeado pela maternidade é um momento ímpar na vivência da mulher e da família, sendo assim, demanda habilidade e

sensibilidade dos profissionais de saúde que estão envolvidos nesse cuidado.

Dessa forma, o cuidado da mulher em trabalho de parto e parto é um tema polêmico, que tem relevância social porque, a partir das vivências e experiências e, principalmente, do compartilhar de ideias, somadas aos próprios conhecimentos e valores, torna o momento do nascimento do filho rico em emoções e sentimentos, e sabedoria, permitindo à mulher construir sua representação sobre violência obstétrica a partir do cuidado recebido no trabalho de parto e parto. Isto porque, ao falarem sobre o cuidado que lhes foi prestado, as mulheres comunicarão suas representações sociais sobre este objeto, já que o cuidado se dá através de práticas que implicam na interação entre os sujeitos que dela participam que são os profissionais da saúde e as mulheres.

A TRS mostra a importância de se levar em conta as práticas de uma dada população, ou conjunto social, quando da pesquisa de suas representações, compreendendo os processos de formação e circulação das RS nas sociedades contemporâneas.

Considerando as recomendações do Ministério da Saúde Peruano (PERU, 2014), no que diz respeito à humanização do cuidado e à forma como ocorre o atendimento da parturiente no ambiente hospitalar, conforme descrito, parece pertinente que algumas questões sejam apontadas com o fim de relevar a experiência única do ato feminino de parir. A teoria de Representações Sociais, neste estudo, privilegia o desvelamento, pela própria mulher, acerca da violência obstétrica institucional, vivida no trabalho de parto e parto.

Assim, esse estudo foi idealizado para fornecer elementos que demonstrem a importância de uma reflexão sobre o cuidado dispensado à mulher em trabalho de parto e parto, pela equipe de saúde que presta.

No estudo desta problemática, a tese é de que: A violência obstétrica institucional é um problema de saúde pública, que traz repercussões na vida das mulheres parturientes. Exige conhecer as RS acerca do tema que pode contribuir mudanças na lógica do cuidado dispensado pelos profissionais de saúde, a partir da atitude e comportamento dos profissionais que prestam o cuidado, para garantir valorização da mulher como sujeito.

Por fim, acredito que os conhecimentos a partir das representações sociais, possam contribuir com as informações singulares e contextualizadas, fornecendo pistas para o aprimoramento de políticas de saúde voltadas ao cuidado das mulheres parturientes.



## **2 REVISÃO INTEGRATIVA**

Neste capítulo é apresentada a revisão da literatura empreendida para a realização do estudo. É desenvolvida em duas partes: uma primeira parte onde é apresentada a revisão integrativa na forma de manuscrito, em conformidade com a Instrução Normativa N° 10/PEN/2011, a qual dispõe sobre os critérios para a elaboração e apresentação de trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Pen) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tendo como título: Violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto: uma revisão integrativa, o qual deverá ser submetido a avaliação e possível publicação em periódico classificado pelo sistema Qualis, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). E na segunda parte, onde é apresentada uma revisão do tipo narrativa sobre o cuidado e a violência obstétrica institucional.

2.1 MANUSCRITO 1 - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**INSTITUTIONAL OBSTETRIC VIOLENCE DURING THE LABOR AND CHILDBIRTH: AN INTEGRATIVE REVIEW**

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO: UNA REVISIÓN INTEGRADORA**

Maria de Jesus Hernández Rodriguez  
Evangelia Kotzias Atherino dos Santos  
Andreia Isabel Giacomozzi

- <sup>1</sup> Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Bolsista de CAPES- PROEX. Membro Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR). Endereço para correspondência: Rua: Ana Maria Nunes, nº 188, Bairro Córrego Grande. CEP: 88040-900, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Telefone: (48) 9804-3686. E-mail: mjhr\_25@hotmail.com
- <sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC, Membro e Líder do GRUPESMUR/PEN/UFSC, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: evanguelia.ufsc@gmail.com
- <sup>3</sup> Doutora em Psicologia (UFSC). Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da UFSC, membro do LACCOS – Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: agiacomozzi@hotmail.com

## RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que objetivou identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas, em âmbito nacional e internacional, acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto. A busca foi realizada nas bases eletrônicas LILACS, SciELO, MEDLINE e CINAHL no período de 2006 a 2015. Foram analisados 23 estudos. Os resultados indicam que os estudos foram desenvolvidos majoritariamente nos últimos cinco anos consecutivos e expressam diversos tipos de violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto. Entre os tipos mais frequentes destaca-se: ausência de informações dos procedimentos obstétrica, violência física, verbal e outros tipos de violência relacionados aos procedimentos desnecessários no trabalho de parto e parto, sendo os principais perpetradores da violência o pessoal médico e da enfermagem. Conclui-se ser necessário melhorar e qualificar o cuidado nas maternidades visando coibir essas práticas.

**Descritores:** Violência. Parto. Mulher. Enfermagem Obstétrica.

## ABSTRACT

This is a comprehensive review of the literature that aimed to identify the contribution of research developed, nationally and internationally, about the institutional obstetric violence in women during the labor and childbirth. The search was performed in electronic databases, LILACS, SciELO, MEDLINE and CINAHL in the period 2006 to 2015. They were included 23 studies. The results indicate that studies that developed especially in the past five consecutive years express various types of institutional obstetric violence in labor and delivery. Among the most common types of violence are lack of information to the obstetric procedures, physical violence, verbal violence and other violence related to unnecessary procedures in labor and delivery. The medical and nursing staff are the main perpetrators of the violence. In conclusion, it is necessary to improve and qualify in maternity care aiming to curb such practices.

**Descriptors:** Violence. Childbirth. Woman. Enfermagem Obstétrica.

## RESUMEN

Se trata de una revisión integradora de la literatura que tubo como objetivo identificar la contribución de las investigaciones desarrolladas, en el ámbito nacional e internacional, acerca de la violencia obstétrica institucional en el trabajo de parto y parto. La búsqueda fue realizada en las bases de datos electrónicos, LILACS, SciELO, MEDLINE y

CINAHL en el periodo de 2006 a 2015. Fueron incluidos 23 estudios. Los resultados indican que los estudios se desarrollaron sobre todo en los últimos cinco años consecutivo y expresan diversos tipos de violencia obstétrica institucional en el trabajo de parto y parto. Entre los tipos de violencia más frecuente se destaca: la falta de información de procedimientos obstétricos, la violencia física, violencia verbal y otros tipos de violencia relacionadas a los procedimientos innecesarios en el trabajo de parto, y parto, siendo los principales perpetradores de la violencia el personal médico y de enfermería. En conclusión, es necesario mejorar y calificar la atención en las maternidades visando a frenar tales prácticas.

**Descriptor:** Violencia. Parto. Mujer. Enfermagem Obstétrica.

## INTRODUÇÃO

A violência caracteriza-se como um grave fenômeno social que está em expansão, em todas as suas formas e, de modo especial, contra a mulher. Ao longo da história e nos dias atuais tem ganhado caráter endêmico, fazendo-se cotidianamente presente em comunidades e países de todo o mundo, em vários contextos sociais, raciais, diversas faixas etárias e ou pessoas de diversas crenças religiosas (FANEITE; FEO; MERLO, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Neste contexto tem-se um tipo de violência contra a mulher, que ocorre no cenário institucional em maternidades públicas e privadas, por parte dos profissionais da área de saúde na qual tem sido objeto recente de estudo em diversos países do mundo (OMS, 2014).

Esta violência, segundo alguns autores, é expressa de diferentes modos, incluindo desde a negligência no cuidado, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional), violência física (incluindo a não-utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008; AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011). Outras pesquisas apontam, como um tipo de violência, o uso inadequado de tecnologias, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários em face das evidências científicas do momento, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas (ARGUEDAS-RAMÍREZ, 2014; ZACHER-DIXON, 2015).

Nestas situações alguns profissionais de saúde encaram a

violência obstétrica como normal e parte da rotina (WOLFF; WALDOW, 2008). E os pesquisadores Wolff e Waldow, (2008) e Aguiar e D'oliveira, (2011) evidenciam que as mulheres em trabalho de parto, não reclamam e não emitem opinião por medo da opressão ou por estarem vivenciando um momento muito especial de suas vidas que é o nascimento de seu bebê. Após finalização do processo do trabalho de parto, tudo se transforma em alegria e os maus tratos são de certa forma esquecidos pelas vítimas.

Apesar dos esforços em torno da humanização do cuidado, persiste ainda uma assistência na qual prevalece o poder e, com isso, no caso das mulheres parturientes, a ocorrência da dominação simbólica. Esta dominação recai na desumanização constituindo-se em atos de violência no cuidado das mulheres no trabalho de parto e parto (PICLKES, 2015).

Nesta perspectiva, com o intuito de subsidiar o aprofundamento e a reflexão sobre a violência obstétrica institucional, emerge a seguinte questão de pesquisa: Qual a contribuição das pesquisas desenvolvidas no âmbito nacional e internacional acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto?

Para obter resposta a essa questão, foi realizado o presente estudo que consiste uma revisão integrativa de literatura com o objetivo de identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas, em âmbito nacional e internacional, acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto.

Desta forma, acredita-se que esta revisão de literatura delineará um panorama importante da violência praticada (por profissionais de saúde que prestam os cuidados) às mulheres durante o trabalho de parto e parto, e assim seus resultados poderão contribuir para uma tomada de consciência acerca da importância da atenção humanizada, do cuidado com qualidade, respeitoso e seguro por parte dos profissionais e das instituições de saúde.

## **MÉTODO**

Para o alcance do objetivo proposto, optou-se pelo método da revisão integrativa, que possibilitou sintetizar pesquisas já concluídas e obter resultados a partir de um tema de interesse (GANONG, 1987; SOUZA; SILVA, CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa consiste em um método de pesquisa que permite reunir conhecimento sobre um determinado tema, realizada de

maneira sistemática e ordenada com o objetivo de contribuir para o avanço do conhecimento sobre o tema estudado (GANONG, 1987; MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Para a realização deste estudo, seis etapas (6) foram percorridas: estabelecimento do problema de revisão; seleção da amostra a ser estudada; categorização dos estudos; análise dos estudos incluídos na pesquisa; discussão dos resultados; e por fim, apresentação da revisão (GANON, 2004; MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Para compor o corpus da pesquisa, buscaram-se artigos via internet em quatro bases de dados eletrônicas: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*). Para a busca de artigos nas bases de dados utilizou-se as expressões: violência; parto; mulher; Enfermagem obstétrica, em suas versões em inglês, espanhol ou português para verificar o título, o resumo ou o assunto, a depender da base de dados. A busca foi realizada em dezembro de 2015, pelo endereço eletrônico do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Após a identificação, realizou-se a seleção da amostra ou estudos primários, de acordo com a questão norteadora e os critérios de inclusão previamente definidos. Os critérios de inclusão foram artigos que abordassem a violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto indexados nas bases de dados e publicados no período de janeiro de 2006 a março de 2015.

Como critérios de exclusão foram considerados: documentos técnicos; resumo de congresso, anais, teses, dissertações, editoriais, comentários, opinião, artigos de reflexão e artigos não encontrados na íntegra. Todos os estudos identificados por meio da estratégia de busca foram inicialmente avaliados através da análise dos títulos e resumos. Nos casos em que os títulos e resumos não se mostraram suficientes para definir a seleção inicial, procedeu-se à leitura na íntegra da publicação.

O instrumento, elaborado o qual foi submetido à validação aparente e de conteúdo por três juízes enfermeiros, com a finalidade de extrair e analisar os dados dos estudos incluídos era composto dos seguintes itens: (1) autores e ano de publicação (2) periódico, (3) local e país de estudo, (4) objetivo do estudo, (5) características metodológicas do estudo, (6) resultados encontrados, (7) conclusões e recomendações dos autores.

Para avaliar a qualidade dos artigos, utilizou-se um instrumento estruturado para avaliação do nível de evidência de acordo com a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), o qual considera a produção do conhecimento científico de práticas baseadas em evidências e a enquadra em níveis hierárquicos, a saber: no nível I, as evidências são verificadas através de revisão sistemática ou meta-análise de todos os ensaios randomizados relevantes, ou ainda provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; no nível II, as evidências são derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado e bem delineado; no nível III, são obtidas através de ensaios clínicos bem delineados e sem randomização. O nível IV possui evidências de estudos de coorte e de caso-controle bem definidos. Já o nível V corresponde a revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; o nível VI possui evidências de um único estudo descritivo ou qualitativo. Por fim, o nível VII possui evidências de opinião de autoridades e/ou relatório de comitê de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2010).

Após a análise dos estudos selecionados, o conteúdo avaliado foi analisado por estatística descritiva simples e sintetizado em texto.

## **RESULTADOS**

Foram identificados 960 estudos nas bases de dados selecionadas. Os artigos duplicados foram computados apenas uma vez. Nessa primeira foram excluídas 532 publicações que não respondiam à questão de pesquisa. Procedeu-se então à leitura integral e crítica de 432 artigos pré-selecionados. Foram excluídos todos os estudos duplicados ou presentes em mais de uma base de dados, o que resultou em 23 publicações: 08 na base de dados de PUBIMED/MEDLINE, 07 na LILACS, 05 na SciELO e três na CINAHL.

Foram apresentadas (Tabela 1) as bases consultadas e as respectivas estratégias de busca, o total de estudos recuperados e a quantidade selecionada após analisar o título e o resumo de cada estudo.

Em relação à análise das datas de publicação, constatou-se que cinco (21.73%) dos estudos foram publicados nos anos de 2006 a 2009 e, 18 (78.26%) nos anos de 2010 a 2015. Identificaram-se lacunas de publicações referentes ao tema de violência obstétrica institucional nos anos de 2006 a 2009. Porém as publicações abordando o tema têm aumentado nos últimos anos, possivelmente devido ao fato de que na atualidade o tema está relacionado a um problema de saúde pública por

causar vários agravos à saúde.

Tabela 1. Número de estudos encontrados, excluídos, pré-selecionados e selecionados nas bases de dados eletrônicas, no período de janeiro 2006 a dezembro de 2015.

<b>Número de estudos/Base de dados</b>	<b>Encontrados</b>	<b>Excluídos</b>	<b>Pré-selecionados</b>	<b>Selecionados</b>
Pubimed/Medline	330	115	33	08
LILACS	310	178	30	07
SciELO	220	99	29	05
Cinahl	100	140	11	03
<b>Total</b>	<b>960</b>	<b>532</b>	<b>428</b>	<b>23</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Em relação aos países de origem, 11 (47.82%) são do Brasil, três (13.4%) são do México, dois (8.6%) dos Estados Unidos, dois (8.6%) de Ghana, e Cuba, Venezuela, Peru, África do sul e Costa Rica apresentam cada país um artigo (4.34%). Acredita-se que o fato do Brasil estar em primeiro lugar no número de publicações, possa estar relacionado ao constante movimento da humanização do parto e nascimento presente no país nos últimos 10 anos.

Segundo o tipo de periódico, constatou-se que os 23 artigos foram publicados em 20 periódicos diferentes. Os periódicos com maior número de publicações foram: Saúde e Sociedade com três (13%); Cadernos de Saúde Pública com dois estudos (8%). Revista Brasileira de Enfermagem, Journal Perinatal Education, Physis Revista de Saúde Coletiva, Journal of Advanced Nursing, Interface Comunicação Saude e Educação, Revista obstétrica ginecológica Venezuela, Journal The American Journal of Bioethic, Ciência e Saúde Coletiva, Revista de Pesquisa Cuidado Fundamental, Revista CONAMED do México, Revista científica CENSUPEG, Rev enferm UFPE on line, *Cuadernos Inter. Cambio sobre Centro América y el Caribe*, *Journal of Human Growth and Development*, *Revista Midwifery*, *Journal Home*, *American Anthropological Association e Ginecologia y Obstetricia Mexico*, cada uma com um estudo (4.34%). Os percentuais provavelmente estão relacionados ao tempo de existência do periódico, periodicidade de publicação, articulação com diferentes áreas do conhecimento e parcerias científicas, entre outros aspectos.

Verificou-se ainda a autoria por categoria profissional, resultando em 10 (43.47%) estudos produzidos por enfermeiros, seguido por

profissionais de medicina com sete (30.4%), antropólogos três (13.4%), psicólogo com dois (8.6%) e sociólogo com um (4.34%). Isso mostra que a enfermagem está atenta e sensibilizada com a mulher frente à temática da violência na sala de parto e está buscando fazer um recorte da prática e do cuidado com esta população específica através do aprofundamento científico.

Segundo a classificação dos níveis de evidência dos estudos (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2010), todos os 23 estudos selecionados possuíam Nível de Evidência (NE) VI por se referirem a estudos descritivos com baixo poder inferencial e de associação. No Quadro 1 apresenta-se a descrição dos artigos selecionados segundo o nome dos autores e ano de publicação, periódico, local e país de estudo, título, resultados, conclusões e nível de evidência.

Na presente revisão integrativa da literatura foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão, 23 artigos considerados de relevância para o tema proposto, conforme a síntese descrita no Quadro 1 acima. A violência institucional obstétrica mais citada nos estudos foi a negligência (principalmente a ausência da informação e o abandono), seguida de violência verbal e física, sendo praticada, principalmente, por médicos com (56.52%) dos estudos analisados e profissionais da enfermagem (43.48%).

Quadro 1. Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo o nome dos autores e ano de publicação, periódico, local e país de estudo, título, resultados, conclusões e nível de evidência.

Autores/ Ano	Periódico	Local e país de estudo	Título	Resultados e conclusões	NE
TEIXEIRA; PEREIRA, (2006)	Revista Brasileira de Enfermagem	Cuiabá/MT, Brasil	Parto hospitalar – experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT.	Dos aspectos que atravessaram suas vivências, vários estavam relacionados a uma cultura institucional que revelou um atendimento pautado por violência velada e em desrespeito aos princípios do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde. Concluiu-se que há muitos investimentos ainda a serem feitos para melhorar a qualidade da assistência ao parto e ao nascimento nos locais estudados.	VI
DIAS; DESLANDES, (2006)	Cadernos de Saúde Pública	Rio de Janeiro, Brasil	Expectativa sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política de humanização da assistência.	O cuidado na maternidade dependerá mais de sorte do que da rotina institucional. Abandono no leito, a proibição de um acompanhante e em especial a violência verbal são situações vivenciadas pelas mulheres.	VI
MCCALLUM; REIS, (2006)	Cadernos de Saúde Pública	Salvador/BA, Brasil	Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil.	As mulheres descrevem o trabalho do parto como solidão, falta de informação e dor, sensações que se transformam em amor com o nascimento da criança.	VI
GOMES; NATIONS; LUZ, (2008)	Saúde e Sociedade	Fortaleza/CE, Brasil	Pisada como Pano de Chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro.	A hospitalização é caracterizada por abandono, solidão, falta de informações e aprisionamento, em virtude da imposição de normas, regras e procedimentos que ignoram a autonomia, condições pessoais e subjetividade da paciente.	VI
Continua...					

Autores/ Ano	Periódico	Local e país de estudo	Título	Resultados e conclusões	NE
<b>Continuação</b> WOLFF; WALDOW, (2008)	Saúde e Sociedade	Rio Grande do Sul, Brasil	Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto.	As parturientes evidenciaram o não cuidado e/ou a desumanização da assistência à mulher em trabalho de parto e parto, como toques em números exagerados e sem delicadeza.	VI
GOER, (2010)	Journal Perinatal Education	Estados Unidos	Crueldade em maternidades: cinquenta anos depois.	Os prestadores de cuidados médicos continuam a sujeitar mulheres grávidas ao abuso verbal e físico. As mulheres frequentemente é negado o direito de tomar decisões informadas sobre os cuidados e se quer fazer valer seu direito pode ser punida.	VI
VENTURI JR; AGUIAR; HOTIMSKY, (2010)	Saúde e Sociedade	Minas Gerais (/MG), Brasil	A violência institucional no parto e nas maternidades brasileiras.	As violências institucionais vivenciadas pelas mulheres pesquisadas revelam que suas manifestações são mais frequentes nos serviços públicos (27%) que nas maternidades particulares (17%). A violência física foi a vivenciada com maior frequência (17%), ocupando o segundo lugar a negligência (14%) e em terceiro a violência verbal com (12%).	VI
SANTOS; PEREIRA, (2010)	Physis Revista de Saúde Coletiva	Bahia, Brasil	Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo.	A análise dos dados demonstrou que as mulheres vivenciaram o processo parturitivo com solidão, medo, dor, sofrimento, abandono, ausência de informação e tiveram seus filhos, sozinhas. Os únicos momentos de assistência foram limitados ao período expulsivo ou do pós-parto.	VI
YAKONG et al., (2010)	Journal of Advanced Nursing	Nabdam, no Norte do Ghana, África	As experiências das mulheres em procurar cuidados de saúde reprodutiva em Ghana: desafios para a saúde materna e utilização dos serviços de saúde.	Principais temas das histórias das mulheres foram: experiências de intimidação e de ser repreendidas, experiências de escolhas limitadas, receber tratamento silencioso, sem nenhuma informação e as experiências de falta de privacidade. Mudanças estruturais para postos de saúde e práticas de enfermagem de rotina são necessárias para criar condições de privacidade para responder às preocupações de saúde das mulheres.	VI
<b>Continua...</b>					

Autores/ Ano	Periódico	Local e país de estudo	Título	Resultados e conclusões	NE
<b>Continuação</b>					
AGUIAR; D'OLIVEIRA, (2011)	Interface - Comunicação Saúde, Educação	São Paulo, Brasil	Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias.	Os dados revelam práticas discriminadoras, ausência de informações e tratamento grosseiros no âmbito da assistência em maternidades públicas, reagindo com estratégias de resistência ou acomodação.	VI
TERÁN et al., (2011)	Rev Obstet Gineco. Venezuela	Concepción Palacios, Venezuela	Violência obstétrica: percepção das usuárias.	Os principais perpetradores sinalados são os enfermeiros e os médicos. Entre os procedimentos sem consentimento, o mais frequentemente reportado foi a realização de múltiplos toques (37,2 %) e a administração de ocitócitos (31,3 %). Existe uma elevada percepção de violência na atenção obstétrica dada pela realização de procedimentos médicos sem consentimento informado e trato desumanizante por parte do pessoal da saúde.	VI
WEITLAUF, (2011)	Journal The American Journal of Bioethic	Estados Unidos	Violência contra a mulher contemporânea na prática de obstétrica.	As mulheres referem maus tratos dos profissionais de saúde, como violência verbal, violência física e psicológica.	VI
GARCIA-JORDÁ; DÍAZ-BERNAL; ACOSTA-ALAMO, (2012)	Ciência & Saúde Coletiva	Habana, Cuba	O nascimento em Cuba: análise da experiência do parto medicalizado desde uma perspectiva antropológica.	Desde a perspectiva antropológica, o uso rotineiro das intervenções médicas, são consideradas como violência física e de gênero.	VI
SANTOS et al., (2012)	Revista de Pesquisa Cuidado Fundamental	Santana/BA, Brasil	A atenção no processo do parto desde a perspectiva da puérpera.	Os sujeitos foram submetidos a condutas que demonstram o impacto do desenvolvimento do parto, e que mediante a necessidade da atenção hospitalar - ia com o progresso dos sinais do parto como uma forma de aliviar o sofrimento. As mães tendem a ficar sozinhas, e submeter-se às condutas nocivas, o que evidencia a falta de humanização e a ausência de vínculos de corresponsabilidade.	VI
<b>Continua...</b>					

Autores/ Ano	Periódico	Local e país de estudo	Título	Resultados e conclusões	NE
<b>Continuação</b>					
VALDEZ-SANTIAGO et al., (2013)	Revista CONAMED	Morelos, México	Nova evidência a um velho problema: o abuso das mulheres nas salas de parto.	11% das mulheres referiram ter sido maltratadas pelo pessoal de saúde, a saber: enfermeiras (40%), médicas (30%) e médicos (23%). 19% reportou maltrato verbal, cerca de 8% maltrato físico e 29% abuso total.	VI
MÜLLER; COLLAÇO; SANTOS, (2013)	Revista Científica, CENSUPEG	Florianópolis/ SC, Brasil	O significado para as puérperas do suporte profissional recebido no processo parturitivo.	Os resultados apontaram para a ocorrência de violência institucional obstétrica, sob a forma de palavras agressivas, excesso de toque, desrespeito ao tempo da mulher e principalmente aos seus desejos, constituindo motivo de insatisfação com o atendimento, razão que nos leva à reflexão sobre como os profissionais pensam estar pondo em prática a filosofia humanística da Maternidade.	VI
FERREIRA et al., (2013)	Rev enferm UFPE on line	Ceará, Brasil	Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire.	Foram identificados sentimentos de medo, insegurança e desconhecimento sobre o processo do parto expressos pelas parturientes e eles convergiram para a necessidade de inclusão de acompanhante no momento do parto. Também se destacou a falta de um ambiente com privacidade, e de informações. É importante e necessária a implantação de política de humanização do parto que possibilite a valorização da atenção à mulher durante o processo de parto.	VI
ARGUEDAS-RAMÍREZ, (2014)	Cuadernos Inter. cambio sobre Centro américa y el Caribe	Costa Rica	A violência obstétrica: proposta conceptual a partir da experiência no Hospital de Costa Rica.	É possível identificar uma particular forma de poder, onde a violência obstétrica emerge como um mecanismo de controle e como geradora de subjetividades específicas.	VI
<b>Continua...</b>					

Autores/ Ano	Periódico	Local e país de estudo	Título	Resultados e conclusões	NE
<b>Conclusão</b>					
YAJAHUANCA et al., (2014)	Journal of Human Growth and Development	Loreto, Peru	Parto no posto de saúde e em casa: uma análise da assistência ao parto entre as mulheres kukamias kukamirias do Peru.	O parto em posto de saúde, a exposição ao frio e umidade, rotinas como a falta de privacidade, aceleração do parto com drogas, corte da vagina, imobilização deitada durante o parto, e o descarte da placenta, são percebidas como inadequadas e agressivas.	VI
MOYER et al., (2014)	Midwifery	Kassena/Nankana, Ghana	Eles te tratam como se não fosse um ser humano: maltrato durante o parto nas zonas rural do Norte de Ghana.	Os dados revelam abuso físico, abuso verbal, abandono e discriminação.	VI
PICKLES, (2015)	Journal Home	Sul África	Eliminando 'Cuidado' abusivo: A resposta penal à violência obstétrica na África do Sul	Ele identifica essa conduta como uma violação dos direitos humanos e argumenta que intencional cuidado de maternidade abusivo deve ser rotulada como a violência obstétrica, uma forma específica de violência baseada no gênero, e que deve ser criminalizado.	VI
ZACHER-DIXON, (2015)	American Anthropologica I Association	México	Obstetria em um tempo de violência: Parteiros mexicanos Crítica práticas hospitalares de rotina	Nesta pesquisa, as mulheres são vítimas de abuso explícito pela equipe do hospital e pelas infra-estruturas mais amplas de saúde. Reformulando práticas obstétricas como violentas.	VI
PINTADO-CUCARELLA; PENAGOS-CORZO; CASAS-ARELLANO, (2015)	Ginecologia Obstetrica Mexico	Puebla, México	A síndrome de burnout na medicina e na percepção violência obstétrica	As situações mais comuns de violência obstétrica percebidas foram: negligência médica (fracasso e incompetência) e práticas nocivas (35,71%), discriminação (35,71%), tratamento rude e ataques verbais (40%). Os totais de 64,35% dos participantes relataram falando informações, violência obstétrica e não tem ferramentas para lidar.	VI

Fonte: Elaborado pela autora, (2016).

## DISCUSSÃO

Nos estudos avaliados e apresentados no Quadro 1 ensima, podemos identificar diversas características de violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto. A negligência foi identificada por meio da ausência de informação ou falta de orientação dos procedimentos a que as mulheres eram submetidas; abandono ou a proibição do acompanhante no parto; negar o uso de métodos de alívio da dor, negar procedimentos desnecessários no processo do parto (HOTIMSKY, 2007; WOLFF, WALDOW, 2008; VENTURI, AGUIAR, HOTIMSKY, 2010; GARCIA-JORDÁ, DÍAZ-BERNAL, ACOSTA-ALAMO, 2012; SANTOS, PEREIRA, 2012; SANTOS et al., 2012; VALDEZ-SANTIAGO et al., 2013; FERREIRA et al., 2013; TERÁN et al., 2013; PICKLES, 2015).

Em relação à ausência da informação dos procedimentos aos quais as mulheres eram submetidas, entendem-se como negar informação solicitada, procurada, mas não é dada por razões diversas, ou seja, não se atende ao apelo do outro que procura pela informação. A informação é um ponto principal da humanização no cuidado o relacionamento entre os indivíduos, baseada no respeito das individualidades, expressando-se através de atos de amor, do ouvir o dito e o não-dito do observar, tendo como veículo técnicas específicas que só serão humanizadas se houver implicação do profissional que realiza o cuidado com a mulher. Portanto é necessário existir um clima de respeito, confiança e afeto entre o membro de equipe de saúde que prestam este tipo de cuidado (WOLFF, WALDOW, 2008; SANTOS, PEREIRA, 2012).

Além disso, considera-se dever do profissional de saúde fornecer subsídios para embasar as decisões do usuário. Desta forma, prestar informações claras acerca do cuidado é uma condição imprescindível para manter a liberdade, dignidade da parturiente, neste caso das mulheres no trabalho de parto e parto.

Outros relatos sobre violência nos estudos revelam abandono do trabalho de parto e parto pelo profissional de saúde e ou a proibição do acompanhante no parto (BRASIL, 2005; DIAS; DESLANDES, 2006; WOLFF, WALDOW, 2008; MCCALLUM, REIS, 2006; AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2011; SANTOS et al., 2012; FERREIRA et al., 2013), passando as mulheres pela solidão, pelas dores, desespero das contrações uterinas e insegurança do cuidado prestado pelos profissionais de saúde. O cuidar e escuta qualificada são ações importantes para criação de laços de confiança e afeição a fim de

facilitar este processo no trabalho de parto, além de fazer dele um momento de cuidado e conforto (SANTOS; PEREIRA, 2012). Nesse contexto a presença do acompanhante pode diminuir seus medos, suas angústias e necessidades e desta forma contribuir na humanização dos processos de cuidado no trabalho de parto e parto nas maternidades, tornando o parto o mais natural possível, diminuindo as intervenções e a violência à mulher (HODNETT et al., 2013; ZACHER-DIXON, 2015).

Os estudos referem que a maioria das mulheres manifesta o desejo da presença do acompanhante na sala do parto, mas isso nem sempre é permitido. Impedir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto viola um direito fundamental de sua vida, além disso, viola sua própria autonomia, sua capacidade de escolha, de optar pela presença ou ausência de um acompanhante, de escolher a pessoa que ela deseja que esteja ao seu lado nesse momento e não sentir-se abandonada dentro da maternidade (GARCIA-JORDÁ, DÍAZ-BERNAL, ACOSTA-ALAMO, 2012; FERREIRA et al., 2013).

No caso da violência verbal, refere-se ao tratamento desumanizado, grosseiro, discriminação, ameaças, repressões, humilhações intencionais relacionadas à sexualidade feminina. Este tipo de violência descrita como a segunda mais citada pelos estudos, fazem parte das práticas de alguns profissionais de saúde (MCCALLUM, REIS, 2006; DIAS, DESLANDE, 2006; VENTURI, AGUILAR, HOTIMSKY, 2010; MULLER, COLLAÇO, SANTOS, 2013; MOYER et al., 2014; PICKLES, 2015; PINTADO-CUCARELLA, PENAGOS-CORZO, CASAS-ARELLANO, 2015). A violência verbal é um comportamento agressivo, caracterizado por palavras danosas que tem a intenção de ridicularizar, humilhar, manipular e/ou ameaçar, ocasionando dano, tanto emocional e psicológicos aos seres humanos, neste caso as mulheres parturientes (VALDEZ-SANTIAGO et al., 2013)

As atitudes dos profissionais da saúde são fundamentais para a humanização do cuidado no parto, pois a formação do vínculo entre profissional e mulher, ajuda a reduzir seu medo, o stress e a dor no processo do parto (OMS, 1996; PINTADO-CUCARELLA; PENAGOS-CORZO, CASAS-ARELLANO, 2015). O Ministério da Saúde brasileiro afirma que é indispensável para a humanização do parto considerar os desejos e valores da mulher e adotar uma postura sensível e ética, respeitando-a como cidadã e eliminando as agressões verbais e não verbais (BRASIL, 2001).

No que se refere à violência física, foi a terceira mais citada pelos artigos. Este tipo de violência ou agressão, afeta significativamente a vítima, causando danos psicológicos brutais e irreparáveis. Os autores

expressam que a violência mais citada pelas mulheres é a manipulação do corpo (toques vaginais doloridos e frequentes), manobra de Kristeller; episiotomia, pressão no abdome, incluindo a não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada (VENTURI, AGUIAR, HOTIMSKY, 2011; AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2011; GARCIA-JORDÁ, DÍAZ-BERNAL, ACOSTA-ALAMO, 2012; WEITLAUF, 2011; VALDEZ-SANTIAGO et al., 2013).

No que diz respeito aos toques vaginais, as mulheres expressaram que foram com frequência, dolorosos, sendo realizados por vários profissionais, em curto intervalo de tempo, e sem privacidade (TEIXEIRA, PEREIRA, 2006; WOLFF, WALDOW, 2008; AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2011; SANTOS; PEREIRA, 2012). Consta-se que, infelizmente, essa é uma prática constante que pode comprometer a evolução fisiológica do trabalho de parto e parto, causando desconforto e edema de vulva (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011). Nesse sentido, é necessário que os profissionais de saúde que trabalham nas maternidades tratem a mulher com respeito, privacidade, sensibilidade e deem informações sobre os procedimentos aos quais são submetidas as mulheres no trabalho de parto e parto, para não causar constrangimentos, a exemplo dos toques vaginais doloridos, assim, contribuir para a evolução do trabalho de parto e parto, evitando dificultá-lo (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011).

Considerando a categorização da OMS (2014), sobre a utilidade, a eficácia e, substancialmente a ausência de efeitos prejudiciais das condutas e das práticas ao parto normal, nota-se a presença de práticas frequentemente usadas de forma inadequada. O número de exames vaginais deve ser limitado e, ser evitado até que a parturiente esteja na fase ativa do trabalho de parto. Quando realizado por estudante deverá ser confirmado pelo seu supervisor somente após consentimento da parturiente, pois em nenhuma circunstância a mulher deve ser coagida a passar por exames vaginais frequentes e repetidos feitos por vários prestadores de serviço ou treinandos (OMS, 2014; SANTOS; SOUZA, 2015).

Constatou-se também que a prática da episiotomia ainda é realizada nas maternidades de forma rotineira, mesmo já havendo evidências de que este procedimento pode causar danos para a mulher como trauma de períneo posterior e complicações de cicatrização. Portanto, a utilização desta prática requer a avaliação da situação perineal de cada parturiente (BRASIL, 2001; CARRAGO et al., 2008).

Outro tipo de violência relatada é a manobra de Kristeller, que consiste na compressão abdominal do fundo uterino, pelas mãos do

obstetra ou outro profissional de saúde para auxiliar na expulsão fetal (TEXEIRA; PEREIRA, 2006). Esta manobra está em desuso já há algum tempo por ser considerada prejudicial e ineficaz tanto para a mãe quanto para o bebê (BRASIL, 2001). Porém, os estudos referem que esta manobra ainda vem sendo realizada nas maternidades, pelos profissionais da saúde (TEXEIRA, PEREIRA, 2006; WOLFF, WALDOW, 2008; VALDEZ-SANTIAGO et al., 2013). Salienta-se que os próprios profissionais de saúde reconhecem que a manobra de Kristeller é proscrita, porém continuam a realizá-la, apesar de não registrarem em prontuário (VENTURI, AGUIAR, HOTIMSKY, 2011; AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2011; GARCIA-JORDÁ, DÍAZ-BERNAL, ACOSTA-ALAMO, 2012; WEITLAUF, 2011; VALDEZ-SANTIAGO et al., 2013).

A posição vertical favorece o trabalho de parto. A mulher sente menos desconforto, dificuldades de puxos e dor no parto. Além disso, a posição de litotomia foi abordada pelas mulheres como uma prática desnecessária, cansativa e humilhante (TEXEIRA, PEREIRA, 2006; AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2011).

Verificou-se nos estudos que o parto hospitalar não possibilitou à mulher o exercício da autonomia e poder sobre seu corpo e suas experiências de parto. Além disso, as intervenções não foram negociadas ou explicadas. Tampouco estas mulheres questionaram os profissionais de saúde sobre qualquer conduta ou procedimento realizado, pois quando o fazem, podem ser verbalmente ou fisicamente agredidas (YAJAHUANCA et al., 2013; MOYER et al., 2014; ZACHER-DIXON, 2015). Refletir sobre tais dados possibilita desnaturalizar práticas e manobras realizadas rotineiramente pelo profissional de saúde, durante o cuidado no trabalho de parto e parto que são referidas como inapropriadas pela OMS desde 1996 (OMS, 1996).

Foi possível também constatar entre os tipos de violência no parto, a não utilização de métodos de alívio da dor. Nesta condição, deve-se orientar e oferecer os métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto, uma vez que se busca a ressignificação da dor, tornando mais prazerosa a experiência do parto e nascimento do bebê (CARRARO et al., 2008; YAKONG et al., 2010). O Ministério da Saúde do Brasil reforça a importância da atenção durante o trabalho de parto e parto que ofereça a possibilidade de controle da dor. Uma vez que a dor do parto, independentemente de influências socioculturais, pode ser considerada insuportável para um grande número de mulheres, tornando dolorosa essa experiência de vida (BRASIL, 2014).

Outras situações de violência mencionadas nos estudos foram os procedimentos desnecessários como uso de ocitocina frequente, e tricotomia (WOLFF, WLADOW, 2008; TERÁN et al., 2013). A utilização de ocitocina durante o trabalho de parto, quando usado precocemente, pode trazer efeitos diversos a hiperestimulação uterina, ou aumentando as contrações, podendo trazer desvantagens e riscos como a ruptura uterina e sofrimento fetal agudo além de grande desconforto para a mulher, como estresse e medo, devido às intensas dores, além de poder se tornar um indicativo para o parto cirúrgico (BRASIL, 2014; GOER, 2010). A tricotomia foi realizada em quase todas as mulheres no trabalho de parto. A tricotomia além de oferecer desvantagens para a parturiente, como o risco de infecção, o desconforto quando os pelos começam a crescer e a possibilidade de traumas à pele, sua realização aumenta o custo do processo (CARRARO et al., 2008).

De acordo com o que foi exposto, verifica-se que a violência obstétrica constitui um problema de saúde pública complexo e multifatorial, de crescente importância e potencial explicativo, e de grande repercussão sobre a saúde de mães e recém-nascidos. Então, é preciso considerar a humanização do cuidado obstétrico como prática cotidiana nas maternidades, garantindo uma assistência de qualidade e livre de violência, proporcionando o respeito, numa relação igualitária para o processo de cuidar.

Os estudos evidenciam como principais protagonistas da violência obstétrica institucional a equipe médica, seguido pela enfermagem (AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2011; GARCIA-JORDÁ, DÍAZ-BERNAL, ACOSTA-ALAMO, 2012; TERÁN et al.; 2013; VALDEZ-SANTIAGO et al., 2013; ARGUEDAS-RAMÍREZ, 2014). O saber-poder dos profissionais de saúde, utilizada na expropriação da mulher no momento do parto e do uso de práticas que denotam violência obstétrica institucional (CARRARO et al., 2008; MOYER et al., 2014, ZACHER-DIXON, 2015).

Segundo pesquisa científica, os médicos acreditam deter o saber necessário sobre o parto, estando assim melhor preparados para entender o que as parturientes precisam, mas não há sensibilidade para o que elas sentem e/ou temem, pois, estes aspectos ingressam no campo subjetivo, uma área negada pela tecnologia medicalizante da atenção à parturição (WEITLAUF, 2011; VALDEZ-SANTIAGO et al., 2013; PICKLES, 2015).

Um dos artigos analisados revelou que, para as puérperas, muitas vezes, a relação com os profissionais de saúde não parece estar fundamentada num vínculo de confiança, ao contrário, sobressaíram nos

depoimentos, ameaças, críticas e repressões feitas às usuárias como forma de lhes garantir a obediência e deixar clara a hierarquia a que estão sujeitas (YAJAHUANCA et al., 2013; MOYER et al., 2014; SANTOS, SOUZA, 2015). Na rotina hospitalar, os profissionais de saúde controlam, regulam e conduzem o parto e o nascimento, desconsiderando, com assiduidade, o saber próprio do corpo feminino, suas crenças, valores e costumes. Trata-se de um processo de anulação do sujeito, preocupante, que deve ser pensado a fim de transformar o modelo de atenção obstétrica (YAKONG et al., 2010).

Fica evidente nos estudos analisados, que tanto o médico como os profissionais de enfermagem, mantêm um discurso autoritário e rude com a mulher no trabalho de parto, que se expressa como tratamento desumanizado, trazendo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (MOYER et al., 2014).

O profissional de saúde tem o dever de realizar um cuidado acolhedor e qualificado, deixando as usuárias do serviço mais satisfeitas quanto à qualidade da atenção ofertada. Percebe-se ainda que a qualidade desse atendimento muitas vezes acaba dependendo muito mais da equipe de saúde do que da própria instituição, pois para dar conta do processo de humanização do cuidado obstétrica é necessário que se tenha profissionais de saúde humanizados. Estes profissionais devem ser capazes de entender as dimensões subjetivas das mulheres parturientes como prioritárias (VARGAS et al., 2014; ZACHER-DIXON, 2015).

Ressalta-se que, o enfermeiro tem um papel importante nesse processo, pois a essência de sua formação é o cuidado do ser humano, de modo integral e holístico, desenvolvendo diferentes ações, a fim de modificar o modelo de cuidado instalado e resgatar a humanização no atendimento no cuidado das mulheres no trabalho de parto e parto.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A revisão integrativa aqui realizada evidencia a produção de conhecimento sobre a violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto, configurando-se estas como um problema de saúde pública.

Os estudos revisados mostram diferentes tipos de violência como a ausência de informações sobre procedimentos, que foi identificada pela metade dos artigos, demonstrando a gravidade deste problema. O

profissional de saúde tem como função ajudar a paciente a compreender a informação que é fornecida sobre o seu problema de saúde e as possíveis medidas terapêuticas necessárias e exigidas no seu caso particular, considerando que a informação deve ser uma prioridade no atendimento.

É identificada a violência como a negligência, violência de ordem física e violência verbal no trabalho de parto e parto. A violência no trabalho de parto e parto demonstra que há necessidade de melhorar a qualidade do cuidado ofertado pelos profissionais nas instituições de saúde. É necessário um relacionamento mais humano e integral no cuidado, reduzindo assim a prática rotineira de métodos invasivos e desnecessários, o que torna o parto mais doloroso e menos natural. Busca-se assim, garantir a diminuição dos riscos para o binômio mãe/filho prevenindo a adoção de intervenções desnecessárias.

Todos os estudos revelam a necessidade de mulheres terem acompanhante na sala de parto, já que o medo, a dor e a solidão tornam-se elementos-chave estruturantes no processo do trabalho de parto e parto. Ter acompanhante pode contribuir com a humanização dos processos de cuidado nas maternidades. Tornar o parto o mais natural possível, diminuindo as intervenções e, sobretudo a violência contra a mulher é um grande desafio. Impedir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto viola o direito da mulher como cidadã, especialmente no Brasil e nos países cuja prática já está amparada por lei.

Evidenciam-se como principais perpetradores da violência obstétrica institucional, os profissionais médicos, seguido pela enfermagem. As demais categorias de profissionais participam em proporções menores.

Nos estudos revisados, ambos profissionais mantêm um discurso autoritário e rude com mulheres no trabalho de parto. O profissional médico e de enfermagem têm como função ajudar e acolher a mulher no trabalho de parto e parto, tão necessário nesse momento, talvez o mais delicado e importante de suas vidas, o de dar à luz a uma nova vida.

Faz-se necessário melhorar e qualificar o cuidado, adotando a educação permanente com os profissionais envolvidos nas instituições na atenção ao parto, como também fazer o monitoramento sistemático do cuidado junto às mulheres visando coibir práticas. Com isso será possível realizar um cuidado baseado na humanização do parto, onde a mulher é protagonista do cuidado exercitando sua autonomia.

Sugerem-se novos estudos sobre a temática da violência contra as mulheres no trabalho de parto e parto com vistas a fornecer subsídios à

qualificação do cuidado a esta população específica, sensibilização da sociedade civil, no que se refere à adoção de políticas públicas, de caráter universal, acessíveis a todas as mulheres e que englobem as diferentes modalidades nas quais a violência se expressa.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface (Botucatu) [online]**. Botucatu (SP), v. 15, n. 36, p. 79-92, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

ARGUEDAS-RAMÍREZ, G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. **Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe [Internet]**, San José, Costa Rica, v. 11, n. 1, p. 145-69, ene./jun. 2014. Disponível em: <<http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde; Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras (ABENFO). **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília (DF): **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 08 abr. 2005. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 17 abr. 2014.

CARRARO, T. E. et al. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 502-9, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a11v17n3.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2014.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao

parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v. 22, n. 12, p. 2647-55, 2006.

FANEITE, J.; FEO, A.; MERLO, J. T. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. **Rev. Obstet. Ginecol. Venez.** Caracas, v. 72, n. 1, p. 4-12, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v72n1/art02.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2014.

FERREIRA, N. G. A. *et al.* Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. **Rev. Enferm. UFPE [Internet]**. Recife, v. 7, n. 5, p. 1398-405, maio 2013. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3721/pdf\\_2531](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3721/pdf_2531)>. Acesso em: 05 mar. 2014.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health** v10 n1 p 1-11 fev 1987.

GARCIA-JORDÁ, D.; DÍAZ-BERNAL, Z.; ACOSTA-ALAMO, M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. Rio de Janeiro (RJ), v. 17, n. 7, p. 1893-902, jul. 2012. Doi: 10.1590/S1413-81232012000700029. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/29.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

GOER, H. Cruelty in maternity wards: fifty years later. **J. Perinat. Educ.** v. 19, n. 3, p. 33-42, Summer 2010.

GOMES, A. M. A.; NATIONS, M. K.; LUZ, M. T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. **Saúde Soc. [online]**. São Paulo (SP), v. 17, n. 1, p. 61-72, jan. /mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/06.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 7, CD003766, jul. 2013. Doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto.** 2007. 360f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2007.

MCCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro (RJ), v. 22, n. 7, p. 1483-91, jul. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700012>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis (SC), v. 17, n. 4, p. 758-64, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/ve/pdf/og/v72n1/art02.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2014.

MOYER, C. A. *et al.* “They treat you like you are not a human being”: maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. **Midwifery**. v. 30, n. 2, p. 262-8, feb. 2014.

MÜLLER, J.; COLLAÇO, S. V.; SANTOS, E. K. A. O significado para as puérperas do suporte profissional no processo parturitivo. **Rev. Cient. CENSUPEG [online]**, nº. 2, p. 78-88, 2013. Disponível em: <<http://201.86.97.2/ojs/index.php/RevistaCientificaCENSUPEG/article/download/117/38>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico**. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014.

PICKLES, C. Eliminating abusive ‘care’: a criminal law response to obstetric violence in South Africa. **South African Crime Quarterly**, v. 54, n. 2015, p. 5-16, dec. 2015. Disponível em: <<http://www.ajol.info/index.php/sacq/article/view/127746/117274>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

PINTADO-CUCARELLA, S.; PENAGOS-CORZO, J. C.; CASAS-ARELLANO, M. A. Síndrome de desgaste profesional en médicos y

percepción de la violencia obstétrica. **Ginecol. Obstet. Mex.** v. 83, n. 3, p. 173-8, mar. 2015.

SANTOS, L. M.; PEREIRA, S. S. C. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Physis [online]**, Rio de Janeiro (RJ), v. 22, n. 1, p. 77-97, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a05.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

SANTOS, R. C. S.; SOUZA, N. F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP) [online]**, Macapá, v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/viewFile/1592/rafaelv5n1.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

SANTOS, R. M. A. et al. Atenção no processo parturitivo sob o olhar da puérpera. **R. Pesqui. Cuid. Fundam. [online]**, Rio de Janeiro (RJ), v. 4, n. 3, p. 2.655-66, jul./set. 2012. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1830/pdf\\_602](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1830/pdf_602)>. Acesso em: 05 fev. 2014.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuibá-MT. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), v. 59, n. 6, p.740-4, nov./dez. 2006.

TERÁN, P. et al. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. **Rev. Obstet. Ginecol. Venez.**, v. 73, n. 3, p. 171-80, 2013.

VALDEZ-SANTIAGO, R. et al. Nueva evidencia a un viejo problema el abuso de las mujeres en las salas de parto. **Rev. CONAMED [Internet]**, v. 18, n.1, p. 14-20, ene./mar. 2013. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4237199.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

VARGAS, P. B. et al. A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, Rio de Janeiro (RJ), v. 6, n. 3, p. 1021- 1035, 2014. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/3143/pdf\\_1351](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/3143/pdf_1351)>. Acesso em: 05 fev. 2014.

VENTURI JR, G.; AGUIAR, J. M.; HOTIMSKY, S. N. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise

preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, 2010. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 7º, 2011; Belo Horizonte, Brasil. **Anais...** Belo Horizonte: Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras; 2011. p. 1-6.

WEITLAUF, J. C. Informed passion: addressing the intersection of violence against women and contemporary obstetrical practice. **Am. J. Bioeth. [Internet]**. v. 11, n. 12, p. 67-9, dec. 2011. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/3143/pdf\\_1351](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/3143/pdf_1351)>. Acesso em: 05 fev. 2014.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc. [online]**, São Paulo (SP), v. 17, n. 3, p. 138-51, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

YAJAHUANCA, A. S. R. et al. Parto no posto de saúde e em casa: uma análise da assistência ao parto entre as mulheres Kukamas Kukamirias do Peru. **J. Hum. Growth Dev. [Internet]**. v. 23, n. 3, p. 1-9, 2013. Disponível em: <>. Acesso em: 05 mar. 2014.

YAKONG, N. V. et al. Women's experiences of seeking reproductive health care in rural Ghana: challenges for maternal health service utilization. **J. Adv. Nurs. [Internet]**, v. 66, n. 11, p. 2431-41, nov. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05404.x/epdf>>. Acesso em: 05 mar. 2014.

ZACHER-DIXON, L. Obstetrics in a time of violence: mexican midwives critique routine hospital practices. **Med. Anthropol. Q.**, Washington, D.C., v. 29, n. 4, p. 437-454, 2015. doi:10.1111/maq.12174.

## 2.2 REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

A revisão narrativa ou tradicional apresenta uma temática mais aberta, dificilmente parte de uma questão de pesquisa bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção, a busca das fontes não é pré-determinada, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva” (CORDEIRO, 2007, p. 429).

### 2.2.1 O cuidado e a violência obstétrica institucional

O parto é historicamente um evento natural. Como é indiscutivelmente um fenômeno mobilizador, mesmo as primeiras civilizações agregaram, a este acontecimento, inúmeros significados culturais que através de gerações sofreram transformações, e ainda comemoram o parto como um dos fatos marcantes da vida (BRASIL, 2001). Trata-se de um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade (SILVA, 2013).

O parto já passou por grandes transformações no decorrer de décadas. Silva (2009) diz que antigamente não existiam técnicas que minimizavam a dor no parto e muito menos exercícios que favoreciam esta atividade. O que de fato acontecia era que as mulheres se isolavam para parir, geralmente sem nenhum cuidado, apenas seguiam seus instintos. Quando começavam a sentir as dores, as mulheres grávidas deduziam que o momento do parto tinha chegado.

O cuidado ao parto somente teve início quando as próprias mulheres começaram a se ajudar nesse processo, com a participação de seus familiares e parteiras, que foram acumulando experiências passando de geração para geração, utilizando essas mesmas para ajudar nesse momento tão esperado e importante da vida das mulheres (PEREIRA; BENTO, 2012).

Se analisarmos brevemente a história do parto desde a origem do homem na Terra, percebemos como é extremamente recente o parto dentro do hospital como mencionado anteriormente. Por muito tempo o parto foi considerado uma atividade eminentemente feminina, tradicionalmente realizada por parteiras. Os primeiros homens convocados para assistir ao parto atendiam em situações especialíssimas, quase sempre dramáticas. Pouco se conhecia da

fisiologia e, nessas ocasiões, estavam mais interessados em hemostasia, suturas e drenagens.

Silva (2009) descreve que a presença masculina no parto era vivida com inquietude pelos presentes, pois significava que algo estava muito mal. Antes dos cirurgiões, na maioria das sociedades primitivas, eram os médicos sacerdotes que auxiliavam as parteiras nas anomalias do parto, e a eles atribui-se a invenção dos primeiros instrumentos embriotômicos.

Durante a segunda metade do século XIX, os médicos passam cada vez mais acompanhar as mulheres em vias de parto (QUIROZ, 2012). Tais mudanças levaram a várias modificações nos cuidados às parturientes no período perinatal. O cuidado materno e infantil deixou de ser uma atividade assistencial desenvolvida em qualquer espaço do território da comunidade e passa a ser desenvolvido no espaço de uma maternidade, sob uma lógica de atenção à saúde, com forte componente tecnológico (KRUNO; BONILHA, 2004).

A mudança criou condições para a inclusão de rotinas cirúrgicas no parto, exemplos da episiotomia e do fórceps profilático, como também, partos acelerados através do uso de drogas. A mulher é obrigada a adotar uma posição desconfortável e não fisiológica durante a expulsão do bebê, para facilitar a atuação da equipe que está acompanhando-a, assim também, recebe constantemente palavras de ordem vindas de diferentes profissionais em cada plantão sobre o que fazer e como portar-se. É vítima de intervenções invasivas desnecessárias e violentas, tratada com indiferença quando proibida de expressar sua dor, angústia e suas dúvidas.

O ato de dar à luz, antes uma experiência profundamente subjetiva, de vivência no ambiente domiciliar para a mulher e sua família, transformou-se em experiência solitária, medo, sofrimentos e ainda afastada de seus familiares no âmbito hospitalar (CAMARARO et al., 2015)

Desta forma o parto caracteriza-se no senso comum como sendo um processo vivenciado com dor, sofrimento, sendo credível, ainda, que pode inclusive gerar morte na presença de complicações. São inúmeras as formas de representação social do parto que podem afetar a parturiente, provocar angústia, sentimento de humilhação e medo, prejudicando sua saúde e a do feto e tornando todo o processo mais arriscado e dificultoso (ROSSI et al., 2013).

Tais episódios e conceitos disseminados de forma mal estruturada, contribuem na formação de uma representação social do parto como algo de imenso perigo para a gestante. As representações

sociais constituem modos de pensamentos práticos originais da experiência de vida dos indivíduos, o contexto e diferentes instituições de socialização, tais como famílias, religião, escolas e outras instituições sociais. Este pensamento prático é orientado para a compreensão e domínio do ambiente tornando-se uma forma de conhecimento específico e senso comum cujo conteúdo é socialmente funcional. Assim, é muito comum que o imaginário coletivo se refira meramente ao processo físico do parto e remeta imediatamente a dor intensa, esta é uma ideia que tem sido passada geração em geração (ROSSI et. al., 2013).

Na interação social dessas mulheres, no cotidiano do dia a dia, são desenhados universos estabelecidos nos saberes populares, derivados do senso comum que, após serem processadas estas informações, contribuem para dar sentido e compreensão da realidade (MOSCOVICI, 2011). Então, a partir dessas informações as mulheres formam as representações sociais.

A representação social é sempre a representação de alguma coisa ou de um sujeito social como mencionado anteriormente. As características do sujeito e do objeto nela se manifestam. Assim, a mulher que acabou de parir, conta com condições suficientes para trazer as representações que vivenciaram no trabalho de parto e parto, muitas vezes idealizado e esperado, configurando-se nessas representações, sentimentos, ações e a realidade social do cotidiano das mulheres (MOSCOVICI, 2011).

De acordo com Rezende (1998), a mulher quando é internada na maternidade, traz consigo suas crenças e teorias particulares a respeito de seu estado nesse momento, relacionadas com suas fantasias e crenças. Durante o período da internação na maternidade, ela terá tempo suficiente para misturar medo, fantasia e esperança. A respeito disso, é oportuno estabelecer de início um relacionamento efetivo e cordial entre a equipe da saúde da maternidade e a cliente, em uma interação positiva que proporcionará à mulher adaptar-se melhor ao ambiente hospitalar.

A equipe de saúde da maternidade deve estar capacitada para acolher a parturiente, preparando-a física, emocionalmente e respeitando todos os significados desse momento. Ainda, os profissionais de saúde devem se questionar em relação ao seu papel durante o cuidado à mulher em trabalho de parto e parto, procurando valorizar a pessoa individualmente, pelo que ela é e sente, buscando transformar esse cuidado em um procedimento humanizado (WOLFF; WALDOW, 2008).

Neste sentido, a humanização do cuidado é de extrema importância para garantir que um momento especial, como o parto, seja

vivenciado de forma positiva e enriquecedora. Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar, criar vínculo, são requisitos indispensáveis no cuidado. Tão importante quanto o cuidado físico, a realização de procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionistas, a privacidade, a autonomia e o respeito à mulher nesse momento também são essenciais (FERREIRA et al., 2013).

No contexto da humanização no hospital significa tudo quanto seja necessário para tornar a Instituição adequada à mulher e à salvaguarda de seus direitos fundamentais. Portanto, o hospital humanizado é aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, valoriza e respeita o paciente, nesse caso, a mulher, individualmente, colocando-se ao serviço da mesma, possibilitando um serviço de atendimento de elevada qualidade. Assim, a estrutura administrativa do hospital deve estar em condições de garantir os direitos das mulheres e, acima de tudo, o direito de serem tratados como cidadãos (FERREIRA et. al., 2013).

O parto humanizado é definido pelo Ministério da Saúde Peruano segundo a Declaração feita no ano (2000) no Ceará, Fortaleza, Brasil:

O parto humanizado é um conjunto de atividades e procedimentos dirigidos a dar como resultado mães e recém-nascidos em boa condição. Porém não é menos que um procedimento natural, são princípios e pontos de partida da vida e são por ele, processos que afetam ao resto da existência humana (PERÚ, 2004, p.1).

Percorrendo a ideia de humanização do cuidado do parto, esta só será possível se houver um vínculo entre o profissional e a mulher. Nesse sentido, a mulher precisa de apoio emocional na assistência técnica oferecida por uma equipe obstétrica constituída de médicos, enfermeiras e pessoal de enfermagem capacitada. Médicos e enfermeiras obstétricas devem prestar cuidado à parturiente, baseado no respeito e expresso por meio dos gestos de amor, do ouvir, do cuidar e do observar, assim atendendo as necessidades básicas das mulheres parturientes individualmente e, também, as necessidades específicas ligadas ao cuidado obstétrico (WOLFF; WALDOW, 2008).

Portanto, é imprescindível que o profissional de saúde considere cada parto independentemente da paridade e cada nascimento como episódios únicos na vida da mulher, da criança e da família,

constituindo-se em experiências de extrema importância. Nesse cenário, a mulher procura o serviço de saúde em busca de ajuda, preocupada não só com a sua integridade e segurança, mas também com a de seu filho. Traz consigo, ainda, expectativas, necessidades, esperanças, preocupações, medos, ansiedades e angústias. Precisa de um cuidado técnico competente, mais humanizado, que considere sua singularidade, suas emoções e o significado que essa mulher atribui ao parto. Isto porque a mulher e sua família buscam um cuidado capaz de possibilitar sua integridade física e emocional (SILVA, 2013).

Assim, o cuidado adequado à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. Este é um direito fundamental de toda mulher. A equipe de saúde em obstetrícia deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento, com isso facilitando a criação de um vínculo mais profundo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade (PERU, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde do Peru (PERU, 2004; 2011a), conforme estabelecido na Portaria nº 1.158/1, a promoção e proteção do direito ao parto humanizado diz respeito:

[...] a promoção e proteção do direito de toda mulher gestante ao parto humanizado e a proteção de sua saúde, através de uma atenção pré-pós-parto integral adequada e ser reconhecida como sujeito de trato especial, fundamentado na valorização de seus desejos e necessidades como protagonistas de seu próprio parto [...]. (PERU, 2011a, p. 17).

Ainda neste sentido, a Portaria n. 1.158, do Ministério de Saúde do Peru, recomenda que toda mulher durante o desenvolvimento de sua gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto, (PERU, 2011a, p.11) tenha respeitado o direito de:

- a. Não ser submetida a práticas invasivas e administração de medicação que não esteja devidamente justificada pelo estado de sua saúde o do nonato ou recém-nascido;
- b. Ser informada sobre as intervenções médicas que lhe poderão ser praticadas durante esses processos, de maneira que possa optar

- livremente sobre diferentes alternativas, quando estas existem;
- c. Ser tratada com respeito, de modo individual e personalizada que lhe garante seu direito à intimidade durante todo o processo, tendo em consideração suas crenças;
  - d. A ser considerada e respeitada no processo do parto e nascimento como sujeito de trato especial e pessoa sã, de modo que se facilite sua participação como protagonista de seu próprio parto;
  - e. A ser informada sobre a evolução de seu parto, o estado de seu filho ou filha e, em geral, a que se lhe faça partícipe das diferentes atuações dos profissionais ou colaborador a cargo de brindar a informação;
  - f. A não ser submetida a nenhum exame ou intervenção de investigação, sem que ela dê consentimento por escrito prévio, sob protocolo aprovado pelo comitê de bioética;
  - g. A estar acompanhada por uma pessoa de sua escolha e confiança durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, e à garantia de seu direito através das recomendações e cumprimentos dos protocolos.

A efetivação do que é preconizado na Portaria n. 1.158/1, do Ministério de Saúde peruano, (PERU, 2004) demanda uma reflexão sobre o que é cuidado humanizado. Waldow (1995, p.17) descreve o processo de cuidar/cuidado como:

[...] uma forma de ser visto sob uma perspectiva ontológica. Assim sendo, não é apenas um privilégio ou característica da enfermagem. O cuidar/cuidado é uma expressão de nossa humanidade, sendo essencial para nosso desenvolvimento e realização como seres humanos. Contudo, a enfermagem possui vários requisitos e atributos que a distinguem e a caracterizam por ser uma profissão de ajuda, na qual o conceito de cuidado é genuíno como um conceito que abrange todos os atributos que a tornam uma disciplina humana e de ajuda [...].

A mesma autora ainda diz que o cuidado está embutido em valores, os quais priorizam a paz, a liberdade, o respeito e o amor, entre outros aspectos, que compõem o humano dos seres. O cuidado humano representa uma maneira de ser e de se relacionar e, caracteriza-se por envolvimento que inclui responsabilidade. Também pode ser destacado o interesse e compromisso moral, manifestações que são exclusivas dos seres humanos (WALDOW, 1995).

A humanização do cuidado no parto só será possível se houver um envolvimento entre o profissional e a parturiente, interagindo com a mulher, acompanhante e família com respeito, ouvindo-as, orientando-as, sendo esta, condição indispensável para humanização da assistência ao parto.

Por outro lado, vários estudos mostram que o profissional de saúde envolvido nos cuidados das mulheres no trabalho de parto e parto não tem sido paciente e acolhedor, o que atualmente é considerado como violência obstétrica institucional. Esta prática de violência obstétrica ocorre apesar dos esforços para humanização do cuidado, sendo que ainda persiste o poder e dominação profissional que extrapola e recai na desumanização ocasionando atos de violência obstétrica institucional (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011).

No que concerne à violência obstétrica institucional, diz respeito a um conjunto de práticas que degradam a intimidade e oprimem as mulheres e meninas no campo da saúde reprodutiva e, mais intensamente, no período de gravidez, parto e pós-parto (DINIZ, CHACHAM, 2006; SANTOS et. al., 2012; ARGUEDAS, RAMÍREZ, 2014). A violência obstétrica institucional pode ser considerada um dos tipos de violência mais preocupantes, porque é praticada por agentes e órgãos públicos que deveriam estar voltados para a defesa da cidadania. Esta violência pode ser percebida já na chegada da mulher ao hospital. A maneira como a mulher é tratada na recepção pode refletir o pouco caso do profissional de saúde que, mergulhado em uma rotina de atendimentos, não dá importância às necessidades físicas, emocionais, culturais e mentais da mulher que pode chegar com dores e eliminações vaginais, desinformada, com medo e grande ansiedade pela sua saúde e de seu filho (STRUJAK, 2012).

Pesquisas em diversos países têm apontado para o uso arbitrário que muitos profissionais de saúde fazem dos corpos e da sexualidade das mulheres, como uma das principais fontes da violência obstétrica institucional a que são submetidas dentro das maternidades (GOER, 2010; YAJAHUANCA et al., 2014; ARGUEDAS, RAMÍREZ, 2014). Essas pesquisas evidenciam que a maior parte das violências geradas

vão desde a falta de informação (sobre o processo do parto), violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica, quando tecnicamente indicada).

Sobretudo o cuidado ao parto em maternidades públicas, outro exemplo de casos que têm sido apontados como uma violência a que frequentemente são submetidas as parturientes, são as intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários, em face das evidências científicas atuais. A literatura a respeito, ressalta os efeitos indesejados que tais condutas podem causar, resultando numa cascata de intervenções, como o uso de substâncias para acelerar o parto, o rompimento artificial de membranas, a episiotomia e o uso de fórceps de rotina em primíparas ou com propósitos apenas de treinamento dos estudantes e cesarianas sem indicação clínica, dentre outros (DINIZ; CHACHAM, 2006).

O uso inadequado de tecnologia não ocorre sem potenciais riscos e sequelas. Alguns estudos demonstram a associação do uso de fórceps com o aumento no risco de lesão perineal, que por sua vez está associada à incontinência anal e urinária, disfunção sexual, pós-parto doloroso, dificuldade materna na formação de vínculo com o bebê e na amamentação. Já a episiotomia pode levar a complicações que vão desde dor no local até cicatrizes e deformidades que requerem correção cirúrgica (DINIZ; CHACHAM, 2006).

Estudos mostram que no Peru, Brasil e outros países, existem similaridades e diferenças nas diversas modalidades de violência perpetradas nas maternidades públicas. Yajahuanca et. al., (2014), em um estudo com desenho etnográfico, feito em uma maternidade de Iquitos, Peru, analisaram 25 entrevistas realizadas com mulheres puérperas para conhecer e descrever a cultura e suas experiências de atendimento ao parto e pós-parto. As autoras encontraram entre as queixas das mulheres a falta de informação, falta de privacidade, indiferença dos profissionais no cuidado prestado e aceleração do parto com drogas, corte da vagina, imobilização da mulher, deixando-a deitada durante o parto, ações que são percebidas como inadequadas e agressivas.

Dados semelhantes são encontrados por Domingues, Santos e Leal, (2004), em um estudo com desenho transversal feito em uma maternidade do Rio de Janeiro, Brasil. As autoras analisaram, através de 246 entrevistas estruturadas com puérperas internadas, os fatores associados à satisfação dessas usuárias com a assistência ao parto normal. Encontraram, entre as queixas das puérperas, a falta de

informação prestada durante a assistência e uma conduta profissional desatenciosa, grosseira, impaciente e desrespeitosa, com declarações moralistas e preconceituosas sobre a vida pessoal e o comportamento das mesmas.

Nos Estados Unidos, estudo realizado por Goer (2010), sobre violência contra mulheres, aponta que frequentemente, são negados às mulheres, seu direito de tomar decisões informadas sobre os cuidados e se quer fazer valer seu direito, pois são ameaçadas pela equipe de saúde a ficarem sozinhas no ambiente obstétrico.

Por sua vez, Moyer et al., (2014) realizaram um estudo com o objetivo de explorar as atitudes dos profissionais de saúde no cuidado durante o parto nas zonas rurais do Norte de Ghana (África). Os dados revelam abuso físico, abandono e discriminação. As mesmas autoras expressam essas violências como frequência de manipulação do corpo (toques vaginais), pressão do abdome, golpes nas pernas, beliscões, incluindo não utilização de medicação analgésica, quando tecnicamente indicada.

Uma investigação sobre a experiência de hospitalização sob a ótica de mulheres internadas em um hospital público de Fortaleza (Ceará), também aponta para condutas profissionais de desprezo da paciente mulher, incluindo as obstétricas. Seus dados revelam o descaso com mulheres em trabalho de parto e pós-parto que foram deixadas sozinhas em locais impróprios, como um banheiro com baratas e uma sala escura desativada. Ou, ainda, a tácita imposição de normas, como ter que tomar banho mesmo que a parturiente não queira ou não se sinta em condições físicas para isso (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008).

Logo, podemos ver que a violência obstétrica institucional parece estar presente de forma consistente a nível nacional ou internacional, assumindo nuances e modalidades diversas, de acordo com as características de cada país e serviço estudado.

Neste sentido, as violências podem considerar como a interiorização da mulher por suas diferenças de gênero, classe, etnia e grupo social, assim como, a desvalorização de sua subjetividade. Tratada como um objeto, a mulher tem o seu corpo e a sua saúde reprodutiva sujeita a intervenções e manipulações pelos profissionais de saúde, muitas vezes, sem o seu consentimento ou sem que seja informada sobre os procedimentos que serão realizados. O resultado, frequentemente, é a exposição da mulher a sofrimentos desnecessários e que podem trazer consequências drásticas e irreparáveis, como evidenciado pelo estudo realizado no Peru, que aponta a realização de cesarianas com fins lucrativos, de histerectomias sem o conhecimento

das mulheres e de laqueaduras impostas às usuárias do serviço para o cumprimento de metas ou quotas de esterilização (SILENCIO Y COMPLICIDAD, 1998).

A OMS (1996) publicou um guia prático para assistência ao parto normal que é referência para implantação da assistência humanizada ao parto. Expõe, com base em evidências científicas, condutas obstétricas vigentes recomendadas que devam ser mantidas, bem como, as que requerem cautela na indicação por ainda não se ter comprovados os riscos e benefícios para a mulher e o bebê. Também na mesma publicação são listadas as práticas comprovadamente danosas, prejudiciais e ineficazes, e que por isso devem ser abolidas.

Apesar disso, cerca de vinte anos após a publicação dessas recomendações estas condutas ainda fazem parte da rotina de algumas instituições e profissionais da saúde que acompanham a parturiente. São elas: uso rotineiro de enema; uso rotineiro de raspagem dos pelos pubianos (tricotomia); infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto; uso rotineiro da posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto; exame retal; administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto, de tal modo que o efeito não possa ser controlado; contínuo uso de puxos dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo; massagens ou estiramento do períneo durante o parto; uso de tabletes orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias; uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação; lavagem rotineira do útero depois do parto; revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto (STRUJAK, 2012).

Hotimsky (2007) sugere alguns fatores que colaboram para a disseminação de maus tratos nos serviços de saúde voltados para a mulher. Aponta o modo como se estruturam as relações de saber-poder entre profissionais e as mulheres por eles atendidas, baseadas na naturalização da hierarquia social; a baixa prioridade dada à aprendizagem da ética e de aptidões associadas à comunicação; e as formas tradicionais de treinamento enquanto acadêmicos, visualizando pacientes como objetos de treino. Acrescenta-se ainda a baixa remuneração associada à estabilidade empregatícia de servidores públicos, que não incentivam um trabalho de qualidade; e a grande demanda de trabalho com poucos recursos humanos, tornando os plantões exaustivos com um atendimento prestado de forma muito básica e até leviana.

Como podemos ver, os tipos e casos de violência ocorrem nos mais diversos espaços e relações interpessoais da nossa sociedade,

contudo, é importante eliminar estes atos do status de naturalidade e da cotidianidade, e valorar o próximo, resgatando a dignidade das mulheres com um cuidado humanizado no trabalho de parto e parto.

Segundo Wolff (2008), a violência obstétrica institucional e o tratamento desumanizado pelo profissional de saúde às mulheres no trabalho de parto e parto sejam de maneira direto ou indireta, ocorre tanto no âmbito público como o privado.

Santos e Pereira (2012) realizaram uma pesquisa qualitativa com 19 puérperas na cidade de Santana-Bahia. As mulheres referem que vivenciaram tratamento grosseiro, gritos, ameaças, reprimendas, humilhações intencionais. Este tipo de violência foi descrito como fazendo parte das práticas de alguns profissionais de saúde.

Em outra pesquisa realizada por Wolff e Waldow (2008), as mulheres por sua vez, não ousam reclamar, mesmo desagradadas e sentindo dor e constrangimento. Os motivos são o medo, a vergonha e por se sentirem inferiorizadas perante uma suposta autoridade dos donos do saber; outras por constatarem serem as atitudes dos profissionais como parte do seu fazer e, portanto, supõem seja normal. Não parecem estar suprindo de um direito, e sim de um favor.

A mulher que sofre violência obstétrica, volta para suas relações sociais com comportamentos que geram um fenômeno extremamente prejudicial não apenas para a mulher, mas para a sociedade como um todo. Conforme Da Costa (2015), as mulheres que sofreram violência no parto convivem com consequências como: dificuldades de vínculos afetivos com o bebê; alterações na forma de se relacionar sexualmente com o parceiro; autoimagem corporal depreciativa; modificações no planejamento familiar e desejo de não ter mais filhos; sentimento de derrota ou incapacidade; e depressão.

É preciso perceber que o parto é uma etapa importante na vida de uma mulher e da família e que deve ser sinônimo de alegria, tranquilidade e felicidade, por um novo ser que está trazendo ao mundo. Assim, o cuidado prestado deve ser qualificado e humanizado, pois a visão sobre o que é o parto e a maneira como ele é vivenciado é única. Portanto, o cuidado e o conforto devem ser proporcionados visando a singularidade de cada parturiente, a fim de obter uma representação de qualidade na saúde da mulher

Neste estudo, adotamos a abordagem de Moscovici e Jodelet, compreendendo esta teoria como produto das interações e dos fenômenos de comunicação das mulheres, desta forma, vai possibilitar o entendimento da vida cotidiana das mesmas. Acreditamos que trará contribuições aos profissionais da saúde, na medida em que possibilita

conhecer as representações das violências obstétricas institucionais no trabalho de parto e parto, nas quais são criadas a partir da interação social deste grupo. Desta forma, este conhecimento é relevante e poderá oferecer subsídios ao cuidado de mulheres no trabalho de parto e parto, de modo a ser uma experiência positiva para todos os envolvidos.

### **3 EM BUSCA DE UM REFERENCIAL TEÓRICO: TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Em busca de conhecer as representações das mulheres sobre a violência obstétrica no trabalho de parto e parto, identifiquei na teoria denominada de representações sociais, de Serge Moscovici, uma teoria conceitual que forneceu uma iluminação teórica necessária para o desenvolvimento deste presente estudo.

Assim, apresento neste capítulo elementos que considere essenciais para uma melhor compreensão, sustentação teórica análise e discussão dos resultados obtidos. O mesmo está subdividido em três partes. A primeira parte é abordada algumas notas introdutórias acerca das representações sociais: sua origem e breve histórico.

A segunda parte apresenta aprofundamento dos elementos conceituais das representações sociais abordando temas: As representações sociais em si; processos formadores das representações sociais: ancoragem e objetivação; abordagem estrutural das representações sociais, teoria do núcleo central. Por fim, a terceira parte das representações sociais apresenta a violência obstétrica institucional.

#### **3.1 ORIGEM E BREVE ASPECTOS HISTÓRICOS DA TEORIA DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

A Teoria das Representações Sociais (TRS) originou-se de um estudo da psicologia social e possui, como fonte teórica, o conceito de representações coletivas, proposto pelo sociólogo francês Emile Durkheim em 1912. Este autor publicou: *As formas elementares da vida religiosa*, sendo o pioneiro em divulgar a expressão "representações coletivas". Para este autor as representações coletivas são diferentes formas de pensamento e de saberes partilhados coletivamente, que incluem temas da ciência, da religião, de crenças e de mitos, de categorias de tempo e espaço social (MOSCOVICI, 1978; SÁ, 1998).

As representações coletivas, segundo o sociólogo Durkheim, se separam das representações individuais como o conceito das percepções ou imagens. As representações individuais têm por substrato a consciência de cada um, enquanto as representações coletivas têm a sociedade em sua totalidade (MOSCOVICI, 1978).

Durkheim, projetou nas sociedades estruturais mais simples e em um período social, mais estável em relação aos fenômenos sociais,

contemplem apenas a concepção de um meio social estático. Isso não foi suficiente para caracterizar a complexidade das sociedades modernas, com seus conhecimentos, crenças, valores contraditórios, experiências antagônicas, que conduzem à construção de representações diferentes, dinâmicas e heterogêneas, como alcançou o trabalho de Moscovici (ABRIC, 2001; MOSCOVICI, 2005; 2011).

As representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de ideias e crenças (ciência, mito, religião, etc.); já para as representações sociais, são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados, são fenômenos específicos que se relacionam com o modo particular de compreender e de se comunicar, um modo que cria tanto a realidade como o senso comum (MOSCOVICI, 2003).

Deste modo, o conceito de representações sociais se distancia do conceito de representação coletiva de Durkheim, que são considerados coercitivos, com a função de conduzir os homens a pensar e a agir de maneira homogênea de representações.

O sociólogo Moscovici retoma o ponto de vista de Durkheim, agregando novas especificações, apresentando a TRS na Europa, com a publicação feita pelo mesmo psicólogo social Romeno Serge Moscovici, que nasceu em 1928, naturalizado francês, e faleceu em 15 de novembro de 2014, Paris, França. Em 1959, termina sua tese de doutorado, orientado pelo psicanalista Daniel Lagache, e a publica em 1961, que foi intitulada “A psicanálise, sua imagem e seu público”. Esse trabalho buscou entender como a psicanálise, um novo saber especializado, era compreendido pela sociedade francesa naquela época (MOSCOVICI, 1978; 2005; MACHADO, 2011).

Nesse estudo, o autor estava interessado em conhecer o que acontece quando um novo corpo de conhecimento, como a psicanálise, é difundido dentro de uma população. No estudo ele colheu amostragens do conhecimento, das opiniões e das atitudes das pessoas, com respeito à psicanálise e aos psicanalistas (DUVEEN, 2000). O autor utilizou como método de coleta de dados questionários semi-estruturados, pesquisa de opinião, amostragens de conteúdos de jornais e revistas publicados na França sobre todas as referências à psicanálise. Isso compreendia uma análise de conteúdo dos meios de comunicação em massa.

Seu estudo mostrou que o saber científico é transformado em uma dimensão do senso comum, pelos grupos estudados. Moscovici refere que as representações sociais estão presentes tanto “no mundo” como “na mente”, e elas devem ser pesquisadas em ambos os contextos

(MOSCOVICI, 2005; FARR, 2007). Dessa forma Moscovici começava, então, a desenvolver uma psicossociologia do conhecimento (SÁ, 1998).

Moscovici começou a trabalhar suas ideias sobre o tema das Representações Sociais quando ainda se encontrava como refugiado político em Paris. Ele refletiu sobre o impacto da ciência nas culturas dos indivíduos, como ela altera [suas] as mentes das pessoas, seus comportamentos e atitudes, porque ela se converte num sistema de crenças das culturas. (MOSCOVICI, 2011). Com o termino da guerra, Moscovici reagiu à ideia de que “o povo não pensa”, e que muitos dos indivíduos são incapazes de pensar racionalmente, sendo capazes de pensar apenas as pessoas que possuem um alto nível educativo. Dessa forma, ele procurou reabilitar ou restituir o conhecimento comum, que está fundamentado em nossas vivências, na linguagem e nossas práticas cotidianas (MOSCOVICI, 2005; 2011).

O trabalho de Moscovici (1978) reabilitou o conhecimento produzido na coletividade, o saber popular, denominado de senso comum. Segundo Jodelet (2001), o senso comum é considerado como uma forma diferenciada de conhecimento, todavia tida como objeto de estudo legítimo devido à sua importância na vida social. Assim, a diferença entre as representações sociais e outros estudos científicos, é que as representações sociais articulam os elementos afetivos, mentais e sociais, ou seja, considera os aspectos cognitivos e a atual complexidade social na formação do conhecimento (MOSCOVICI, 2005).

Dessa forma, a Teoria das Representações Sociais desdobra-se em três correntes complementares: uma mais fiel à teoria original e associada a uma perspectiva antropológica, liderada por Denise Jodelet, em Paris; outra que articula a teoria original com uma perspectiva mais sociológica, proposta por Willem Doise, em Genebra; e outra que enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural das representações, chamada Teoria do Núcleo Central, e que tem em Jean-Claude Abric seu principal representante. Esta última que, como mencionamos, orientou nossa pesquisa, embora não possa deixar de ser uma teoria menor, é uma das maiores contribuições atuais ao refinamento teórico e metodológico do estudo das representações (SÁ, 1998; 2001).

No entanto, a autora Jodelet (2001), foi uma das pesquisadoras que deu grande contribuição para o desenvolvimento da teoria das representações sociais, ao longo desse período de 50 anos que nos separam de sua formulação inicial. Jodelet, realizou um estudo etnográfico sobre as representações da loucura, na França, desde então, a autora vem se dedicando a sistematizar os vários e ricos esforços de desenvolvimento do campo de estudos psicossociais, e vem difundindo

a teoria das representações sociais tanto na Europa, como em alguns países da América Latina, como: Venezuela, Argentina, México e Brasil, onde participou de diversas jornadas científicas. Nessa trajetória da teoria, outros estudiosos têm contribuído na discussão dos aspectos teóricos e metodológicos dentro do campo das representações sociais tais como Wagner (1995), Vergés (1994), Vala (2000). No Brasil, Sá (1990), Ângela Arruda (1993), Nascimento-Schulze (1997), Camargo (1997), Spink (1996), Oliveira e Moreira (2000), entre outros.

A partir da década de 1980 foram iniciados os primeiros estudos ou primeiras produções científicas embasadas e, orientadas pela TRS no campo da saúde no Brasil. Este início coincidiu com dois movimentos, por um lado à difusão da teoria e por outro lado, a adoção de novos paradigmas teóricos e metodológicos que orientavam as pesquisas de alguns campos da saúde, a exemplo da Psicologia e Enfermagem (SÁ, 2001).

Na Enfermagem, o paradigma das representações sociais tem despertado crescente interesse. No Rio de Janeiro, na década de 1980 a psicóloga Ângela Arruda foi quem trouxe a teoria para a ciência da saúde no Brasil e introduziu inicialmente no Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery.

Alguns estudos apontados foram desenvolvidos por enfermeiras com a teoria das RS, como: Denize Cristina de Oliveira, em São Paulo, analisou as práticas de saúde pública, Rosalina Rodrigues, em Ribeirão Preto, com o tema cuidando da velhice, Antonia Paredes em João Pessoa, ocupando-se das representações da epilepsia e também Marcia de Assunção Ferreira que desenvolve pesquisas sobre representações sociais do corpo e do cuidado de enfermagem (SÁ, 2001).

Desta forma a Teoria das Representações sociais tem contribuído muito na área de enfermagem com estes estudos já mencionados e outros sobre a concepção do processo saúde-adoecimento, e permitiu também pesquisar nossa profissão sobre quem somos, o que sabemos, para quem prestamos o cuidado, que tipo de cuidado é prestado e qual é o seu significado no contexto social (FERREIRA, 2000).

Esta teoria, segundo Silva, Camargo, Padilha (2011), auxiliou muito na compreensão das atitudes, comportamentos e hábitos de saúde de uma população, permitindo dessa forma entender a articulação que esses grupos sociais fazem entre o conhecimento científico, o saber popular e as informações veiculadas pelos serviços de saúde e pela mídia.

### 3.2 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Moscovici propõe o termo social por entender que o indivíduo vive em um mundo onde a rapidez das mudanças culturais, econômicas e políticas que caracteriza a atual sociedade, permite o surgimento das representações, que são estruturas dinâmicas influenciadas pelos meios de comunicação de massa e pela tecnologia (FARR, 1994).

Esse componente social salienta Jodelet (2001), refere-se à representação de uma forma de conhecimento socialmente elaborada a partir de fatos desconhecidos. É partilhada com o objetivo de contribuir para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Define representação social como:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e de sua história individual e social (MOSCOVICI, 2011, p. 21).

Segundo Moscovici (2011), a TRS considera a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e imprevisibilidade. Seu objetivo é descobrir como as pessoas e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade, ou seja, abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa.

Conforme afirma Jodelet (2001), as representações sociais são uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social, designada como saber do senso comum. As representações sociais são capazes de influenciar o comportamento dos seres humanos que pertencem a uma determinada comunidade.

Guareschi e Jovchelovitch (1995) entendem que a TRS está associada a diversos elementos da realidade social, física e cultural, possuindo uma dimensão histórica e transformadora, com elementos culturais, cognitivos e valorativos. Assim, por ser um conceito relacional, a TRS, ao buscar compreender a dinâmica de assimilação de um conceito por um grupo social e suas respectivas atitudes e opiniões a

respeito deste, também faz uso de todas as informações disponíveis nos meios de comunicação associados ao conceito em questão. Este processo, então, se configura como um fenômeno social que emerge a partir de construções interpretativas da realidade.

As representações sociais funcionam como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social, ela vai determinar seus comportamentos e suas práticas. Dessa forma ela cumpre um papel fundamental na dinâmica das relações e nas práticas sociais e apresentam quatro funções essenciais: função de saber: elas permitem compreender e explicar a realidade e dar sentido à realidade social. Função identitária: pois definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos.

As representações situam os indivíduos e os grupos no campo social, permitindo a elaboração de uma identidade social e pessoal gratificante, compatível com o sistema de normas e de valores socialmente e historicamente determinados. A função identitária serve para manter uma imagem positiva do grupo no qual o sujeito encontra-se inserido. Função de orientação: elas guiam os comportamentos e as práticas.

As representações são ao mesmo tempo geradas nas práticas sociais e condicionadas à evolução dessas práticas em uma dada sociedade. A função de orientação não depende das condições objetivas da realidade, mas, sobretudo, do modo como o sujeito representa essa realidade. Função justificadora: elas permitem *a posteriori*, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos. Uma vez que as representações são guias de conduta compartilhados socialmente, elas são utilizadas ao mesmo tempo para justificar as condutas relativas a determinados objetivos. (ABRIC, 2001).

As Representações Sociais estão presentes no dia a dia das relações humanas através da fala, de um gesto, dos encontros, transformando-se em atributos tangíveis nas relações da sociedade. Observa-se, então, que as representações sociais possuem como fundamento o indivíduo e os grupos sociais e só podem ser construídas a partir dos mesmos, enquanto vivencia a tensão entre sua objetividade e a subjetividade, vivência esta contextualizada num determinado meio histórico e social (ABRIC, 2001). Desta forma, as representações sociais constituem um sistema que favorece a interpretação da realidade. Contempla o saber do senso comum com seu meio social, com as orientações para a ação que, por sua vez, engloba uma rede de representações que ligam o objeto ao contexto.

Assim as representações sociais afirmam um conjunto de proposições, reações e avaliações do coletivo de que cada um faz parte. Moscovici organiza as RS em três dimensões: informação, a atitude e o campo de representação ou a imagem.

A informação refere-se à organização do conhecimento de um grupo sobre o objeto social. A atitude, que destaca a orientação das coletividades em relação ao objeto. A imagem ou campo de representação, que nos transporta à ideia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado que compõe as proposições relativas ao objeto; que pressupõem organização, ordenação e hierarquização dos elementos que configuram o conteúdo representado. As três dimensões podem constituir um conjunto de valores positivos, negativos e associações relacionadas ao objeto. A representação passa a ser formada depois que se escolhe uma posição e, em função dela, as percepções definem o objeto (MOSCOVICI, 1978).

Em relação à percepção do objeto, Moscovici (1978) destaca que a representação social apresenta duas faces indissociáveis: a face figurativa do objeto, que é a própria imagem, e a face simbólica, que corresponde ao sentido atribuído ao objeto pelo sujeito.

Segundo Moscovici (1978, p. 27), cada representação possui uma estrutura revelada em duas faces integradas, a face figurativa e a face simbólica:

[...] a estrutura de cada representação apresenta-se-nos desdobrada em duas faces: a face figurativa e a face simbólica. Escrevemos que:

Representação \_\_\_\_\_ Figura  
Significação

Querendo dizer que ela faz compreender a toda figura um sentido e a todo sentido uma figura. (MOSCOVICI, 1978, p. 65).

Apreende-se que a representação possui uma construção conceitual, a capacidade do indivíduo de atribuir sentido e simbolizar algo desconhecido e figurativo, dar concretude e sentido físico para algo abstrato, figurando-o.

As representações sociais possuem um movimento dinâmico, proveniente da interação entre as pessoas na cultura onde encontram-se. Neste contexto, as representações sofrem mudanças, a partir do convívio e das situações vividas em grupo, aparecem simbolicamente e revelam como a sociedade é percebida pelos indivíduos (SÁ, 2001).

Apesar de ser impregnada pela cultura e apreendida através do reflexo da consciência individual, a representação social não se constitui em somatório das representações individuais. A exteriorização da representação surge após a organização das percepções dos indivíduos de um grupo sobre o objeto, com a reconstrução coletiva de seus elementos apreendidos, conforme o contexto de valores presentes nas dinâmicas sociais (MOSCOVICI, 1978).

Moscovici, na perspectiva psicossociológica, define como uma “sociedade pensante” aquela em que os indivíduos não são apenas processadores de informações, nem meros “portadores” de ideologias ou crenças coletivas. Ao contrário, define como pensadores ativos que, mediante inumeráveis episódios cotidianos de interação social, produzem e comunicam incessantemente suas próprias representações e soluções específicas para as questões que se colocam a si mesmas (MOSCOVICI, 1978; SÁ, 1998).

Então as representações sociais no berço do senso comum, são distinguidas pelo universo consensual e reificado, nos quais o conhecimento científico pertence ao universo reificado, enquanto o conhecimento do senso comum pertence ao universo consensual (MOSCOVICI, 2011).

No universo consensual, a sociedade é vista como um grupo de indivíduos iguais e livres, o conhecimento é espontâneo para expressar suas ideias, os sujeitos se comportam como amadores e observadores curiosos, os interessados em assuntos diversos como a política, medicina ou educação conversam e emitem opiniões, apresentam suas teorias e alcançam respostas para seus problemas (MOSCOVICI, 1978). É a arte da conversação que conserva as instituições vivas e previne as relações sociais, cria uma comunidade de significados entre aqueles que participam dela. É neste universo que as teorias do senso comum são elaboradas, ou seja, as representações sociais (MOSCOVICI, 1978; 2011).

No universo reificado, a sociedade é vista como um sistema que envolve diferentes papéis e classes, cujos ocupantes não estão igualmente intitulados a representar e falar em seu nome, portanto, são desiguais. O grau de participação é determinado exclusivamente pelo nível de qualificação, como médico, psicólogo, comerciante, assim como, a possibilidade de se desqualificar a si mesmo. Existe um comportamento e estilo adequado para cada circunstância e informações apropriadas para cada ocasião (MOSCOVICI, 2011).

Quadro 1. Características dos universos consensuais e reificados.

<b>UNIVERSOS CONSENSUAIS</b>	<b>UNIVERSOS REIFICADOS</b>
<i>Opus proprium</i>	<i>Opus alienum</i>
NÓS	ELES
Sociedade = grupo de iguais, todos podem falar com a mesma competência.	Sociedade = sistema de papéis e classes - diferentes direitos à palavra é desigual: experts
Sociedade de “amadores”, curiosos: conversação, cumplicidade, impressão de igualdade, de opção e afiliação aos grupos. Conhecimento parece exigência de comunicação - alimentar e consolidar o grupo. - resistência à intrusão	Sociedade de especialistas: especialidade - grau de participação, normas dos grupos – propriedade do discurso e comportamento. Unidade do grupo por prescrições globais, não por entendimentos recíprocos. - divisão por áreas de competência
Representações sociais - senso comum, consciência coletiva - acessível a todos; variável.	Ciência - retratar a realidade independente de nossa consciência - estilo e estrutura frios e abstratos

Fonte: Arruda, (2005).

Dessa forma, o universo reificado se dá por meio das ciências, enquanto que do universo consensual se dá através das representações sociais. Para as ciências são um meio para entendermos o universo reificado, onde as reações são vistas fora da consciência e a adequação intelectual é almejada junto às evidências empíricas. Por isso, o mesmo autor manifesta a importância das representações sociais, a partir da psicologia social, para nos ajudar a enxergar mais adequadamente a origem das ideologias e cuja intenção é subordinar o mundo consensual ao reificado, facilitando assim a transição de um para o outro (MOSCOVICI, 2011).

As representações sociais possuem a finalidade de tornar familiar algo que não é familiar, representando socialmente todos os objetos e situações das conversações cotidianas, de forma que sejam acessíveis a todos, portanto, comunicáveis. No universo consensual, permite a todos quererem se sentir em casa. A dinâmica das relações é a dinâmica da familiarização, em que os objetos, pessoas e acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas. Como resultado disso, a memória prevalece sobre a dedução, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo e as imagens sobre a realidade (MOSCOVICI, 2011).

Moscovici (2003) destaca que “não é fácil transformar palavras não familiares, ideias ou seres, em palavras usuais, próximas e atuais.” (p. 60). Por isso a preocupação do autor em teorizar o processo mental da familiaridade, segundo ele, para dar uma “feição familiar” é necessária pôr em funcionamento os dois mecanismos do processo fundamentados na memória e em conclusões passadas: a ancoragem e a objetivação, que juntos ajudam a formar a representação.

### 3.3 PROCESSOS FORMADORES DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ANCORAGEM E OBJETIVAÇÃO

Moscovici estabelece que para construir o processo daquilo que é desconhecido ou estranho, em tornar-se conhecido ou familiar, são necessários dois mecanismos de natureza psicológica e social: o da ancoragem e a objetivação, que têm por finalidade destacar uma figura e, ao mesmo tempo, carregá-la de um sentido, inscrever o objeto em nosso universo, estes dois mecanismos juntos ajudam a formar a representação social (MOSCOVICI, 1978).

Deste modo, Moscovici expressa que ancoragem, é “classificar e dar nome às coisas, que não são classificadas e que não possuem nome, o seja são estranhas, não existentes dentro do campo de conhecimento dos indivíduos e ao mesmo tempo ameaçadoras” (MOSCOVICI, 2011, p. 61). Por isso, experimentamos resistência quando não conseguimos avaliar ou descrever algum objeto. Nesse processo, para superarmos essa resistência, damos-lhe nome e a categorizamos. Assim, o mecanismo de ancoragem permite representar aquilo que não é costumeiro em nosso universo familiar, consigo avaliar, consigo comunicá-lo e ao final este pode ser representado (MOSCOVICI, 2011).

Enquanto Jodelet (2001) compreende a ancoragem como a integração cognitiva do objeto, sejam ideias, acontecimentos, pessoas e relações a um sistema de pensamento social preexistente e nas transformações implicadas (MOSCOVICI, 1978).

Moscovici explica que a ancoragem é uma forma de decodificar a ciência em um saber útil e se realiza por meio de dois processos: a classificação e a nomeação. A classificação procura refletir sobre o paradigma selecionado e comparar com o objeto não familiar, criando a materialização. A nomeação procura retirar o objeto do anonimato, atribuindo um conjunto de palavras sistematizadas do meio da cultura do indivíduo. Todo este processo depende da cultura do indivíduo na qual pertence que pode estar inserido nas opiniões, valores e crenças que

podem ser positivos ou negativos (VALA, 2006; MOSCOVICI 2011).

A objetivação, por sua vez consiste em descobrir a qualidade icônica de uma ideia, é reproduzir um conceito em uma imagem. A objetificação une a ideia de não familiaridade com a realidade em que o sujeito está inserido, é a materialização de uma abstração. A imagem torna-se concreta, física, cópia da realidade concebida. Para esclarecer o conceito de objetivação um bom exemplo é a imagem de Deus (abstrato) codificada em Pai (concreto), passando a tratá-lo com naturalidade, familiaridade (MOSCOVICI, 2011).

Porém, na objetivação, ao se selecionar imagens, outras são descartadas, não se caracterizando como um processo neutro ou aleatório, pois depende diretamente de aspectos culturais. É a partir das imagens selecionadas, forma-se uma combinação do núcleo figurativo, que ele define como um padrão, um paradigma, um complexo de imagens que reproduzem visivelmente um complexo de ideias (MOSCOVICI, 2011). Após disseminar a imagem como realidade por meio de um núcleo figurativo (padrão, paradigma), tal imagem é assimilada totalmente. Ou seja, as imagens devem ter uma realidade e também tornarem-se elementos dessa realidade e não elementos do pensamento (MOSCOVICI, 2011).

Para Moscovici (2011), quando a imagem foi escolhida do núcleo figurativo, esta passa ser aceita, pelo que é fácil de falar deste paradigma, então pela facilidade, as palavras sobre o paradigma são usadas muitas vezes. Aparecem fórmulas que sintetizam, e as imagens que anteriormente eram distintas, se juntam ao seu redor. Dessa forma esses termos implicam ao paradigma e começam a ser usados em diferentes ambientes sociais, como um meio de se comunicar, de entender [aos] os outros e a si mesmo, e dessa forma tomar suas próprias decisões.

Ainda de acordo com este autor, o processo de objetivação ocorre em três fases distintas:

1. **Seleção e contextualização:** os indivíduos se apropriam do conhecimento por conta de critérios culturais; a partir de experiências e conhecimentos que esse grupo já possui, acontece uma construção seletiva da realidade, contudo em uma sociedade nem todos podem ter acesso às informações, ou ainda podem diferenciar quanto à compreensão das mesmas;
2. **Formação de um núcleo figurativo:** a pessoa recorre a informações e dados que já possui para entender aquilo que é novo;

**3. Naturalização dos elementos do núcleo figurativo:** a partir desse momento, o abstrato se torna concreto, quase que palpável. Assim o conceito está cristalizado e passa a ser considerado como elemento da própria realidade (MOSCOVICI, 2011).

Portanto, para concluir, é importante ressaltar que a diferença entre a objetivação e a ancoragem, não ocorrem em momentos distintos. A objetivação busca criar ou integrar o objeto a um universo cognitivo e a ancoragem “ajusta o objeto representado à realidade da qual ele foi sacado, promovendo a constituição de uma rede de significações em torno do objeto e orientando as conexões entre ele e o meio social” (SPINK (1995, p. 72). Assim, a objetivação cria a realidade em si; a ancoragem lhe dá significação.

Para compreendermos melhor o autor Moscovici diz que:

A objetivação explica como os elementos representados de uma teoria se integram enquanto termos da realidade, a ancoragem permite compreender a forma como eles contribuem para exprimir e constituir as relações sociais (MOSCOVICI, 1961, p.318).

Desta forma, as Representações Sociais são dependentes da memória para familiarizar o desconhecido. A ancoragem e a objetivação são mecanismos de ação da memória. A ancoragem mantém a memória em movimento, está quase colocando, trocando e classificando objetos, pessoas e acontecimentos. A objetivação sistematiza os conceitos e imagens para reproduzi-los e exteriorizá-lo ao mundo, para torná-lo conhecido, a partir dos conhecimentos já conhecidos (JOVCHELOVITCH, 2000; MOSCOVICI, 2011). Então na verdade os dois processos desenvolvem-se concomitantemente, inter-relacionam-se e dão sentido à representação social. Dessa maneira, entende-se que o conceito de objetivação está diretamente ligado à constituição do núcleo central, enquanto a ancoragem contribui na formação dos elementos periféricos.

#### 3.4 ABORDAGEM ESTRUTURAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL

A Teoria de Núcleo Central (TNC), teve sua primeira proposição,

dentro do quadro de pesquisa experimental que veio a ser conhecida em 1976, a partir da tese de Doutorado de Jean-Claude Abric, intitulada *Jeux, conflits et représentations sociales* – defendida na Université de Provence (Abric 2003). Segundo Sá (1998), a TNC se caracteriza como abordagem estrutural e complementar à Teoria das Representações Sociais (TRS) e tem contribuído com o refinamento conceitual, teórico e metodológico desta grande teoria.

Esta teoria sustenta a hipótese geral a respeito da organização interna das representações, onde é afirmado que “toda representação está organizada em torno de um núcleo central que determina, ao mesmo tempo, sua significação e sua organização interna (ABRIC, 2001, p. 163). Abric, defendeu, naquele momento, que não somente os elementos da representação seriam hierarquizados, mas que toda a representação seria organizada em torno de um núcleo central que estrutura como a situação é representada e determina os comportamentos.

Sá (1998) enfatiza:

A organização de uma representação apresenta uma característica particular: não apenas os elementos da representação são hierarquizados, mas além disso toda a representação é organizada em torno de um núcleo central, constituído de um ou alguns elementos que dão à representação o seu significado. [...] O núcleo central estrutura como a situação é representada e em consequência, determina o comportamento do sujeito, sendo o núcleo o elemento mais estável da representação (ABRIC, 1994, p. 19).

Neste contexto, TNC se caracteriza como abordagem estrutural e complementar à TRS e tem contribuído com o refinamento conceitual, teórico e metodológico desta grande teoria, e determinada pela natureza do objeto da representação e pelo tipo de relação que sujeito mantêm com esse objeto. Conforme o autor ele é um o elemento essencial, para determinar o significado e organização da representação e garante duas funções essenciais:

- **uma função geradora:** é o elemento por meio da qual é criado, transformado, o significado dos outros elementos constitutivos da representação. É através deles que esses elementos irão tomar um sentido, um valor;
- **uma função de organização:** é o núcleo central que

determina a natureza dos laços que ligam entre si os elementos da representação. É, nesse sentido, o elemento unificador e estabilizador da representação, tendo a função estabilizadora (ABRIC, 2001, 2003; FLAMENT, 2001).

Neste contexto, a compreensão do núcleo central é importante para conhecer o objeto da representação, considerando que para um objeto ser representado, é necessário que os elementos organizadores de sua representação estejam associados ao objeto (SÁ, 1998).

Dessa forma a TNC, constitui-se uma abordagem complementar, uma subteoria à grande teoria de Moscovici, sendo a sua principal contribuição à proposição de que o conteúdo da representação social organiza-se em um sistema central ou núcleo central e um sistema periférico, com suas características e funções diferentes (SÁ, 1998).

O sistema central ou núcleo central, está relacionado à memória coletiva dando significação, consistência e permanência à representação sendo, portanto, estável e resistente a mudanças, e, dessa forma, qualquer mudança no núcleo central modifica completamente a representação. Ele é um subconjunto da representação, composto de um ou alguns elementos que, na sua ausência, desestruturaria a representação ou lhe daria uma significação completamente diferente (ABRIC, 2001). Este sistema possui função complementar entre elas, sendo que as características estáveis garantem continuidade e permanência da representação, e as dinâmicas favorecem a evolução da representação. Sendo por consequência, as estáveis identificadas no núcleo e as flexíveis apresentadas na estrutura periférica (SÁ, 1998).

Abric (2003) complementa, que toda representação está em torno de um núcleo porque:

Em todo pensamento social, uma certa quantidade de crenças, coletivamente produzidas e historicamente determinadas, não podem ser questionadas, posto que “elas são fundamento dos modos de vida e garantem a identidade e a permanência de um grupo social. (ABRIC, 2003, p.39).

Enquanto o Sistema Periférico de RS, é responsável por atualizar e contextualizar a representação (SÁ, 1998). Este constitui-se pelos elementos que se encontram em redor do núcleo central. O que significa que sua presença e sua função são determinadas pelo núcleo central. É o conteúdo essencial da representação, o lado mais acessível, porém a

mais viva e concreta. Abrange as informações retidas, selecionadas e interpretadas, julgamentos feitos sobre o objeto e seu ambiente, estereótipos e crenças (SÁ, 2001). E tem a função de regulação e adaptação à prática social cotidiana, absorvendo, devido à sua natureza funcional, o atrito entre o Sistema Central rígido, de característica normativa, e a realidade que se impõe sobre este (ABRIC, 2003).

Este sistema periférico apresenta três funções: a função de concretização, sendo resultado da ancoragem da representação a realidade, e permite a formulação da representação concretamente, de forma compreensível e transmissível; a função de regulação, que supre o elemento central, na medida em que os elementos periféricos exercem um papel fundamental na adaptação da representação, quando há uma evolução do contexto em que a representação foi produzida; e a função de defesa no núcleo central, que atua no momento em que a representação precisa de defesa, o ponto central de uma representação resiste a mudanças de interpretações e à integração de elementos novos. Assim somente nos elementos periféricos que poderão aparecer as contradições, prescrição de condutas e personalização (SÁ, 2001; ABRIC, 2003).

Flament (2001), refere que os elementos periféricos de uma RS, como esquema periférico, afirmando que eles são organizados por um núcleo central. Estes asseguram o funcionamento quase instantâneo da representação enquanto grade de decodificação de uma situação, indicando o que é normal ou não o que é preciso para memorizar ou compreender. Esses esquemas considerados normais permitem um funcionamento econômico da representação sem necessidade de analisar cada instante a situação em relação ao princípio organizador que é o núcleo central.

Neste sentido ABRIC (1998) refere que estes dois elementos das RS, funcionam como uma entidade cada um cumpre seu papel particular e complementar ao outro, esse significa que o núcleo central é um elemento social enquanto que o outro elemento que é o periférico, é individualizado e contextualizado. O autor refere que no interior do núcleo central, alguns elementos são mais decisivos que outros ao reconhecer e identificar o objeto. Ele é bem hierarquizado, para entender os elementos principais e elementos adjuntos, tanto periférico e central, são principais, porém um é mais que o outro (ABRIC, 2003).

Conforme a teoria do núcleo central, os outros elementos que entram na composição das Representações Sociais e fazem parte só de sistemas periféricos, desempenham um papel essencial no seu funcionamento. Eles são os elementos normativos e elementos

funcionais. Os elementos normativos são originados dos sistemas de valores das pessoas constituindo, pois, uma dimensão fundamental social do núcleo, está relacionada à história e ideologia do grupo e avaliativo por justificar juízos de valores. Quanto aos elementos funcionais, estão associados a características descritivas do objeto nas práticas sociais, determinam o comportamento relacionado ao objeto, eles são pragmáticos, através a atribuição de práticas específicas (SÁ, 2001; ABRIC, 2003).

Quadro 2. Características de sistema central e periféricos.

<b>SISTEMA CENTRAL</b>	<b>SISTEMA PERIFÉRICO</b>
Ligado à memória coletiva e à história do grupo	Permite a integração das experiências e histórias individuais
Consensual: define a homogeneidade do grupo	Suporta a heterogeneidade do grupo
Estável	Flexível
Coerente e rígido	Suporta contradições
Resistente a mudanças	Evolutivo
Pouco estável ao contexto imediato	Sensível ao contexto imediato
Gera a significação da representação	Permite a adaptação à realidade concreta
Determina sua organização	Permite a diferenciação do conteúdo
	Protege o sistema central

Fonte: ABRIC, (2001).

Em síntese, a identificação da RS e da sua estrutura central e periférica depende da comunicação com o indivíduo e com o grupo, sendo este o meio principal para compreender o que pensa o indivíduo isoladamente e se este pensamento se altera ou não na relação com o grupo ou com fatores sociais específicos, que podem condicionar algumas características da RS (ABRIC, 2003).

Assim a compreensão, das características e conhecimentos dos cuidados das mulheres no trabalho parto e parto, através da apreensão de suas representações, vai contribuir para as mulheres expressarem o que pensam, como percebem, sua opinião e expectativas acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto, emergindo conceitos construídos socialmente e ancorados na sua realidade e dará subsídios para planejar ações concretas voltadas para as necessidades destas mulheres. Neste contexto, buscar o objeto nas representações sociais, que é considerada a teoria do senso comum, imersa das relações cotidianas e tendo a comunicação como peça fundamental, se faz importante, pois buscaremos a essência do próprio indivíduo no seu

cotidiano, conhecendo-o de perto e fazendo nascer seus anseios em determinado momento de sua vida. Assim como, é o caso das mulheres que vivenciam o cuidado no trabalho de parto e parto, e as violências obstétricas vivenciadas no cuidado no trabalho de parto e parto, e assim florescer uma contribuição com produção de um conhecimento emergido das relações sujeito-objeto.



## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo apresento a trajetória metodológica utilizada para esta investigação, descrevendo seu percurso, tipo de estudo, local e contexto do estudo, participantes ou amostra do estudo, variáveis do estudo, coleta de dados do estudo, análise dos dados do estudo, assim como os aspectos éticos envolvidos.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo tipo exploratório-descritivo, de natureza quanti-qualitativa, sendo que os primeiros resultados desta pesquisa de campo, apresentada no segundo manuscrito é de natureza quanti-quali e terceiro manuscrito natureza qualitativa.

Quanto ao estudo tipo exploratório-descritivo, caracteriza-se por permitir o conhecimento sobre determinado assunto e descrever com certa exatidão os fatos e fenômenos vivenciados na realidade. Minayo (2010) descreve que a fase exploratória da pesquisa tem a importância fundamental de superar o empirismo nas abordagens das questões sociais.

Gil (2010) complementa que as pesquisas exploratórias visam desenvolver, clarear e transformar conceitos e ideias com vistas à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores, além de lançarem novas luzes a problemas recorrentes da realidade social, vistos em novos ângulos focalizados na pesquisa. O estudo descritivo é caracterizado pela necessidade de se explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações. Explorar uma realidade significa identificar suas características, sua mudança ou sua regularidade (POLIT, BECK; HUNGLER, 2004).

As pesquisas que utilizaram de método quali-quantitativo, são denominados de métodos mistos que constitui o maior nível de integração entre os enfoques ou pelo menos na maioria de etapas. Esse modelo exige domínio dos dois enfoques e uma mentalidade aberta (POLIT; BECK, 2011). Ainda que alguns autores proponham uma dissociação total entre métodos quantitativos e qualitativos, considerando os primeiros da ordem das ciências físicas e os segundos das ciências humanas, estes podem ainda ser vistos como complementares, ou até mesmo simbióticos (POLIT; BECK;

HUNGLER, 2004).

A pesquisa quantitativa, que tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. Por outro lado, a pesquisa qualitativa tende a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, para apreender a totalidade no contexto daqueles que estão vivenciando o fenômeno (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

Nenhuma das duas, porém, é boa, no sentido de ser suficiente para a compreensão completa dessa realidade. Um bom método será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. Portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exequível (POLIT; BECKER, 2011).

A abordagem metodológica qualitativa (MORSE, 2003; MINAYO, 2010; POLIT, BECK, 2011) tem como característica considerar o contexto em sua totalidade e as relações que se estabelecem. Também visa a uma interação entre investigador e participantes a serem pesquisados, o que implica uma interdependência viva entre ambos (PRADO et al., 2008).

Nesse sentido, as relações intersubjetivas (pesquisador/pesquisado) constituem-se em uma característica fundamental e inovadora na produção dos conhecimentos na pesquisa qualitativa, pressupondo geralmente provocar o esclarecimento de uma determinada situação (MINAYO, 2010). O mesmo autor complementa que é um método aplicado para o estudo da história, dos valores e atitudes num espaço de relações, das representações das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações pessoais a respeito de como vivem, sentem e pensam.

## 4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

Trentini e Paim (2014) descrevem que o espaço físico da pesquisa (local do estudo) é compreendido como o local onde se estabelecem as relações sociais inerentes aos objetivos e finalidade da pesquisa. Dessa maneira, optamos por desenvolver a pesquisa na Maternidade do Hospital Regional de Loreto (HRL), na cidade de Iquitos, Peru, por conveniência da pesquisadora já que esta ubicada na cidade aonde eu moro e por ser tratar de uma Instituição de referência da cidade e do

Estado de Loreto, atendendo exclusivamente usuários do Sistema Integrado de Saúde (SIS). Está localizada, a 5 km do centro da cidade.

O Peru, politicamente, está dividido em 24 Departamentos e uma Província constitucional. Os departamentos, por sua vez, são divididos em províncias e estas em distritos. A cidade de Iquitos é a capital da Província de Maynas, do Departamento de Loreto, e se encontra situada na selva nordeste do Peru. É a maior cidade da Amazônia peruana e está localizada na margem esquerda do Rio Amazonas.

Figura 1. Hospital Regional de Loreto, INEI, 2015.



Segundo o Instituto Nacional de Estatística e Informática (INEI), que conduz os sistemas estatísticos nacionais e de informática no Peru, a cidade de Iquitos é a 6<sup>o</sup> cidade metropolitana do país, com 452.757 habitantes, com uma área de 368,9 km<sup>2</sup> (PERU, 2011b). Representa aproximadamente 29% do território nacional e possui fronteiras internacionais com o Brasil, Colômbia e Equador. A cidade de Iquitos expande-se em quatro distritos da Província de Maynas, compostos pelos Distritos de Iquitos, Belén, Punchana e São João.

Figura 2. Mapa do Peru - distribuição por províncias-INEI, 2011.



A missão e a visão do hospital, de acordo com o Relatório de Implementação do Processo de Acreditação Hospitalar, são:

**MISSÃO:** Prevenir riscos, proteger contra danos, restaurar a saúde e reabilitar a capacidade dos pacientes em condições de plena acessibilidade e cuidar das pessoas, desde a concepção até a morte natural (PERU, 2011b, p.11).

**VISÃO:** Ser um hospital de referência regional com infraestrutura, equipamentos e recursos humanos de acordo com seu nível de qualificação e acreditação para proporcionar bem-estar máximo às pessoas nos processos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde e, assim, contribuir de forma efetiva para o desenvolvimento regional (PERU, 2011b, p.11).

A Administração Geral é formada por um grupo de eleitos pela comunidade hospitalar (servidores e docentes do Hospital Universitário), tendo como composição: Diretor Geral, Vice-Diretor, Diretor Administrativo e Diretor de Enfermagem. O quadro de

servidores inclui médicos, equipe de enfermagem, equipe de obstetras, técnico-administrativos, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistente social, entre outros. Oferece onze especialidades em residência médica e recebe alunos graduandos dos Cursos de Enfermagem, Obstetrícia, Medicina, Farmácia e Técnicos de Enfermagem.

O Hospital Regional de Loreto está localizado no Distrito de Punchana, em funcionamento desde 23 de junho de 1985, e possui 380 leitos ativos. O hospital oferece atendimento em várias especialidades, e entre elas estão: clínica médica, cirurgia geral, cardiologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, odontologia, oncologia, trauma, neurologia, pneumologia, psiquiatria, psicologia, urologia, doenças infecciosas, medicina física e reabilitação, gastroenterologia, geriatria, endocrinologia, dermatologia, pediatria, neonatologia, ginecologia e obstetrícia.

No primeiro andar encontra-se a Unidade de Ginecologia e Obstetrícia, que está subdividida em três salas: uma sala de ginecologia para atenção a gestantes de alto risco, tendo como responsável um médico ginecologista; e duas salas de obstetrícia para controle pré-natal, para gestantes de baixo risco, tendo como responsáveis duas enfermeiras obstétricas.

A área da maternidade ocupa o terceiro andar do prédio do hospital e é constituída pelos setores: hospitalização, unidade neonatal, unidade de internação perinatal, centro obstétrico e alojamento conjunto.

O Centro Obstétrico está constituído pelas seguintes salas: cinco salas de pré- parto, contando com uma cama por sala, duas salas de parto, uma sala de observação puerperal com 10 camas, uma sala de limpeza, uma sala de estar da enfermeira obstétrica, uma sala de descanso para as enfermeiras e uma de Sistema Informativo Perinatal, onde são internadas todas as gestantes de alto e baixo risco. O hospital atende em média de sete a oito partos diários.

A Unidade de Alojamento Conjunto está dividida em uma sala para puérperas de risco habitual e de alto risco, contando com 43 leitos para o alojamento de risco habitual e 41 leitos para alojamento em conjunto de alto risco, sendo de três a seis leitos por quarto. O tempo de internação das puérperas de parto vaginal de risco habitual é de um dia, e no caso de puérperas de alto risco submetidas à cesariana é de três dias de internação. No alojamento conjunto o acesso dos pais é livre e em período integral. Também é disponibilizado o horário de visitas que pode incluir os irmãos, os avós maternos e paternos, amigos, ou as pessoas significativas da preferência dos pais, com duração de três horas

por dia, e que acontece das 14 às 17 horas.

Quanto à escolha do local para o desenvolvimento da pesquisa, esta se deu por ser um estabelecimento público estatal que atende exclusivamente usuárias do Sistema Integrado de Saúde e é referência da cidade.

O setor da maternidade possui 31 enfermeiras obstétricas e seis enfermeiras generalistas, oito estagiários de enfermagem, seis médicos obstetras, quatro estudantes de medicina, três médicos pediatras, e 35 técnicos de enfermagem, além de profissionais dos setores de cozinha, limpeza, lavanderia e portaria.

#### 4.3 PARTICIPANTES OU AMOSTRA DO ESTUDO

As participantes deste estudo foram mulheres que tiveram seus partos e que se encontravam internadas nas Unidades de Alojamento Conjunto da Maternidade selecionada.

Para o segundo manuscrito participaram da técnica de coleta de dados através questionários 100 mulheres, sendo que 30 dessas responderam as entrevistas semiestruturadas para o terceiro manuscrito. Amostra de 100 mulheres parturientes foi estabelecida pela amostragem não probabilística intencional. Na amostragem não probabilística, a seleção de elementos para a amostra não é necessariamente feita com o objetivo de ser estatisticamente representativa da população. Ao contrário, o pesquisador usa métodos subjetivos, tais como sua experiência pessoal, conveniência, conhecimento especializado, etc., para selecionar os elementos da amostra (HAIR JR et. al., 2005).

O número de 30 mulheres amostral não foi pré-estabelecido, pois de acordo com Sá (1998), costuma-se empregar o critério de saturação dos dados, considerando quando os temas começam a se repetir pode-se interromper a amostragem, visto que a representação manifestada por um certo número de sujeitos e por um número maior seria a mesma. Isso significa que entrevistar mais sujeitos pouco acrescentaria de significado ao conteúdo da representação (SÁ, 1998). A escolha dessas participantes foi convencional. A escolha se deve em função de que na metodologia qualitativa os participantes do estudo são pessoas com determinadas características sociais e culturais, pertencentes a determinados grupos, que agregam crenças, valores e significados próprios ao do grupo a que pertencem (MINAYO, 2010).

Como critérios de inclusão foram considerados: mulheres com idade superior a 18 anos; permaneceram internadas em trabalho de parto

normal, por menos 6 horas no Centro Obstétrico do Hospital onde foi realizado o estudo.

Os critérios de exclusão adotados neste estudo foram: mulheres submetidas à cesariana. Também foi respeitado o direito das mulheres que expressaram o desejo de não participar do estudo, assim como, aquelas sem condições clínicas (físicas, mentais ou emocionais) adequadas para serem abordadas.

O convite a participante do estudo foi feito pela pesquisadora por meio de visitas às unidades de Alojamento Conjunto da maternidade, com auxílio da Enfermeira Obstétrica de plantão, verificando junto aos leitos as mulheres que atendiam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos.

#### 4. 4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

No que se refere a sua natureza, as variáveis estudadas foram classificadas em qualitativas e quantitativas. As variáveis qualitativas, possuem diferenças quanto à natureza, geralmente não mensuráveis; e, as quantitativas possuem a mesma natureza em toda a sua extensão ou dimensão, podendo ser expressadas por meio de números (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

As variáveis qualitativas são categorizadas em nominais – aquelas que não apresentam uma relação de ordem entre si, e em ordinais – aquelas que apresentam uma relação de ordem entre si. As variáveis quantitativas podem ser discretas, as quais apresentam números inteiros ou podem ser classificadas em contínuas, que aparecem como números fracionados (NASSAR et al., 2015).

As variáveis da pesquisa estão classificadas como sociodemográficas e antecedentes obstétricos. Estão apresentadas conforme sua descrição e classificação: qualitativa nominal (QLN), qualitativa ordinal (QLO), quantitativa contínua (QTC) e quantitativa discreta (QTD). Os dados apresentados a seguir foram retirados dos questionários com as participantes.

##### 4.4.1 Variáveis Sociodemográficas

- Idade da mulher: (QTD) número de anos completos de um indivíduo.

- Estado civil: (QLN) situação conjugal da mulher, classificada em: casada, solteira, viúva, União estável, separada, divorciada, desquitada. Dado obtido no prontuário da mulher.
- Escolaridade: (QLO) foi considerado o término do ensino fundamental, médio ou superior. Classificada em: ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino superior completo.
- Renda familiar: (QLN) renda familiar é o somatório da renda individual dos moradores do mesmo domicílio
- Profissão/ocupação: (QLN) constitui o ato ou efeito de ocupar-se, o trabalho, o emprego (SACCONI, 2009).

#### 4.4.2 Variáveis Obstétricas

- Número de Gestações: condição daquela (mulher) cujo óvulo foi fecundado por um espermatozóide, fazendo com que um feto se desenvolva, em seu útero; gravidez ou prenhez;
- Número de Parto: (QLN) considerando o parto atual, primíparas quando foi o primeiro parto; e múltíparas quando foi o segundo ou mais;
- Aborto: (QTD) Interrupção voluntária ou induzido de uma gravidez; o próprio feto expelido ou retirado antes do tempo normal;
- Número de consultas de pré-natal: (QTD) número total de consultas de pré-natal até o dia do parto. Registrado em números ordinais, classificado como: menor de seis consultas, de seis a oito consultas, de nove a 11 consultas e maior de 11 consultas;
- Idade gestacional: (QTD) semanas de amenorrea no momento da internação da parturiente, calculada pelo obstetra através da ultrassonografia, pela data da última menstruação ou pelo registro da idade gestacional contida no prontuário. Classificada em semanas e dias completos;
- Número de filhos vivos: (QTD) Indivíduo que desce; aquele que tem sua origem em certa família, cultura, sociedade etc, que vive; que tem vida: ser vivo (SACCONI, 2009).

## 4.5 COLETA DE DADOS DO ESTUDO

### 4.5.1 Instrumento de coleta de dados

Como técnica para coleta das informações foi utilizado questionário sendo a primeira parte por dados de identificação, a segunda parte dados obstétricos, a terceira parte por evocações de palavras e quarta parte entrevista semiestruturada. Quanto aos dados de identificação, estava composto por idade, estado civil, escolaridade, renda familiar e profissão/ocupação. Em relação a dados obstétricos foram, número de gestação, número de partos, aborto, consultas pré-natal, idade gestacional e número de filhos vivos.

Em relação de evocação livre de palavras ou associação livre de ideias. O instrumento foi conduzido por um roteiro-guia semiestruturado, contendo as palavras indutoras para aplicação da técnica de evocação de palavras (Apêndice-C).

Para ABRIC (2003), pode-se considerar a evocação livre uma técnica bastante proveitosa para a coleta dos elementos constitutivos do conteúdo das representações sociais, o que explica sua utilização em vários estudos.

Como apontam os estudos de Abric (2003), a técnica das evocações é um dos procedimentos de análise textual mais utilizado em comunicações de pesquisa das Jornadas Internacionais sobre Representações Sociais. Porém, se tomada a evocação como técnica isolada, o seu produto pode se tornar de difícil interpretação dos dados. Assim, a entrevista é um instrumento que pode se unir à evocação, no sentido de mútua, resultando numa interpretação mais próxima das expressões dos sujeitos sociais pesquisados.

A técnica permite conhecer sua estrutura e organização mediante análise baseada na teoria do núcleo central. Tal técnica consiste na apresentação de termos indutores aos respondentes, os quais devem escrever palavras ou expressões que lhes venham à mente a partir de tais termos (ABRIC, 2003).

Para Spink (1995), a técnica de evocação livre de palavras é:

[...] uma outra técnica vem assumindo importância cada vez maior na pesquisa sobre Representações Sociais é o uso da associação livre a partir de um pequeno número de palavras estímulo. Esta técnica tem sido favorecida especialmente por se prestar à

análise multivariável que permite superar um dos problemas mais sérios das análises de conteúdo, o caráter hermenêutico das interpretações [...]. (SPINK, 1995, p.100).

Segundo Sá (1998), tem caráter espontâneo e dimensão projetiva, que permite o acesso mais fácil e rápido que a entrevista, aos elementos que constituem o universo semântico do termo ou do objeto estudado. Por outro lado, a técnica evocação livre de palavras permite confirmar e/ou confrontar os dados. Outro fato é o de permitir a espontaneidade de liberar as expressões através de palavras soltas.

A Técnica de evocação de palavras livre foi realizada com 100 mulheres. O desenvolvimento da técnica de evocação de palavras ocorreu antes do início formal da entrevista, a fim de que as ideias associadas ficassem livres da contaminação das questões que se seguiriam, a respeito da assistência recebida. Ressalta-se que, previamente à aplicação da técnica, foi realizado um treinamento através de exemplos, para que as mulheres pudessem entender melhor o que estava sendo proposto pela pesquisadora (TURA, 1997; TEIXEIRA, 1999; SÁ, 1998).

A partir do caráter espontâneo dessa técnica pode-se ter acesso de forma rápida aos elementos que constituem o universo semântico do objeto estudado. A técnica permite reduzir as dificuldades e os limites das expressões discursivas habitualmente utilizadas nas pesquisas de representações sociais, propiciando, de forma mais rápida, a obtenção do conteúdo e acesso à forma da estrutura interna da representação (ABRIC, 2003).

Essa técnica consiste em solicitar aos sujeitos que, a partir de um termo indutor apresentado pelo pesquisador, digam as palavras ou expressões que lhes tenham vindo imediatamente à lembrança (SÁ, 1998). Após, solicitava-se que identifiquem nas respostas que consideram mais importantes, o que determina o grau de importância das evocações. Depois do cálculo das frequências, isso permitirá a confirmação da centralidade dos elementos do núcleo central das representações sociais (ABRIC, 2003).

Associação ou evocação livre de palavras tem por objetivo a apreensão da percepção da realidade de um grupo social a partir de uma composição semântica preexistente, que se organiza em torno de elementos simbólicos, orientando a informação objetiva do objeto de estudo (BARDIN, 2011).

No presente estudo, para se chegar à composição dos elementos

das representações da Violência obstétrica institucional, foi solicitado às participantes que dissessem cinco palavras que lhes vinham à lembrança em relação à expressão “violência no parto”. O limite do número de palavras foi influenciado pelas ideias de Abric (2003), ao pontuarem que o número superior a seis levaria a um declínio na rapidez das respostas, evidenciando um trabalho mental lógico para produções subsequentes, descaracterizando o caráter natural e espontâneo das evocações livres.

Os dados coletados nas evocações de palavra foram registrados por escrito na segunda parte do instrumento de coleta de dados, depois da identificação dos participantes. Essa parte do instrumento contém a numeração de um a cinco, em que foram anotadas as palavras evocadas, seguindo sua ordem de enunciação. Após as evocações, foi solicitado aos participantes indicarem, hierarquizando-as por ordem de importância das cinco palavras. Esse procedimento é fundamental para realização do teste confirmatório da centralidade dos elementos (ABRIC, 2003).

No que se refere à entrevista semiestruturada é uma técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formulam perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação (GIL, 2010). É uma forma de interação social com diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. Para Minayo (2010), complementando, diz que cada sugestão de tema que se introduz na entrevista, ou cada questão que se levanta, faz parte de uma interação diferenciada com o entrevistado na medida em que esses itens são uma teoria em ato e trazem implícitos uma hipótese, um pressuposto, ou um conceito teórico.

Esse tipo de entrevista é usado quando possui tópicos ou questões a serem abordadas durante a entrevista, de modo que a função do pesquisador é estimular os participantes a falarem livremente sobre os assuntos elencados (POLIT; BECK, 2011).

A entrevista semiestruturada foi realizada com 30 participantes, sendo utilizado um roteiro-guia (Apêndice C). Enquanto ao roteiro guia da entrevista deve desdobrar os vários indicadores essenciais e suficientes em tópicos que contemplem as abrangências das informações esperadas (MINAYO, 2010).

O roteiro da entrevista foi composto por perguntas fechadas e abertas (POLIT; BECK, 2011). As perguntas fechadas objetivaram principalmente a descoberta do perfil do participante, uma vez que “consiste em garantir a comparação das respostas e facilitar a análise. A pergunta aberta focou especificamente no objeto de pesquisa deste

estudo, permitindo ao participante responder em suas próprias palavras, gerando uma maior riqueza de informações (POLIT; BECK, 2011). Desta maneira, o roteiro guia de entrevista contemplou informações julgadas como importantes para caracterizar as mulheres que participaram do estudo. O roteiro buscou identificar: perfil sócio demográfico; dados obstétricos; experiências vivenciadas no trabalho de parto e parto. Deste modo, foi possível compreender melhor a compreensão das representações sociais da violência obstétrica institucional pelas mulheres entrevistadas (POLIT; BECK, 2011).

#### **4.5.2 Procedimento de coleta de dados**

Inicialmente foi realizada uma solicitação formal para realizar esse estudo, junto ao Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (CCS), na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). As Comissões de Comitê de Ética em Pesquisa dessa Instituição do Hospital Regional de Loreto aprovaram a realização da pesquisa no hospital. Os pareceres foram liberados em 2014 (Anexo A e B).

A aproximação da pesquisadora com o campo de pesquisa teve início com visitas às Unidades de Centro Obstétrico e Internação Obstétrica, onde estavam as puérperas, nos dois turnos de trabalho (manhã e tarde). Durante esses encontros, os objetivos do estudo e a metodologia empregada eram explicados à equipe (médico e enfermeira chefe da área da maternidade), ficando a pesquisadora à disposição, naquele momento ou posteriormente, para esclarecimentos adicionais necessários em relação à pesquisa.

Esses momentos foram prazerosos pelo fato de conhecer a maioria dos funcionários desses locais, pois já havia atuado naquele hospital como estagiária.

O horário em que os dados foram coletados foi definido com a equipe de enfermagem obstétrica a fim de adequar a realização das entrevistas, sem prejudicar o andamento das outras atividades assistenciais. Foi solicitado um horário intermediário, entre o final da manhã e o início de tarde, quando começavam as visitas dos familiares.

As entrevistas foram realizadas entre as dez e quatorze horas, ou após as 17 horas, ao término da visita dos familiares, devido às atividades assistenciais de enfermagem-obstétrica e de medicina, e porque durante o horário de visitas a puérpera esperaria os familiares, o que dificultaria a realização das entrevistas. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e março de 2015.

No período da coleta dos dados, ao chegar à Unidade de Internação Obstétrica, no pós-parto mediato – Alojamento Conjunto - buscou-se verificar junto aos leitos as mulheres que atendiam aos critérios de seleção para participar desse estudo. Nesse momento, era feito o primeiro contato, apresentando-me, discorrendo sobre o objeto a ser pesquisado e convidando-a para participar no estudo.

Desta forma, foi realizado agendamento prévio com essas mulheres para ajustar o melhor momento da coleta das informações naquele dia. Após aceitar em participar da pesquisa, foram realizadas as entrevistas. As falas foram gravadas por meio de áudio digital e na transcrição foram respeitados o anonimato e o sigilo das informações em seus aspectos éticos. A duração das entrevistas variou entre trinta e sessenta minutos, estando à maioria em torno de cinquenta minutos. Depois de realizadas as entrevistas, as gravações foram transcritas imediatamente pela pesquisadora visando manter a integralidade das falas.

Enquanto o local da pesquisa, tanto na entrevista semiestruturada e evocação de palavras, foi desenvolvido em uma sala de reunião dos profissionais, que ficava perto do centro de puerpério.

Os autores recomendam que o local da realização da entrevista e evocação livre de palavras deve ser escolhido e preparado de forma a oferecer privacidade, e concentração, tanto para o pesquisador quanto para o entrevistado, não devendo ter barulhos, deve ser tranquilo, como conversas de outras pessoas de forma que possibilite a reflexão da pessoa (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2005; ABRIC, 2003). Portanto, a coleta foi realizada numa sala de reunião dos profissionais que ficava perto aonde estavam as puérperas, sem a presença de outras pessoas que pudessem interferir na concentração e na privacidade dos participantes.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS DO ESTUDO

A análise de dados foi interpretada com base na Teoria das Representações Sociais, e através de três técnicas de análises respectivamente: análise estatística descritiva com auxílio de SPSS (Software Statistic Package for Social Science); a análise prototípica com diagrama dos quatro quadrantes e; a análise de similitude com auxílio dos softwares, e IRAMUTEQ (*Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) (CAMARGO; JUSTO, 2013) e análise do conteúdo temático ( BARDIN, 2011).

O SPSS é um software apropriado para a elaboração de análises

estatísticas de matrizes de dados. O seu uso permite gerar relatórios tabulados, gráficos e dispersões de distribuições utilizados na realização de análises descritivas e de correlação entre variáveis. O software auxiliou para a organização das variáveis sociodemográficas das participantes, composta pelas variáveis (participante, idade, estado civil, escolaridade, religião, renda familiar e as variáveis obstétricos número de gestação, número de paridade, control pre-natal, idade gestacional, gestação planejada, gestação aceita e número de filhos.

Antes ser inseridas as variáveis ao software SPSS, os dados foram trabalhados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2010, tendo as variáveis prontas em excel, as variáveis foram importadas no SPSS, utilizados procedimentos de estatística descritiva, utilizando a distribuição de frequências absoluta e relativa, o qual foi analisado por tabulações simples das variáveis e apresentado por meio de tabelas e gráficos.

Figura 3. Interface e princípios do software SPSS.

CustomerID	CustomerName	FranchiseDate	SIC	NumEmployees	UnhappyClerks	Complaints100	ComputerSoftware	Location	Seasonal	PriceCuts	PaymentHistory	SubsequentDelinquency
1	100 JACKSON & HARRIS SUPPLIES	10 Feb 2007	201	0	1030	030	0279750	0	1000	1	1	1
2	100 LITTLE & M DOUGLAS PAINT SERVICE INC	08 Feb 2008	201	7	1046	046	10011012	0	1700	1	1	1
3	100 J & M LTD	08 Nov 2011	200	2	4390	300	17103176	1	2000	0	1	1
4	100 J.J. HEDBERG	20 Aug 2011	200	2	1206	000	10044030	0	2000	0	1	1
5	100 JAY'S PHARMACY	20 Feb 2008	201	0	2004	000	02771100	0	1400	1	1	1
6	100 OGDONOR AMERICA	20 Feb 2012	200	10	2000	011	10301900	0	1400	0	1	1
7	100 KADON AUTO TRUCK PLAZA	20 May 2010	200	0	2707	000	00047774	0	1400	0	1	1
8	100 MARIN'S D. P. INC	13 Oct 2007	201	2	1300	100	04300000	1	0100	2	1	1
9	100 MASTER BAZAAR	10 Aug 2008	200	0	2010	001	00020000	0	1000	2	1	1
10	100 K&B BEER & LIQUOR INC	10 Oct 2011	200	0	1410	200	10110000	0	1700	0	1	1
11	101 OGDONOR BEER & LIQUOR INC	02 May 2011	200	0	1544	000	01015410	0	1700	1	1	1
12	102 PRICE BEVERAGES	20 Sep 2009	200	0	2000	000	00000000	0	0700	0	1	1
13	101 HANDBRAND BROSGY HARDWARE	20 Sep 2007	200	0	4000	000	01010000	0	1700	0	1	1
14	101 JONHAY'S BLUE PROPERTIES LTD	20 Mar 2012	200	0	1010	041	00000001	0	1700	0	1	1
15	1010 MT BP	10 Jul 2009	200	0	2000	000	10000000	1	1000	0	1	1
16	101 MICHELL BRANDS	10 Jul 2009	200	0	2000	001	01701000	0	1000	0	1	1
17	101 PIGGY CABBAGE MOBILE ALLIANCE	20 Mar 2012	200	0	0100	001	01100000	0	1000	1	1	1
18	101 PIGGY CABBAGE LIQUOR INC	27 May 2007	200	0	1011	000	00700000	0	1000	0	1	1
19	101 PIGGY CABBAGE SMOKE SHOP COST	17 Sep 2010	200	0	1010	000	01700000	0	1000	0	1	1
20	100 PIGGY CABBAGE SMOKE SHOP AMSC	08 Oct 2010	200	0	1000	000	00000111	0	1000	0	1	1
21	101 TOM CABBAGE SMOKE SHOP TOR	20 Mar 2008	200	0	4700	011	00201714	1	2000	0	1	1
22	100 PIGGY CABBAGE SMOKE SHOP INC	10 Jun 2010	201	0	0100	001	01000000	0	1000	0	1	1
23	100 PIGGY CABBAGE SMOKE SHOP INC	14 Oct 2008	200	0	0000	011	00000000	0	1700	0	1	1
24	100 PIGGY CABBAGE SMOKE SHOP INC	27 May 2010	201	0	0000	000	01000000	0	1000	0	1	1
25	100 PIGGY CABBAGE SMOKE SHOP INC	10 Jun 2010	201	0	0000	000	01000000	0	1000	0	1	1
26	100 FOOD CONVENIENCE STORE MNC	08 Aug 2007	200	0	1000	000	01010000	0	1000	0	1	1
27	100 BUTE COOP SAND CREEK	10 Nov 2011	200	0	0300	011	00000000	0	1000	0	1	1
28	100 BUTE COOP SAND CREEK	10 Aug 2008	200	0	1700	010	02000000	0	2000	0	1	1
29	100 BUTE COOP HEIST	07 Oct 2011	200	0	0000	000	00001000	0	1000	0	1	1
30	100 PRABHU CORNER MARKET INC	08 May 2008	200	0	0000	000	10000000	0	1000	0	1	1
31	100 TOMMY CORNER MARKET INC	20 Oct 2011	200	0	1000	000	10000000	0	1000	0	1	1
32	100 TOMMY CORNER MARKET INC	08 Aug 2007	200	0	0000	000	01000000	0	1000	0	1	1
33	100 B COOP TRINITY SMOKE SHOP	10 Mar 2011	200	0	0000	000	01100000	0	1000	0	1	1
34	100 SMOKEY CROSSING SMOKE SHOP	10 Aug 2007	200	0	2700	001	00000000	0	1000	0	1	1
35	100 SMOKEY CROSSING SMOKE SHOP	10 Mar 2011	200	0	0000	011	00000000	0	1000	0	1	1
36	100 WEST CROSSING TOMMY	22 Nov 2010	200	0	0000	000	00000000	0	1000	0	1	1
37	1010 CROSSING TOMMY	02 Dec 2009	200	0	0000	001	01000000	0	1000	0	1	1

Fonte: Rochi (2014).

Quanto ao software IRAMUTEQ, este software é gratuito, que foi desenvolvido primeiramente no idioma francês, como ferramenta de organização de dados, desenvolvido sob a lógica do open source, licenciado por GNU GPL (v2). Ele ancora-se no ambiente estatístico do software R ([www.r-project.org](http://www.r-project.org)) e na linguagem python ([www.python.org](http://www.python.org)) (CAMARGO; JUSTO, 2013, p. 515). No Brasil, o

IRAMUTEQ® é utilizado desde 2013 pela equipe do Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição da Universidade Federal de Santa Catarina (LACCOS/UFSC) em parceria com o Centro Internacional de Estudos em Representações Sociais e Subjetividade – Educação, da Fundação Carlos Chagas (CIERS- -ed/FCC); e com o grupo de pesquisa Valores, Educação e Formação de Professores da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Figura 4. Interface princípio do software IRAMUTEQ.



Fonte: IRAMUTEQ, (2013).

Este software viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica, que abrange, sobretudo, a lematização e o cálculo de frequência de palavras; até análises multivariadas como classificação hierárquica descendente, análise pós-fatorial de correspondências e análises de similitude.

O software permite que se trabalhe tanto a partir de um grupo de textos a respeito de uma determinada temática (corpus textual) reunidos em um único arquivo de texto; como a partir de matrizes com indivíduos em linha e palavras em coluna, organizadas em planilhas, como é o caso dos bancos de dados construídos a partir de testes de evocações livres de palavras. Neste caso o software viabiliza contagem de frequência, análise prototípica e análise de similitude, como foi realizado neste estudo.

Com base no instrumento contendo as palavras evocadas, digitei

em formato Word todas as evocações na sua forma bruta, seguindo a ordem de evocação. Fundamentada em Oliveira et al., (2005) procedeu-se uma padronização das palavras e termos evocados, tentando agrupar palavras com significados muito próximos sob a mesma designação, garantindo que o sentido final expresso por elas ficasse contemplado e que o software as processasse como sinônimos.

As palavras evocadas foram trabalhadas em um banco de dados montada a partir de um arquivo Open Office Calc, composta pelas variáveis (participante, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, paridade, e número de filhos, palavras evocadas do estudo e Rang que significa número de ordem das palavras evocadas, depois os dados foram importados ao banco de dados da matriz IRAMUTEQ, conforme mostramos na figura 5:

Figura 5. Matriz importada pelo software.

The image shows a screenshot of a spreadsheet application window titled "Modelo matriz iramuteq - violência obstétrica Institucional - Maria (2) (1).xlsx". The spreadsheet contains a data matrix with columns labeled A through W. The first few columns (A-F) represent demographic and clinical variables: A (part), B (IDADE), C (Est civil), D (escolaridad), E (rend fam), and F (Gestação). Columns G through W represent evoked words and their ranks. The data is organized into rows, each representing a different case or participant. The words are standardized and grouped into categories like 'impaciência', 'demonstração', 'toque vaginal', 'solidão', 'abandono', 'discriminação', and 'proibição'. Each word is followed by a numerical rank value.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W
part	IDADE	Est civil	escolaridad	rend fam	Gestação	num filhos	opn	evoc	rang	evoc	rang	evoc	rang	evoc	rang	evoc	rang					
1	3	3	5	2	2	1	1	1	impaciência	2	impaciência	3	insultar	4	bater	5						
2	4	3	3	3	1	2	3	2	gritar	1	bater	2	insultar	3	impaciência	4	imposição	5				
3	1	3	4	1	1	4	1	demora di	1	impaciência	2	impaciência	3	impaciência	4	abandono	5					
4	2	2	1	2	1	3	2	impaciência	2	imposição	2	gritar	3	abandono	4	insultar	5					
5	1	3	5	2	1	3	1	bater	1	gritar	2	insultar	3	ameaças	4	bater	5					
6	2	3	5	2	1	4	1	toque vagi	1	gritar	2	insultar	3	abandono	4	solidão	5					
7	5	3	3	1	2	3	2	toque vagi	1	demora di	2	Falta de oi	3	Proibição oi	4	impaciência	5					
8	3	3	3	2	1	2	2	solidão	1	bater	2	ameaças	3	gritar	4	insultar	5					
9	1	3	3	1	3	4	1	impaciência	1	demora di	2	Falta de oi	3	abandono	4	imposição	5					
10	4	3	4	1	1	4	1	abandono	1	impaciência	2	impaciência	3	Falta de oi	4	imposição	5					
11	5	2	3	1	1	4	1	abandono	1	toque vagi	2	insultar	3	proibição oi	4	demora di	5					
12	2	3	3	2	1	4	2	demora di	2	gritar	2	impaciência	3	solidão	4	abandono	5					
13	1	4	2	2	2	1	2	toque vagi	1	toque vagi	2	imposição	3	gritar	4	insultar	5					
14	2	1	5	2	2	4	1	toque vagi	1	gritar	2	abandono	3	toque vagi	4	gritar	5					
15	2	3	4	1	2	4	1	demora di	1	abandono	2	gritar	3	abandono	4	insultar	5					
16	1	1	4	1	1	4	2	toque vagi	1	indisciplina	2	toque vagi	3	demora di	4	impaciência	5					
17	1	3	3	2	3	4	2	bater	1	abandono	2	impaciência	3	proibição oi	4	gritar	5					
18	2	3	3	2	1	4	2	demora di	1	gritar	2	ameaças	3	bater	4	bater	5					
19	1	3	7	3	1	3	2	abandono	1	insultar	2	solidão	3	ameaças	4	Falta de oi	5					
20	5	3	4	1	2	3	2	gritar	2	abandono	2	impaciência	3	bater	4	insultar	5					
21	4	3	4	2	1	3	2	gritar	4	impaciência	2	imposição	3	toque vagi	4	insultar	5					
22	2	3	7	2	2	4	1	abandono	1	bater	2	gritar	3	insultar	4	impaciência	5					
23	1	3	1	2	4	1	1	impaciência	1	abandono	2	Falta de oi	3	abandono	4	demora di	5					
24	2	3	7	3	1	3	2	demora di	1	impaciência	2	abandono	3	toque vagi	4	ameaças	5					
25	3	3	5	2	2	4	1	impaciência	1	gritar	2	demora di	3	insultar	4	abandono	5					
26	2	3	3	2	1	3	2	demora di	1	toque vagi	2	Falta de oi	3	Proibição oi	4	impaciência	5					
27	4	2	4	1	2	4	2	gritar	1	toque vagi	2	Falta de oi	3	demora di	4	impaciência	5					
28	5	3	4	1	3	4	2	abandono	2	gritar	2	imposição	3	insultar	4	ameaças	5					
29	2	3	2	2	1	3	2	demora di	1	impaciência	2	abandono	3	bater	4	gritar	5					
30	2	3	4	2	1	4	1	abandono	1	toque vagi	2	gritar	3	Falta de oi	4	proibição oi	5					
31	2	3	3	2	2	4	2	toque vagi	1	demora di	2	impaciência	3	gritar	4	abandono	5					
32	3	6	2	3	4	1	1	demora di	1	abandono	2	impaciência	3	Falta de oi	4	gritar	5					
33	1	4	1	2	4	2	2	Falta de oi	1	abandono	2	impaciência	3	Falta de oi	4	gritar	5					
34	2	2	4	2	2	4	2	demora di	1	abandono	2	impaciência	3	Falta de oi	4	gritar	5					
35	3	5	1	2	2	2	2	insultar	1	discriminação	2	impaciência	3	epistomiotomia	4	abandono	5					
36	2	3	8	2	3	4	2	gritar	1	impaciência	2	abandono	3	Falta de oi	4	toque vagi	5					

Fonte: Elaborado pela autora, (2016).

Com base na lista de palavras evocadas, o software organiza os dados em ordem alfabética, com cálculos estatísticos da análise: quantas

vezes cada palavra aparecera em cada colocação (de primeira a quinta, na ordem de evocação); a frequência total de cada palavra; o cálculo da média ponderada da ordem de evocações do conjunto dos termos estudados, propondo uma lista com sugestões de categorias que possibilitam o agrupamento dos termos.

A frequência indica o grau de compartilhamento da palavra entre os entrevistados, e a ordem média, a sua saliência ou importância para esse grupo. O pesquisador define então o ponto de corte para a frequência mínima a ser considerada, a partir do qual comporá a análise prototípica com diagrama dos quatro quadrantes.

Análise prototípica trata-se de uma técnica simples e eficaz desenvolvida especificamente pelo campo de estudo de representações sociais que visa identificar a estrutura representacional a partir dos critérios de frequência e ordem de evocações das palavras provenientes de um teste de evocações livres (ABRIC, 2003).

O programa deu-me uma visualização do diagrama dos quatro quadrantes com seus elementos separados segundo a frequência e ordem de evocação, o grupo do quadrante superior esquerdo como sendo o dos prováveis elementos centrais, com maior frequência e menor ordem média de evocação. Então o primeiro quadrante (superior esquerdo), indica as palavras que têm alta frequência (uma prontamente evocada). Essas seriam os prováveis indicadores do núcleo central de uma apresentação (ABRIC, 2003).

No segundo quadrante (superior direito), temos a primeira periferia, com as palavras que têm alta frequência, mas que tiveram ordem média maior, ou seja, não foram tão prontamente evocadas. No terceiro quadrante (inferior esquerdo), a zona contraste contém elementos que foram prontamente evocadas, porém com frequência abaixo os elementos com menor frequência e maior de evocações (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Quanto à análise de similitude, também indicadora da estrutura de uma representação social, pode ser realizada a partir de comandos, como análises de matriz e análise de similitude. O software permite identificar as coocorrências entre palavras e seu resultado traz indicações da conexão entre palavras, auxiliando na identidade da estrutura do conteúdo de um corpo textual. A partir do conjunto de índices calculados e suas conexões, configurou-se a árvore máxima que é caracterizada como uma representação gráfica das conexões entre os elementos de uma representação social, sem permitir a formação de ciclos, uma vez que se mantêm apenas os maiores índices (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A análise de conteúdo é a expressão mais comumente usada em estudos qualitativos para representar o tratamento dos dados coletados. É definida por Bardin (2011), como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores seguros que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens.

Para Minayo (2010), a análise de conteúdo relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descritos e analisados com os fatores que determinam suas características variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem. A mesma autora faz um alerta aos pesquisadores para que procurem apreender a real significação contida no material coletado, sob o risco de não perceber mensagens obscuras, de duplo sentido ou simbologia diversa.

Acrescenta Bardin (2011) que a análise de conteúdo também é uma técnica de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.

Neste tipo de análise, existem regras que obedecem às categorias de fragmentação da comunicação para que seja válida. As regras devem contemplar: homogeneidade; exaustão (esgotar a totalidade do texto); exclusividade (um mesmo elemento do conteúdo não pode ser classificado, aleatoriamente, em duas categorias diferentes); objetividade (codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais); serem adequadas e pertinentes, adaptadas ao conteúdo e objetivos.

Na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo, têm sido desenvolvidas várias técnicas de Análise de Conteúdo, entre elas, a Análise Temática, a qual, segundo Minayo (2010, p. 316):

[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. [...] qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. (MINAYO, 2010, p. 316).

Para análise dos resultados obtidos, optou-se pela análise temática na intenção de buscar o significado das mensagens das depoentes

(ou núcleos de sentido), contextualizando-as. O que se refere a pesquisas qualitativas, especialmente as da área de saúde, como no caso dessa pesquisa, Bardin (2011), escreve que, de acordo com o material, delimitam-se as unidades de codificação ou as de registro, que podem ser: a palavra, a frase, o minuto. O aspecto exato do corte a ser delimitado tranquiliza a consciência do pesquisador. Quando existe ambiguidade na referenciação do sentido dos elementos codificados, necessário é que se definam unidades de contexto, superiores à unidade de codificação; estas, embora não tendo sido tomadas em consideração no recenseamento das frequências, permitem compreender a significação dos itens obtidos, repondo-os em seu contexto.

Desta forma, o mesmo autor propõe três etapas básicas no estudo com a análise de conteúdo: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A etapa da pré-análise é a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

Essa fase é composta por atividades não estruturadas, abertas por oposição à exploração dos documentos, como se descreve a seguir:

- A leitura flutuante: consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o tema, deixando-se invadir por impressões e orientações.
- A escolha dos documentos: determinada em função dos objetivos do trabalho. Estando o universo demarcado, procede-se à construção de um corpus, que se constitui da organização do material, de tal forma que possa responder a algumas normas de validade, como descrito anteriormente.
- A formulação das hipóteses e dos objetivos: uma hipótese é uma afirmação provisória que se propõe verificar (confirmar ou infirmar) recorrendo aos procedimentos de análise. Os objetivos são a finalidade geral a que nos propomos o quadro teórico e/ou pragmático, no qual os resultados obtidos serão utilizados.
- A referenciação dos índices e a elaboração de indicadores: ao se considerar os textos como uma manifestação, contendo índices que a análise vai revelar, o trabalho preparatório é o da escolha destes em função das hipóteses, caso elas estejam determinadas e sua organização sistemática em indicadores. Como por exemplo, o índice pode ser a menção explícita de

um tema numa mensagem. Se este tema possui tanto mais importância para o locutor, quanto mais frequente é repetido, o indicador correspondente será a frequência deste tema de maneira relativa e absoluta, relativamente a outros. Uma vez escolhidos os índices, procede-se à construção de indicadores precisos e seguros. Desde a pré-análise devem ser determinadas as operações: de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados.

- A preparação do material: antes da análise propriamente dita, o material reunido deve ser preparado. Desta forma, as entrevistas gravadas são transcritas na íntegra e as gravações conservadas para informação paralinguística. É aconselhável que se prevejam reproduções em número suficiente (recortes) e que se enumerem os elementos do corpus.

A segunda etapa da Análise de Conteúdo trata da exploração do material que, segundo Bardin (2011) consiste, essencialmente, na operação de codificação, quando se realiza a transformação dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto.

Primeiramente, trabalha-se com recortes do texto em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem ou um acontecimento, tal como foi estabelecido na pré-análise. Após, escolhe-se as regras de contagem ou convergência dos dados, uma vez que, tradicionalmente, elas se constroem em indicadores que permitem, de alguma forma, estabelecer quantificação ou representatividade. A partir desta fase, realiza-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.

Por fim, na terceira etapa descrita pela autora acima, tem-se o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação destes; primeiramente os resultados brutos são submetidos a operações que permitem colocar em relevo as informações obtidas. Prosseguindo, o investigador propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Nesta pesquisa, serão aplicados os três passos descritos por Bardin (2011):

- Fase da Pré-Análise: constituída pela organização e leitura fluente do material coletado durante o estudo;
- Fase da Exploração do Material: consiste na exploração do

material, analisando o conjunto das mensagens emitidas pelos sujeitos e definindo as unidades de registro. A partir disso, serão agrupadas as unidades de registro similares para definir as categorias que emergiram das falas das mulheres que serão entrevistadas;

- Fase de Interpretação Inferencial: escolha dos textos significativos para a representação do objeto desse estudo, até a exploração e agregação dos dados em categorias temáticas.

A análise de conteúdo possibilitou a organização dos dados das entrevistas, que sustentaram grandes categorias do estudo, que são: negligência no cuidado; vivências da violência verbal e; vivências da violência física.

#### 4.7 COMPONENTES ÉTICOS DO ESTUDO

O principal objetivo quando se trata de ética é garantir o respeito devido à dignidade da pessoa. Nesse sentido, mais relevante que uma aplicação de conceitos foi uma postura ética por parte do pesquisador em todos os momentos da pesquisa.

A ética transcende o comportamento de determinados grupos socioculturais. Ela vê o ser humano como sujeito, com potencialidades, e as valoriza no desenvolvimento individual e coletivo, através da participação consciente. É o respeito ao ser, a busca de condições para tornar o processo de viver mais humano.

A coleta de dados respeitou todos os preceitos éticos recomendados internacionalmente, no que diz respeito à pesquisa com seres humanos. Bem como, respeitou todas as diretrizes legislativas brasileiras vigentes na Resolução número 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

A resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa.

Após a qualificação do projeto realizada pela banca de pares do PEN/UFSC e um membro externo em dezembro de 2014, este foi inserido na base nacional on-line da Plataforma Brasil, que unifica os registros de pesquisas de todos os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP).

Paralelamente à inserção do projeto, foram estabelecidos os contatos com pessoas chave do comitê de ética do Hospital Regional de Loreto – Peru, para permissão da coleta no local. O projeto foi solicitado à tradução para o idioma espanhol. Após da aprovação de comitê de ética no Hospital (CEP), se procedeu à inserção no campo para realização da pesquisa.

Por ser a coleta do estudo realizada em outro país, como já mencionado, a presente pesquisa teve dois pareceres de aprovação, a saber: o primeiro foi concedido antes da unificação dos projetos na Plataforma Brasil, com o parecer de número 872.447 (Anexo A); o segundo, já inserido pelo comitê de ética do Hospital Regional do Loreto-Peru com o número do parecer 033-ID (Anexo B) e com numero de CAAE: 37965514.1.0000.0114.

Neste sentido, e em consonância com o princípio de respeito à dignidade humana, as participantes que atenderam os critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo, sendo a participação de caráter livre, sem cobrança de qualquer quantia financeira por nenhuma das partes.

Assim como, foi garantida a liberdade para desistência em qualquer momento do desenvolvimento do estudo. Todas as participantes que aceitaram participar do estudo juntamente com o pesquisador assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), composto por duas vias, sendo que cada uma permaneceu com uma via do documento.

O anonimato das participantes foi garantido por meio de um código alfanumérico composto pelas iniciais das EM1 (E de entrevista; M de mulher e seguida de um número), que foi conforme a ordem sequencial das entrevistas realizadas naquele dia e nos dias subsequentes de coleta.

Os instrumentos de coleta de dados foram manuseados somente pelos pesquisadores da pesquisa. Nas entrevistas foi utilizado um gravador digital Sony PX720 que suporta arquivos MP3 e WMA para gravação das respostas, e que permitiu a ausculta do áudio para transcrição posterior em arquivo doc ou txt do Word Microsoft Office. Estes arquivos ficarão armazenados com o pesquisador por cinco anos e após esse período serão excluídos do acervo.

Observando os princípios de beneficência e justiça, foram assegurados a todas as participantes, de que a pesquisa não trará riscos ou danos à sua vida, integridade ou à sua saúde dela e de seu filho.

Quanto aos riscos e benefícios do estudo, esta pesquisa não envolveu riscos de natureza física, psicológica ou danos à sua vida

integridade ou à sua saúde e deu seu filho, nem acarretou implicações institucionais às participantes. Os benefícios do estudo são visualizados no sentido de permitir uma compreensão dos elementos que causam insatisfação e satisfação das mulheres, logo contribuindo para melhoria do cuidado à saúde de maior qualidade.

Por fim, é importante ainda destacar que a presente pesquisa teve apoio financeiro da CAPES, por meio de auxílio de bolsa de doutorado.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão são apresentados na forma de manuscritos, em conformidade com a Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011. Essa normativa altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

A tese resultou em três manuscritos. O primeiro manuscrito, intitulado “Violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto: uma revisão integrativa” apresentado no capítulo 2, buscou identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas, em âmbito nacional e internacional, acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto.

O segundo manuscrito, intitulado “Elementos caracterizadores das representações sociais de mulheres acerca violência obstétrica institucional no trabalho parto e parto”.

O terceiro manuscrito intitulado “A maior dor do parto: representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional”. Os dois últimos são resultantes da pesquisa do campo, e são apresentados no presente capítulo, conforme quadro 3 a seguir.

Quadro 3. Apresentação do título e objetivo dos manuscritos.

Manuscrito	Título e objetivo
1º	<b>Título:</b> Violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto: uma revisão integrativa <b>Objetivo:</b> identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas, em âmbito nacional e internacional, acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto.
2º	<b>Título:</b> Elementos caracterizadores das representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho parto e parto <b>Objetivo:</b> identificar os elementos caracterizados das representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto.
3º	<b>Título:</b> A maior dor do parto: representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional. <b>Objetivo:</b> conhecer as representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica no trabalho de parto e parto

Fonte: Elaborado pela autora, (2016).

5.1 MANUSCRITO 2: ELEMENTOS CARACTERIZADORES DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL NO TRABALHO PARTO E PARTO

**ELEMENTOS CARACTERIZADORES DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL NO TRABALHO PARTO E PARTO**

**ELEMENTS CHARACTERIZING OF SOCIAL REPRESENTATIONS OF INSTITUTIONAL VIOLENCE OBSTETRIC IN LABOR AND DELIVERY**

**ELEMENTOS CARACTERIZADOS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE MUJERES ACERCA DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO**

Maria de Jesus Hernández Rodriguez  
Evangelia Kotzias Atherino dos Santos  
Andreia Isabel Giacomozzi

- <sup>1</sup> Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Bolsista de CAPES- PROEX. Membro Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR). Endereço para correspondência: Rua: Ana Maria Nunes, nº 188, Bairro Córrego Grande. CEP: 88040-900, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Telefone: (48) 9804-3686. E-mail: mjhr\_25@hotmail.com
- <sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC, Membro e Líder do GRUPESMUR/PEN/UFSC, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: evanguelia.ufsc@gmail.com
- <sup>3</sup> Doutora em Psicologia (UFSC). Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da UFSC, membro do LACCOS – Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: agiacomozzi@hotmail.com

**RESUMO:**

**Objetivo:** identificar os elementos caracterizados das representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto. **Método:** estudo quali-quantitativo, realizado com 100 mulheres, em uma maternidade pública peruana, entre os meses de janeiro a março de 2015. Aplicou-se a Técnica de Evocações Livres de palavras, com o termo indutor violência no parto, tendo sido realizada análise estatística descritiva e prototípica e análise de similitude, através do software SPSS v.24.0 e IRAMUTEQ. **Resultados:** identificou-se a centralidade das representações sociais sobre a violência no parto e parto pelos termos: *abandono; gritar; indiferença; demora da atenção; e toque vaginal dolorido*. **Conclusão:** acredita-se que o conhecimento possibilite a problematização desse fenômeno estudado, bem como contribuir para o delineamento de leis, políticas públicas para legislar em favor das mulheres e crianças no processo de nascimento, de modo que o nascimento possa ser experiência gratificante construindo uma sociedade mais saudável e igualitária.

**Descritores:** Violência. Parto. Percepção Social. Enfermagem Obstétrica. Cuidado.

**ABSTRACT**

**Objective:** To identify the characteristics of the social representations of women who institutional obstetric violence in labor and delivery. **Method:** quali-quantitative study, conducted with 100 women in a maternity public of Peru, between the months of January to march, 2015. We applied the Technique of Evocations Free to the term inductor violence in childbirth, having been realized analysis prototypical and analyse of similitude, through the software SPSS v.24.0 and IRAMUTEQ. **Results:** we identified the centrality of the RS, the violence of childbirth and childbirth, by the terms abandonment, shouting, indifference, takes the attention and touch the vaginal sore. **Conclusion:** it is Believed that the knowledge, makes possible the problematization of the phenomenon studied, as well as to contribute to the drafting of laws, public policies to legislate in favour of women and children in the process of birth so that the birth can be a rewarding experience building a healthier society and more equal.

**Key words:** Violence. Childbirth. Social Perception, nurse obstetric. Care.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los elementos caracterizados de las representaciones sociales de mujeres acerca de la violencia obstétrica institucional en el trabajo de parto. **Método:** Un estudio cuali-cuantitativo con 100 sujetos, en un hospital público peruano, entre los meses de enero a marzo de 2015. Se aplicó la técnica Evocaciones libre el término inductor a violencia en el parto, se realizó un análisis estadístico descriptivo, análisis prototípico y similitud, se utilizó el software SPSS v.24.0 e IRAMUTEQ. **Resultados:** La centralidad de la RS, de la violencia en el trabajo de parto fue identificado por los términos, abandono, gritar, la indiferencia, demora de la atención y el tacto vaginal dolorosa. **Conclusión:** Se cree que el conocimiento, habilita el cuestionamiento de este fenómeno estudiado, así como contribuir para el delineamiento de las leyes, las políticas públicas para legislar a favor de las mujeres y los niños en el procesador de nacimiento, para que sea experiencia gratificante para las mujeres y los niños, así para construir una sociedad más sana y más igualitaria.

**Palabras clave:** Violencia. Parto. Percepción sociales. Enfermagem obstétrica. Cuidado.

## INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, as mulheres são conhecidas como as mais prováveis vítimas de violência. Entre essas violências que está ganhando visibilidade nos últimos anos, encontra-se a violência no trabalho parto e parto, reconhecida atualmente como violência obstétrica institucional (VENEZUELA 2007).

A organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) declarou que no mundo inteiro muitas mulheres sofrem este tipo de violência, como abusos, desrespeito e maus-tratos durante o trabalho de parto e parto nas instituições de saúde.

Os estudos revelam que esta violência obstétrica (VO), sobre desrespeito e abusos durante o trabalho de parto e parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto

levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento (BOWSER; HILL, 2010; LEAL et al., 2016).

As adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível sócio-econômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente mais propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos (TESSER et al., 2015). Outras pesquisas também apontam, como um tipo de violência, o uso inadequado de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários em face das evidências científicas do momento, resultando em uma cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas (DINIZ, 2009; AGUIAR, 2010).

Estas intervenções danosas são consideradas como um fator de risco tanto para a mulher como para o bebê. Através dessas intervenções, a mulher no trabalho de parto e parto, vivencia ofensas com dor e humilhação, revelando os aspectos socioculturais que definem preconceitos e crenças acerca da sexualidade e da saúde da mulher (ARGUEDAS-RAMÍREZ, 2014; PINTADO-CUCARELLA; PENAGOS-CORZO; CASAS-ARELLANO, 2015).

Tais circunstâncias demonstram uma realidade cotidiana cruel que fere os princípios e direitos das mulheres. Dessa forma, ampliar os conhecimentos sobre o cuidado prestado às mulheres em trabalho de parto e parto, torna-se uma ferramenta valiosa para a avaliação do processo de atenção no atendimento obstétrico. Porque todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a um cuidado digno e respeitoso durante o trabalho de parto e parto, assim como o direito de estar livre da VOI (AGUIAR, 2010).

Encontrando respaldo na literatura (OMS, 2014) e em pesquisas científicas comprovando a relevância do tema (TESSER et al., 2015; LEAL et al., 2016). Este estudo tem como objetivo identificar os elementos caracterizadores das representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho parto e parto.

O estudo das representações sociais, teoria escolhida para embasar esta pesquisa, torna possível recuperar o conhecimento cotidiano, ou seja, possibilita descobrir como indivíduos e grupos constroem o seu conhecimento, com base no conhecimento de suas experiências e dos valores que atribuem às suas vivências (MOSCOVICI, 2011).

Assim teoria do núcleo central pode ser considerada uma subteoria das Representações Sociais. Segundo Abric (2001, p. 163),

toda representação se organiza em torno de um núcleo central e um periférico. “O núcleo central é o elemento fundamental da representação, pois é ele quem determina ao mesmo tempo sua significação e sua organização”. O sistema periférico, ao contrário do núcleo central é flexível e suporta as contradições. Protege o núcleo central das modificações, é a parte mais flexível das Representações Sociais e permite a elaboração de representação relacionada às histórias individuais dos sujeitos (SÁ, 2002).

Neste sentido a Teoria das Representações Sociais foi eleita nesta pesquisa porque se pretendeu olhar o fenômeno na perspectiva do sujeito que o vivencia, conhecendo o pensamento de mulheres sobre a violência obstétrica institucional, em trabalho de parto e parto, recebida nesse momento de suas vidas.

Por essa razão, acredita-se que conhecimentos podem advir para o entendimento da formação e consolidação de conceitos, socialmente veiculados. Assim como, que os conhecimentos obtidos neste estudo possam trazer importantes contribuições a essa discussão, envolvendo profissionais de saúde e mulheres parturientes, contribuindo para a constituição de estratégias que possam intervir na realidade do cuidado e que acarretem benefícios para as mulheres, no momento do trabalho de parto e parto.

## **MÉTODO**

### **Tipo de estudo**

Estudo exploratório-descritivo, de natureza quanti-qualitativa desenvolvido em uma maternidade do Hospital Regional de Loreto, localizado no Distrito de Punchana, Peru. O hospital é referência de atendimento obstétrico e atende exclusivamente usuários do Sistema Integrado de Saúde ( SIS).

### **Participantes**

As participantes foram 100 mulheres, que tiveram seus partos e que estavam internadas nas Unidades de Alojamento Conjunto da Maternidade selecionada. Amostra foi por conveniência. Foram considerados como critérios de inclusão: mulheres com idade superior a 18 anos; permaneceram internadas em trabalho de parto vaginal, pelo menos por seis horas no centro obstétrico. Foram excluídas as mulheres submetidas à cesariana ou que expressaram o desejo de não participar do estudo, e as sem condições clínicas (físicas, mentais ou emocionais)

adequadas para serem abordadas.

### **Instrumento e procedimentos de coleta de dados**

Os dados foram coletados entre os meses de janeiro e março de 2015, por meio da aplicação de um questionário. O questionário foi dividido em duas etapas. A primeira aborda características pessoais das participantes (idade, estado civil, escolaridade, religião, renda familiar, gestação, paridade, número de control pré-natal, gestação desejada, gestação aceita, número de filhos). A Segunda etapa foi composta por evocação livre de palavras.

Nesta técnica de evocação livre de palavras, foi solicitado as mulheres que dissessem cinco palavras que lhes vinham à lembrança em relação à expressão “Violência no parto”. O limite do número de palavras foi influenciado pelas ideias de Abric (2003). Após as evocações foi solicitado aos participantes indicarem, hierarquizando-as por ordem de importância das cinco palavras.

### **Análise dos dados**

Foram realizadas três análises distintas: a primeira denominada análise estadísticas descritiva, segunda prototípica; e a terceira denominada análise de similitude, com auxílio do software SPSS e IRAMUTEQ. A primeira análise estatística descritiva, utilizando a distribuição de frequências absoluta e relativa, a segunda possibilitou observar possíveis elementos centrais e periféricos constituintes das representações sociais dos participantes. A terceira análise possibilita identificar a co-ocorrência entre as palavras e, seu resultado indica a conexão entre as mesmas, auxiliando na identificação da estrutura do conteúdo de um corpo textual (MARCHAND; RATINAUD, 2012).

O SPSS v.24.0 é um software apropriado para a elaboração de análises estatísticas de matrizes de dados. O seu uso permite gerar relatórios tabulados, gráficos e dispersões de distribuições utilizados na realização de análises descritivas e de correlação entre variáveis. Enquanto IRAMUTEQ é um programa informático, gratuito, viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aqueles bem simples, como a lexicografia básica como cálculo de frequência de palavras, até análises multivariadas como classificação hierárquica descendente e análises de similitude (CAMARGO; JUSTO, 2013).

### **Aspectos Éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, com o

número do parecer de número 872.447 e do hospital Regional de Loreto sob parecer de número 003-ID

Posteriormente a aceitação verbal das participantes no estudo foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, seguindo os preceitos éticos e legais da Resolução 466/12, que trata das diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Nomes fictícios com letra (M seguida por número 1, 2...) substituíram os nomes verdadeiros, a fim de garantir o anonimato das participantes do estudo.

## **RESULTADOS**

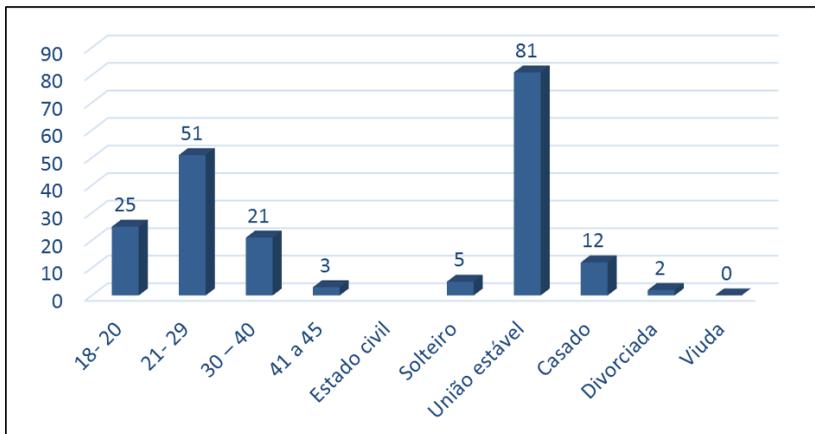
### **Características das participantes do estudo**

As características dos cem (100) participantes foram construídos posteriormente à transcrição das palavras evocadas, inserção no software SPSS. V.24.0, com descrição estadística (desvio padrão, média, máximo e mínimo), segundo as seguintes variáveis qualitativas e quantitativa (nominais, ordinais e discreta): idade, estado civil, escolaridade, renda familiar e profissão/ocupação. Variáveis obstétricas: Gestação, parto, aborto, número de Controle pré-natal, idade gestacional, gestação desejada, gestação aceita e número de filhos vivos. As variáveis serão apresentadas descritivamente e ilustradas em forma de tabelas e gráficos. Na sequência, é realizada a descrição dessas características.

Quanto o gráfico 1, observa-se que com relação a faixa etária das mulheres correspondiam entre 18 anos a idade mínima e a máxima com 45 anos, tendo uma porcentagem mais prevalentes (51%) entre as mulheres com idades entre 21 e 29 anos, seguida a idade entre 18 e 20 anos com (25%) e 30 e 40 anos com (21%). Quanto a estado civil, das participantes, podemos identificar prevaleceram a união estável (81%) e seguida pelas casadas com (12%).

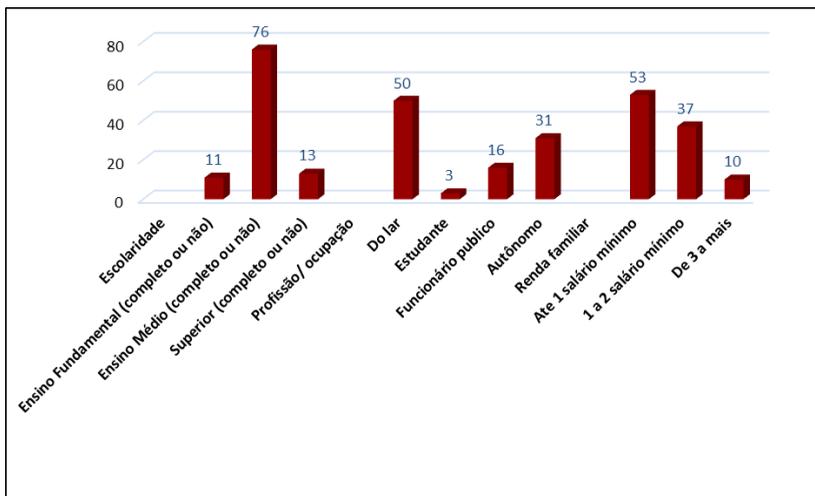
Quanto a escolaridade das participantes prevalece ensino médio com (76%). Em relação a profissão/ocupação a metade das participantes era do lar (50%), seguida autônomos (comerciantes e vendedores) com (31%) e funcionários públicos com (16%) das participantes. Quanto renda familiar, a maior proporção declarou ganhos de até um salário mínimo (53%) seguida dois salários mínimos (37%) e com três salários a mais (10%) das participantes.

Gráfico 1. Distribuição das participantes da pesquisa segundo a faixa etária e estado civil (n=100). Peru, 2016.



Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Gráfico 2. Distribuição das participantes da pesquisa segundo escolaridade, profissão/ocupação e renda familiar (n=100). Peru, 2016.



Fonte: Elaborado pela autora, (2016).

Quanto as variáveis obstétricas das participantes, o número de gestação era de um e o máximo era de 8 gestações, com uma média de 3. Em relação a números de partos das participantes, mínimo era de um

parto e o máximo era 8 partos e com uma media 2. Quanto aos antecedentes de aborto das participantes o máximo era de 2 abortos. Em relação ao número de controle pré-natalis no mínimo era um e o máximo de 13 controles pré-natais e com uma media 6 controles pré-natal. Quanto a idade gestacional, mínimo era de 38 semanas de gestação e máxima 42 semanas de gestação e com uma media de 38 semanas de gestação. No que se refere a número de filho vivos das participantes mínimo era de um filho e máximo de 8 filhos vivos e com uma media de 2.

Tabela 1. Distribuição das participantes da pesquisa segundo o número de gestação, número de partos, abortos, número de controle pré-natal, idade gestacional e número de filhos vivos (n=100). Peru, 2016.

<b>Dados obstétricos</b>					
	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Gestação</b>	100	1	8	3,12	1,929
<b>Parto</b>	100	1	8	2,79	1,777
<b>Aborto</b>	100	0	2	,33	,535
<b>Número CPN</b>	100	1	13	6,20	2,981
<b>Idade gestacional</b>	100	38	42	38,67	1,646
<b>Filhos vivos</b>	100	1	8	2,79	1,777
<b>N válido</b>	100				

Fonte: Elaborado pela autora, (2016).

### **Análise prototípica da RS de mulheres acerca violência obstétrica no trabalho de parto e parto**

O corpus formado pelas evocações de palavras das mulheres parturientes frente ao termo indutor “violência no parto”, totalizou 500 palavras, sendo 120 diferentes. A media das ordens media de evocações (OME) foi 3, a frequência mínima 6, as palavras com frequência inferior foram excluídas. A frequência máxima de 84. Resultando uma frequência media igual a 33.33. A análise desse conjunto de dados resultou num diagrama dos quatro quadrantes como representado no quadro 1.

Quadro 1. Análise prototípica das RS de mulheres acerca da VO no trabalho de parto e parto. Peru, 2015.

	OME ≤3			OME >3		
	Elementos	F	OME	Elementos	F	OME
F< 6	Abandono	94	2.9	Impaciência	39	3.1
	Gritar	86	2.8			
	Indiferença	51	3			
	Demora da atenção	44	2.3			
	Toque vaginal dolorido	39	2.5			
F< 6	Imposição	15	3	Insultar	33	3.6
	Discriminação	6	2.7	Falta de orientação	32	3.7
				Bater	16	3.2
				Toque vaginal repetido	14	3.4
				Proibição do acompanhante	13	3.4
				Ameaças	10	3.9
				Episiotomia	8	3.9

Fonte: Elaborado pela autora, (2016)

No quadro 1 distinguem-se importantes elementos para a apreensão das representações sociais, dos sujeitos sobre a violência no trabalho de parto e parto. Nesse sentido, evidencia os elementos do núcleo central (NC) (quadrante superior esquerdo): *abandono, gritar, indiferença, demora da atenção, e toque vaginal dolorido*; os elementos da 1ª periferia (quadrante superior direito): *impaciência*; a 2ª periferia (quadrante inferior direito): *insultar; falta de orientação; bater, toque vaginal repetido; proibição do acompanhante; ameaças e episiotomia*; e os elementos de contraste da representação (quadrante inferior esquerdo): *imposição e discriminação*.

Para a descrição dos resultados adotou-se a abordagem proposta por Abric (2001), onde os termos que atenderam ao mesmo tempo aos critérios de evocação com maior frequência e nos primeiros lugares. Isto é, supostamente tiveram uma maior importância no esquema cognitivo dos sujeitos, configurando-se como hipótese de núcleo central da representação social.

De acordo com a Teoria do Núcleo Central, as palavras mais repetidas pelas participantes e localizadas no quadrante superior esquerdo do quadro 1, como *abandono, gritar, indiferença, demora da atenção e toque vaginal doloridos*, caracterizam o possível núcleo central da representação, uma vez que elas foram evocadas um maior

número de vezes e mais prontamente.

Esses elementos caracterizam a parte dura da representação, menos sensível a mudanças, em função do contexto externo ou das práticas cotidianas dos sujeitos (ABRIC, 2003). Nessa análise, foi possível identificar como provável núcleo central da representação, elementos que indicam diferentes dimensões conceituais, imagética e atitudinais da violência. Como podemos ver está fundamentada em aspectos considerados insatisfatórios na experiência da parturição, retratando a violência como: negligência; violência física; violência verbal e; violência psicológica ou emocional.

Neste contexto, o termo *abandono*, foi o mais frequente e prontamente evocado, seguida pelo o termo de *gritar*. A possível centralidade da RS, da violência no trabalho de parto e parto, está caracterizada pela negligência do cuidado, considerada como abandono e violência verbal, considerada como gritar.

O sistema periférico da representação social se caracteriza por estar organizado em torno do núcleo central, constituindo-se na interface entre esse núcleo e a situação concreta na qual se constrói a representação. No quadrante superior direito, observa-se *impaciência* o único elemento que pertence à primeira periferia. Este termo representa a atitude do tratamento à mulher, que leva possivelmente à violência.

No quadrante inferior direito, segunda periferia - encontram-se os termos, *insultar, falta de orientação, bater, toque vaginal repetido, proibição do acompanhante, ameaças e episiotomia*. Esses termos evidenciam a violência física, e outros procedimentos desnecessários, que banalizam a violência no trabalho de parto e parto. Os elementos presentes nesse quadrante são pouco frequentes e definidos como menos importantes entre os termos evocados (ABRIC, 2001; OLIVEIRA et al., 2005).

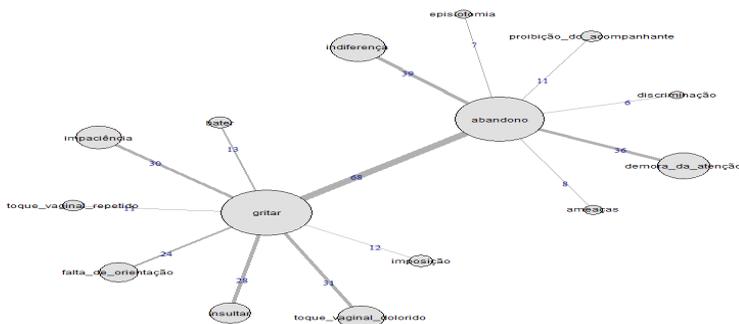
No quadrante inferior esquerdo, encontram-se os elementos de contraste que possuem baixa ordem de evocações. Nele consta termos: *imposição e discriminação*. A zona de contraste revela a existência de um grupo minoritário que possui uma representação diferente. Contudo, ainda se percebe que esses tendem a se associar aos significados da primeira periferia da representação, com elementos de atitude negativos, pelo abuso do poder, e negação da sua autonomia e levando a mulher a se sentir desvalorizada como pessoa.

## Análise de similitude da RS de mulheres acerca da violência obstétrica no trabalho de parto e parto

A análise da co-ocorrência das categorias permite a visualização da organização da representação social a partir da força com que os elementos se ligam uns aos outros. Assim, obtém-se uma árvore máxima que mostra a centralidade e a conexidade dos diversos elementos (ABRIC, 2003).

O exame da organização da representação social da violência obstétrica, nos permite observar a centralidade das noções de *abandono* e *gritar*, como pode ser observado na Figura 1.

Figura 1. Análise de similitude da RS de mulheres acerca da VO no trabalho de parto e parto. Peru, 2015.



Fonte: Elaborado pela autora, (2016).

Na árvore máxima de similitude ilustrada na figura anterior (Figura 1), pode-se observar que os elementos de maior centralidade são *abandono* e *gritar*, observa-se ainda uma co-ocorrência de 68 vezes entre esses dois elementos, o que significa que ambos foram evocados juntos por este número de vezes. Portanto, pode-se afirmar que a noção *abandono* e *gritar* são centrais para a representação social da violência obstétrica, já que organizam os outros elementos em seu redor e mantêm com eles forte conexidade. Isso evidencia o papel organizador dos mesmos para o significado acerca do objeto de representação aqui investigado demonstrando a variedade de noções e valores através da articulação direta uma com as outras.

A noção de *abandono* é central para a representação da violência no trabalho de parto e parto, mantendo conexões com os termos *indiferença* e *demora da atenção*, e com menos intensidade,

*discriminação, ameaças, proibição do acompanhante e episiotomia.* A maioria desses termos pertence à segunda periferia, exceto *indiferença e demora da atenção* do Núcleo Central e *discriminação* à zona de contraste.

Estes elementos evidenciam uma reflexão sobre a violência no parto, representado por abandono, gerado por indiferença, demora da atenção, e pela proibição do acompanhante no trabalho de parto e justamente por estar sem acompanhantes sofrem ameaças, são discriminadas e ainda são desfavorecidas por apresentam a maior utilização de procedimentos desnecessário como a episiotomia levando a uma violência obstétrica institucional.

Enquanto a categoria “*gritar*”, estabelece uma forte conexão com *toque vaginal dolorido, impaciência e insultar*” e com menos intensidade, *falta de orientação, bater, imposição e toque vaginal repetido*. A maioria desses elementos pertence a primeira e segunda periferia, exceto a imposição à zona contraste e toque vaginal dolorido ao núcleo central. Podemos evidenciar nesta categoria a representação da violência no trabalho de parto e parto, está evidenciada, majoritariamente, por uma violência física e verbal que afetam essa população em particular.

## DISCUSSÃO

Como podemos observar nas características das mulheres prevalece a idade entre 21 a 29 anos com (51%). Desta forma podemos observar, que predominaram as mulheres na fase adulta (mais da metade delas). Quanto a estado civil, a maioria estava na condição de união estável, quer dizer teve um predomínio de mulheres contavam com seu parceiro. Quanto à escolaridade, a maioria também possuía ensino médio. No que se refere à profissão/ocupação, prevalece a do lar, o que significa que a maioria de mulheres fica no lar pela criança para amamentar, cuidar de seu filho, e muitas delas tinham algum tipo de negócios em casa, para ajudar economicamente a família. Em relação a renda familiar prevalecem aquelas com até 1 salário mínimo, isso significa que a maioria das mulheres que participaram deste estudo, tinha uma renda familiar baixa.

Em relação a paridade prevalecem as múltíparas, uma vez que a maioria das mulheres teve mais de dois filhos. Quanto ao controle pré-natal prevalece com máximo 13 consultas pré-natal. Segundo o Ministério de Saúde peruano (2004), as mulheres devem realizar no

mínimo 6 controles para definir como controlada, isto quer dizer que as mulheres estavam sensibilizadas sobre a importância do controle pré-natal, para o cuidado da saúde dela e seu futuro filho.

As características ou perfil sociodemográfico, têm sido estudados como fator associado à violência contra a mulher no trabalho de parto e em forma geral da violência contra a mulher, dentro os quais se destacam nível socioeconômico baixo, cor, raça, sexo, classe, entre outros (DURANT, 2005).

A maioria das mulheres que vivenciou a violência no trabalho de parto e parto neste estudo possuía uma renda familiar baixa, assim como, baixa escolaridade e a maioria se dedicava ao lar. Estas características sociodemográficas, como a baixa escolaridade, atrelada à falta de informação, favorecem as desigualdades tornando as relações de poder no trabalho de parto e parto autoritário e humilhante. A prevenção da violência real ou simbólica contra a mulher passa pelas ações de empoderamento das mesmas.

Considerando este contexto marcado por preconceito, por diferenças econômicas e sociais, é possível identificar as representações sociais dos sujeitos que vivenciam a violência no trabalho de parto e parto foram construídas. Essas representações se constituem de um sistema integrado por dois componentes, o núcleo central e os elementos periféricos, os quais funcionam como uma entidade, onde cada parte tem um papel específico e complementar à outra.

Tendo em vista os pressupostos teóricos da teoria do núcleo central, o quadrante superior esquerdo do quadro 1, provável núcleo da representação, é constituída pelos elementos mais frequentes e mais prontamente evocada pelas participantes deste estudo. Então o sistema central, nos seus papéis de gerador e organizador da representação, mostra-se como um elemento mais estável e rígido, pouco tolerante a modificações. Destaca-se que uma representação social é estruturada quando contém dimensões conceituais, imagem e atitudinais (MOSCOVICI, 2011), estas dimensões foram identificadas nas representações da violência vivenciadas pelas mulheres no trabalho de parto e parto.

Nesta pesquisa os termos *abandono* e *gritar* foram o mais frequente e prontamente evocados, constituindo na possível centralidade das Representações Sociais da violência obstétrica. A análise de similitude reitera a conexão entre esses dois termos *abandono* e *gritar*. Esses resultados afirmam que a violência obstétrica esta representada pelas mulheres pela negligência do cuidado e pela violência verbal, Segundo Abric (1998). Estes elementos que se encontram no núcleo

central, estão ancorados dentro da estrutura cultural das mulheres.

O núcleo central de uma representação liga-se as condições históricas, sociológicas e ideológicas, diretamente associados aos valores e normas, definindo os princípios fundamentais em torno dos quais se constituem as representações (ABRIC, 2001).

Os termos *abandono e gritar* foram o mais frequente e prontamente evocadas. A possível centralidade da RS, da violência no trabalho de parto e parto, está caracterizada pela negligência do cuidado, considerada como abandono e violência verbal, considerada como gritar, demonstram a ocorrência da violência dos profissionais para com as parturientes. A análise de similitude reitera a conexão entre esses dois termos *abandono e gritar*.

No entanto, a expressão *abandono* foi evidenciada no núcleo central como a mais frequente e precocemente enunciada, o que a coloca como o elemento mais importante desse quadrante. Estudos afirmam que o abandono se caracteriza como negligência do cuidado, o que se caracteriza como a primeira violência vivenciada pelas mulheres parturientes, permanecendo sozinhas e afastadas dos seus familiares, e sem a presença dos profissionais de saúde (LEAL et al., 2016).

É importante que o profissional de saúde que presta cuidado às mulheres parturientes estabeleça um vínculo no momento do parto, não apenas com o objetivo de monitorar a gravidez, mas no sentido de um acompanhamento humano que fortaleça a mulher. Caso contrário, qualquer situação de dor ou de medo se transforma em sofrimento e desamparo (AMORIN, 2015).

O termo *gritar* foi a segunda mais evocada no NC, refere-se às formas do tratamento verbal no cuidado. Esse termo é considerado como violência verbal, frequentemente presente em falas grosseiras, desrespeitosas e discriminatórias para com as pacientes e em desatenção quanto as suas necessidades (OMS, 2014; PICLKES, 2015).

Estudos referem que a violência verbal é considerada como a segunda violência mais vivenciada pelas mulheres no trabalho de parto e parto, deixando a parturiente apavorada e insegura (DINIZ, 2009; LEAL, et al., 2016). E, nesse sentido, é preciso existir um clima de respeito, confiança e afeto entre os membros da equipe, baseados no respeito das próprias individualidades, expressando-se através de gestos de amor, do ouvir o dito e o não-dito, do observar, tomando como veículo técnicas específicas que só serão humanizadoras se houver envolvimento do profissional com o cliente (WOLFF; WALDOW, 2008).

Quantos aos termos evidenciados como *indiferença e demora da atenção*, também estão considerados como negligência do cuidado e

forma parte do núcleo central. A presença destes elementos no quadrante esquerdo que representa o núcleo central são a apresentadas de atitudes negativas configuram o não-cuidado à cliente, quando o profissional de saúde se mostra indiferente e insensível a ela (WOLFF; WALDOW, 2008).

Outros estudos revelam as indiferenças e a demora da atenção tornando-se rotina entre os profissionais de saúde que se esquecem do ser, da pessoa que está ali sob seus cuidados. É fundamental que o acompanhamento de trabalho de parto e parto seja um momento de confiança e segurança entre profissional e cliente (WOLFF, WALDOW, 2008; SANTOS, SOUZA, 2015).

Os termos *toque vaginal dolorido* e *repetido* identificados no núcleo central e periférico, identifica-se como violência física. As mulheres contextualizam esses termos como agressão e exposição do corpo. Estudo identifica que a realização de toques vaginais, muitas vezes frequentes e realizados por mais de um examinador, em intervalos de tempo pequenos, prejudica a evolução fisiológica do trabalho de parto e parto, causando desconforto e edema de vulva (WOLFF; WALDOW, 2008).

O número de exames de toque vaginal deve ser limitado e, ser evitado até que a parturiente esteja na fase ativa do trabalho de parto. Quando realizado por estudante deverá ser confirmado pelo seu supervisor somente após consentimento da parturiente, pois em nenhuma circunstância a mulher deve ser coagida a passar por exames vaginais frequentes e repetidos feitos por vários prestadores de serviço ou treinandos. Porém o que se verifica na prática é a ênfase na realização do procedimento e o uso das mulheres como material de ensino, em detrimento do aprendizado e independentemente da indicação criteriosa do procedimento (OMS, 1996).

Os elementos periféricos constituem a interface entre o núcleo central e a situação concreta qual a representação é elaborada ou colocada em funcionamento (ABRIC, 1998). Na primeira periferia encontra-se o termo *impaciência*, sendo o único elemento que pertence a esta periferia e encontra-se fortemente conectado ao termo gritar em análises de similitude. Observa-se que este termo ou elemento representa a atitude negativa dos profissionais de saúde que prestam cuidado às mulheres no trabalho de parto e parto, e possivelmente fruto desta atitude, percebe-se a violência tanto verbal, física e psicológica ou emocional.

No que se refere à segunda periferia, como *insultar, falta de orientação, bater, toque vaginal repetido, proibição do acompanhante,*

*ameaças e episiotomia*. Na análise de similitude, a maioria desses termos tem conexão a com centralidade abandono. Estas práticas são percebidas facilmente pelas mulheres, porque estão relacionadas à violência física, violência verbal e outros procedimentos desnecessários, que banalizam a violência no trabalho de parto e parto.

Os termos *insultar* e *ameaças* relacionam-se com julgamentos por parte dos profissionais que prestam cuidado às mulheres parturientes. Estudos revelam que muitas vezes a mulher chega ao momento do parto insegura, amedrontada, frágil, e vulnerável, e não é raro que a mulher ouça da equipe de saúde comentários insultos ofensivos, humilhantes e ameaças (DINIZ, 2009; MOYER et al., 2014). Com isso, é constantemente coagida a colaborar com o modelo de parto imposto e esperado pela Medicina, que desconsidera sentimentos e subjetividades (AMORIM, 2015).

Quanto à *falta de orientação*, foi empregada pelas mulheres como informação negada, é aquela que é solicitada, procurada, mas não é dada por razões diversas, ou seja, não se atende ao apelo do outro que procura pela informação (SANTOS; SOUZA, 2015). Nesse sentido, e em conformidade com os relatos das mulheres, fica evidente uma relação de poder médico sobre a paciente. Um estudo identifica que as solicitações de informações não são atendidas, o médico muda de assunto e não responde aos questionamentos da puérpera, gerando insegurança na mulher (AMORIM, 2015). Faz-se necessário um cuidado com orientações a cada procedimento, valorizando a participação ativa das parturientes e respeitando o momento de dor (WOLF; WALDOW, 2008).

Nas orientações fornecidas pela OMS desde 1996, sobre o parto humanizado, determina o fornecimento de informações tranquilizadoras à parturiente. Quanto mais informada estiver a puérpera e sua família, melhor será sua preparação psicológica e, conseqüentemente, menor será o medo ao desconhecido. Esses fatores também contribuirão para uma melhor percepção da dor do parto, pela parturiente.

O termo *falta de acompanhante*, é empregado pelas mulheres como falta de apoio emocional. A presença do acompanhante de livre escolha da parturiente favorece sentimentos de segurança e conforto. A limitação de um acompanhante por parturiente ainda representa um grande desafio para a atenção à saúde da mulher (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

No Brasil existe a Lei do Acompanhante ou Lei 11.108 (BRASIL, 2005), que entrou em vigor em 2005 e prevê a presença de um acompanhante, escolhido pela gestante, que deve estar presente em

todos os momentos do parto e pós-parto. Porém no Peru ainda não existe uma lei sobre este tema.

Ainda quanto aos termos *bater* e *episiotomia*, presentes no quadrante da segunda periferia, além de indicarem dimensão conceitual e imagética da representação, demonstram que a ocorrência da forma física da violência, deixa marcas no corpo da mulher. O termo “bater” é um elemento com maior probabilidade das mulheres identificarem a violência no trabalho de parto e parto. Esta violência pode ser identificada como agressão com toques com força física, uso de fórceps, manobra de Kristeller (SANTOS; PEREIRA, 2012).

Estas práticas que são utilizadas rotineiramente pelos profissionais de saúde, apesar de serem amplamente divulgadas pela OMS desde 1996 como prejudiciais ou ineficazes, devendo ser eliminadas no cuidado ao parto. É preciso ter claro que práticas utilizadas de modo inadequado influenciam negativamente a experiência do parto, associando-se diretamente a violência obstétrica, além prejudicar o seguimento fisiológico, torna a parturiente, suscetível a complicações.

Por outro lado, as mulheres parturientes, contextualizam o termo *episiotomia*, como violência no trabalho de parto e parto, por ser tratar de um procedimento que resulta em milhares de lesões inúteis, arriscadas e danosas sobre os genitais femininos. Neste particular, em relação à episiotomia, não existem evidências confiáveis que o seu uso liberal ou rotineiro tenha um efeito benéfico, mas há evidências claras de que pode causar dano (OMS, 1996).

A episiotomia quando analisada como uma mutilação ritual retrata o corpo da mulher pela medicina como uma máquina essencialmente defeituosa, cujo controle e aperfeiçoamento cabem à ciência (SANTOS; SOUZA, 2015). Assim, evidencia-se o processo de naturalização dos corpos femininos com base na sua medicalização, ou seja, permitindo a apropriação médica desses corpos como objetos de seu saber (SOUZA, ALMEIDA, REIS, 2009; SANTOS, SOUZA, 2015).

Desta forma, os partos, e não as mulheres parindo, deixam de ser um assunto de âmbito privado e assumem a face pública, e devem ser dirigidos e controlados com toda a sorte de intervenções possíveis. E, cabe a elas suportarem resignadamente a dor imposta pelos procedimentos naturalizados como parte do processo a fim de assegurar o “sucesso” do nascimento (SOUZA; ALMEIDA; REIS, 2009).

Ainda as mulheres parturientes verbalizam as representações sociais da violência no trabalho de parto e parto, como zona de contraste, *imposição e discriminação*, sendo evocadas por um pequeno

número de participantes e ao contrário de uma possível oposição amparam os elementos do núcleo central e denotam características advindas a violência no trabalho de parto e parto.

O termo *imposição* demonstra como a equipe de saúde presta o atendimento desconhece, impondo-lhe uma situação contrária ao desejo da parturiente, obrigando-a a fazer o que não concorda ou que moralmente não aceita. O agressor avilta a liberdade da pessoa agredida, e percorre a trilha da violência dos direitos humanos (LEOCÁDIO, 2014).

Praticados no âmbito das relações profissionais ou afetivas e íntimas, os atos violentos apresentam características comuns, relação de poder desigual entre os sujeitos envolvidos; imposição e força; medo, submissão e privação da liberdade, momentâneos ou duradouros. A violência é, portanto, a ação de um sujeito que, ao subjugar a outro, seja pela força física, pelo assédio moral ou sexual, obriga-o a fazer algo que por sua livre escolha não o faria. Ação de quem se julga, por um momento ou indefinidamente, no direito de impor a sua vontade ou desejo a outra pessoa, tendo ou não consciência plena desse julgamento (WOLFF; WALDOW, 2008).

Quanto ao termo *discriminação*, este pode elucidar determinadas atitudes tomadas por certos indivíduos acometidos pela diferença social, por ser pobre, pela cor da pele, levando a muitos procedimentos desnecessários e violentando os direitos das mulheres. Como podemos evidenciar no estudo de Leal et al. (2016), as mulheres socioeconomicamente desfavorecidas, apresentaram maior utilização de procedimentos dolorosos, como a aceleração do trabalho de parto e baixo uso de analgesia obstétrica, e naquelas com o menor nível de escolaridade, onde foi comum uso de ocitocina, amniotomia e episiotomia, e menos frequente o uso de analgesia.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os elementos caracterizadores das representações sociais de mulheres acerca violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto, evidenciamos nas características sociodemográficas, que prevaleceu a idade entre 21 a 29 anos, sendo a maioria de ensino médio, quase todas tinham ocupação no lar e tendo a maioria renda familiar baixa. Em relação da paridade prevalecem as mulheres múltíparas, com condição de controlada no pré-natal. Mas, destacam-se neste estudo que maioria das mulheres que vivenciou a violência no trabalho de parto e parto era de nível socioeconômico baixo.

Quanto a análise prototípica das representações sociais, caracterizado pelo sistema central, sistema periférico e zona de contraste, destaca-se o sistema central pelos termos *abandono*, *gritar*, *indiferença*, *demora da atenção* e *toque vaginal dolorido*.

Todavia, as palavras mais evocadas pelas mulheres, foram *abandono*, considerada como a negligência do cuidado e *gritar*, caracterizada como violência verbal. A análise de similitude reitera a conexão entre esses dois termos *abandono* e *gritar*. Demonstra que os elementos de maior centralidade *abandono* é organizado dos outros elementos da representação, a partir do qual se estabelecem as conexões com os demais termos, sendo o maior índice, com o termo *gritar*.

Neste sentido, trata-se de uma representação de elementos que indicam diferentes dimensões conceituais, imagética e atitudinais da violência, fundamentada em aspectos considerados insatisfatórios na experiência da parturição, retratando a violência como a negligência, violência física, violência verbal ou emocional.

Podemos evidenciar que os elementos caracterizadores das representações sociais da violência obstétrica institucional de mulheres no trabalho de parto e parto, possibilitam a problematização desse fenômeno com as mulheres parturientes. Ficou evidente que as relações sociais dentro desse ambiente foram assimétricas e pautadas na negligência do cuidado, da violência verbal, físicas e psicológicas.

Acredita-se ainda que esses resultados possam contribuir para o delineamento de leis, políticas públicas para legislar em favor das mulheres e crianças no processo de nascimento, de modo que os processos de trabalho de parto e parto sejam experiências gratificantes para as mulheres. Assim como, para construir uma sociedade mais saudável e igualitária, um exemplo disso pode ser o direito do acompanhante e o consentimento verbal e escrito para os procedimentos durante o trabalho de parto e parto.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs). Estudos interdisciplinares de representação social. 2. ed. Goiânia (GO): AB, 2000. p. 27-38.

\_\_\_\_\_. Metodología de recolección de las representaciones sociales. In: ABRIC, J. C. (Org.). **Prácticas sociales y representaciones**. México:

Ediciones Coyoacán, 2001. Cap. 3. p. 53-74.

AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)– Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/>>. Acesso em: 17 abr. 2014.

AMORIM, M. C. **Experiências de parto e violação aos direitos humanos: um estudo sobre relatos de violência na assistência obstétrica.** 2006. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Direitos Humanos, Universidade de Goiás, Goiânia (GO), 2015.

ARGUEDAS RAMÍREZ, G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. **Cuadernos Inter.cambio sobre Centroamérica y el Caribe [Internet]**, San José, Costa Rica, v. 11, n. 1, p. 145-69, ene./jun. 2014. Disponível em: <[//revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530](http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530)>. Acesso em: 05 jun. 2014.

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. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília (DF): **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 08 abr. 2005. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 17 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 13 jun. 2013, n. 12, seção 1, p. 59.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo (SP), v. 19, n. 2, p. 313-26,

2009.

DURAND, J. G. **Gestação e violência**: estudos com usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. 2006. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo (SP), 2006.

LEAL, G. C. G. et al. Práticas de atenção perinatal em maternidades de risco habitual: avaliação na perspectiva de mulheres. **Cogitare Enferm.** Curitiba (PR), v. 21, n. 2, p.01-08, abr/jun 2016.

LEOCÁDIO, E. Violência e direitos humanos, 2007. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/rhamas/violenciadire.html>>. Acesso em: 17 abr. 2014.

LONGO, C. S. M.; ANDRAUS, L. M. S.; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enf. [online]**, v. 12, n. 2, p. 386-91, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/download/5266/6945>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. L'analyse de similitude appliquéé aux corpus textuelles: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. In: 11EME JOURNÉES INTERNATIONALES D'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES TEXTUELLES (JADT), Liège, Belgique, 2012, p. 687-99.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. 9. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011.

MOYER, C. A. *et al.* "They treat you like you are not a human being": maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. **Midwifery**. v. 30, n. 2, p. 262-8, feb. 2014.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa (PB): Ed. da UFPB, 2005. p. 573-603.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014.

PERU. Ministerio de Salud. Direccion General de Salud de las personas. **Guias de Nacional de Atención integral de la salud sexual y**

**reproductiva**. Lima (Perú): Ministerio de salud, 2004. Disponível em: <[http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63\\_guiasnac.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2014.

PINTADO-CUCARELLA, S.; PENAGOS-CORZO, J. C.; CASAS-ARELLANO, M. A. Síndrome de desgaste profissional em médicos y percepción de la violencia obstétrica. **Ginecol. Obstet. Mex.** v. 83, n. 3, p. 173-8, mar. 2015.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SANTOS, L. M.; PEREIRA, S. S. C. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Physis [online]**, Rio de Janeiro (RJ), v. 22, n. 1, p. 77-97, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a05.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

SANTOS, R. C. S.; SOUZA, N. F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP) [online]**, Macapá, v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/viewFile/1592/rafaelv5n1.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

SOUZA, K. V.; ALMEIDA, M. R. C. B; REIS, R. Mulheres e profissionais de saúde: a assistência ao parto normal com enfoque nas evidências científicas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, VI: Qualificação da atenção e dos recursos humanos de enfermagem em saúde da mulher e do recém-nascido; Teresina, 24 a 26 de junho de 2009. Anais. Teresina, 2009, 18p.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev. Bras. Med. Família Comunidade**. Rio de Janeiro (RJ), v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/download/1013/716>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc. [online]**, São Paulo (SP), v. 17, n. 3, p. 138-51, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Classification of practices in normal birth. In: Care in normal birth: a practical guide. Geneva, WHO, 1996. p. 34-7. (Technical Report Series, FRH/MSM/96.24).

5.2 MANUSCRITO 3 - A MAIOR DOR DO PARTO:  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES ACERCA DA  
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL

**A MAIOR DOR DO PARTO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE  
MULHERES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA  
INSTITUCIONAL**

**THE GREATEST PAIN OF CHILDBIRTH: SOCIAL  
REPRESENTATIONS OF WOMEN ABOUT INSTITUTIONAL  
OBSTETRIC VIOLENCE**

**EL MAYOR DOLOR DEL PARTO: LAS REPRESENTACIONES  
SOCIALES DE MUJERES SOBRE LA VIOLENCIA  
OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL**

Maria de Jesus Hernández Rodriguez<sup>1</sup>  
Evangelia Kotzias Atherino dos Santos<sup>2</sup>  
Andreia Isabel Giacomozzi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Bolsista de CAPES- PROEX. Membro Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR). Endereço para correspondência: Rua: Ana Maria Nunes, nº 188, Bairro Córrego Grande. CEP: 88040-900, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Telefone: (48) 9804-3686. E-mail: mjhr\_25@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC, Membro e Líder do GRUPESMUR/PEN/UFSC, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: evanguelia.ufsc@gmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Psicologia (UFSC). Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da UFSC, membro do LACCOS – Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: agiacomozzi@hotmail.com

**RESUMO:**

**Objetivo:** conhecer as representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto. **Métodos:** Pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, desenvolvida em um hospital público de uma cidade do Peru. Utilizou-se a Teoria das Representações Sociais como referencial teórico. Participaram do estudo 30 mulheres parturientes. Os dados foram coletados por um roteiro de entrevista semiestruturada no período de janeiro até março de 2015. Para análise dos dados utilizou-se a análise temática de conteúdo. **Resultados:** representações sociais da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto evidenciaram-se negligência no cuidado, vivência da violência verbal e física no cuidado. Estas maculam o processo, marcando a vida da mulher tanto física, psicologia e emocional **Conclusões:** É necessário rever as atitudes dos profissionais de saúde, a fim de buscar a excelência na prestação dos serviços de saúde e valorização da dignidade humana.

**Descritores:** Violência; Parto; Percepção Social; Enfermagem Obstétrica.

**Abstract:**

**Objective:** To know the social representations of women about obstetric violence in labor and delivery. **Methods:** exploratory Research, descriptive, qualitative approach, developed in a public hospital of the city of Peru. We used the Theory of Social Representations as a theoretical framework. The study included 30 women nursing mothers. The data were collected by a script of semi-structured interviews in the period from January until March 2015. For data analysis we used the analysis of thematic content. **Results:** social representations of violence obstetric institutions in labour and delivery is represented by the negligence in the care, experience of verbal violence. These maculam the process, marking the woman's life both physical, psychology and emotional. **Conclusions:** need to be revised attitudes of health professionals, in order to pursue excellence in the provision of health services and enhancement of human dignity.

**Descriptors:** Violence; Childbirth; Social Perception; Obstetric Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer las representaciones sociales de mujeres acerca de la violencia obstétrica institucional en el trabajo de parto y parto.

**Métodos:** Investigación exploratoria y descriptiva con enfoque cualitativo, desarrollada en un hospital Público en una ciudad de Perú. Se utilizó la Teoría de las Representaciones Sociales como referencial teórico. Participaron en el estudio 30 mujeres parturientas. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas semi-estructuradas, de enero a marzo 2015. Para el análisis de los datos se usó el análisis temático de conteúdo.

**Resultados:** representaciones sociales de la violencia obstétrica institucional en el trabajo de parto y nacimiento é representada por la negligencia en la atención, las experiencias de violencia verbal y física en la atención. Este actos corrunpen el proceso , marcando vida de la mujer, tanto física , psicología y emocionales

**Conclusiones:** es necesario revisarse las actitudes de los profesionales de la salud con el fin de buscar la excelencia en la prestación de servicios de salud y elevar la dignidad humana.

**Descriptoros:** Violencia; Parto; Percepción Social; Enfermagem Obstétrica.

## Introdução

A violência apresenta várias faces e, neste texto, tem-se um tipo de violência bastante comum que ocorre no cenário das instituições de saúde, considerada como problema de saúde pública, pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014). A violência obstétrica institucional em maternidades tem sido tema de estudo em diversos países. Pesquisas demonstram que, além das dificuldades econômicas e estruturais que os serviços de saúde enfrentam, encontram-se subjacentes aos tratamentos vividos pelas mulheres no trabalho de parto e parto (DINIZ, CHACHAM, 2006; PINTADO-CUCARELLA; PENAGOS-CORZO; CASAS-ARELLANO, 2015).

A violência obstétrica que prevalece em países como Brasil, Peru, Tanzânia, México, Chile, Venezuela, Costa Rica, África do Sul, Canadá, Estados Unidos evidencia-se por violência por negligência, a violência verbal ou psicológica, incluindo tratamentos grosseiros, ameaças, gritos e humilhações, a violência física, incluindo a recusa deliberada da administração de anestésicos para aliviar o sofrimento das parturientes, e a violência sexual. Esses tipos assemelham-se aos praticados nas

relações interpessoais (BOWSER, HILL, 2010; GARCIA et al., 2012; MOYER et al., 2014; PICLKES, 2015).

Esta violência é pouco identificada e invisibilizada pelas vítimas, sendo, em geral, naturalizado e aceito por todas. Na sua forma mais específica, quando praticada dentro das maternidades, durante o período de trabalho de parto e parto, é perpetrada por agentes que deveriam proteger, garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e reparadora. Uma forma, infelizmente, muito comum de violência obstétrica institucional ocorre em função de práticas discriminatórias, sendo as questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual e religião um terreno fértil para ocorrência de tal violência (OLIVEIRA, 2015).

O controle da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto consiste em um desafio, tendo em vista a sua invisibilidade e não reconhecimento como violação dos direitos humanos. Ampliar os conhecimentos sobre o cuidado prestado às mulheres em trabalho de parto e parto, torna-se uma ferramenta valiosa para a avaliação do processo de atenção no atendimento obstétrico nas maternidades (LEAL; ANDRADE et al., 2016).

Desta forma, verifica-se a necessidade de promover mudanças na forma do cuidado das mulheres no trabalho de parto e parto. Este estudo assumiu como pressuposto a ideia de para mudar este tipo cuidado, é importante identificar que concepção os sujeitos envolvidos têm sobre ela. Nesse sentido, recorreu-se à teoria das representações sociais (RS), que se ocupa em estudar o conhecimento que o leigo utiliza para interpretar e compreender sua realidade vivenciada na sociedade (MOSCOVICI, 1978). Jodelet (2001) complementa que as RS são uma forma de conhecimento socialmente elaboradas e partilhadas com um objeto prático e contribui para a construção de uma realidade comum ao conjunto social.

Diante do exposto e considerando a relevância do tema, surgiu o interesse em investigar por meio de relatos de mulheres que tiveram seus filhos por parto vaginal, de que forma ocorre a violência obstétrica, como ela é representada. Este estudo tem como objetivo: conhecer as representações sociais das mulheres acerca da violência obstétrica institucional vivenciadas no trabalho de parto e parto.

## **Método**

Trata-se de um estudo tipo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, em uma maternidade do Hospital Regional de Loreto (HRL),

na cidade de Iquitos, Peru. A instituição é referência no atendimento obstétrico e neonatal. As participantes deste estudo foram 30 mulheres que tiveram seus partos e que estavam internadas nas Unidades de Alojamento Conjunto da Maternidade selecionada. O número de participantes definiu-se mediante a saturação das informações, ou seja, a repetição dos dados, além de responder às inquietações e aos objetivos do estudo (TURANO, 2003).

Os critérios de inclusão abrangeram mulheres (maior de 18 anos) que permaneceram internadas em trabalho de parto normal, pelo menos 6 horas no Centro Obstétrico, como critério de exclusão mulheres submetidas à cesarianas e mulheres expressarem o desejo de não participar do estudo, e as mulheres sem condições clínicas (físicas, mentais ou emocionais) adequadas para serem abordadas.

Os dados obtidos por meio de entrevistas semiestruturada aplicadas individualmente, gravadas, transcritas na íntegra, no período de janeiro a março de 2015. A entrevista é uma conversa com o objetivo de obtenção dos dados que interessam ao investigador (GIL, 2010). Na entrevista foram incluídas as seguintes informações: Características sociodemográficas, antecedentes obstétricos, perguntas sobre as vivências no trabalho de parto e parto, cujas respostas foram gravadas e posteriormente transcritas, com prévia autorização das mulheres entrevistadas.

Estes depoimentos foram organizados e trabalhados em base na técnica de Análise de Conteúdo, que apresenta três etapas: A pré-análise; Exploração do material e o Tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2011). Essa técnica foi selecionada para classificar os grupos de elementos a partir de títulos genéricos, cujo agrupamentos foi realizado segundo as características comuns dos elementos dos depoimentos. Na análise das falas oriundas das entrevistas, três grandes categorias temáticas foram encontradas: negligência no cuidado, vivências da violência verbal e violência física.

Os princípios éticos assegurados conforme a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado pelo sub número de parecer: 872.447 e do Hospital Regional de Loreto com parecer: 003-ID. As mulheres receberam todas as informações referentes à investigação, e as que aceitaram participar formalizaram a decisão através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nomes fictícios

substituíram os nomes verdadeiros, a fim de garantir o anonimato das participantes do estudo.

## **Resultados e Discussão**

Na análise das entrevistas, sob a ótica da compreensão das representações sociais, foram identificadas e descritas três principais categorias temáticas: negligência no cuidado, vivências da violência verbal no trabalho de parto e parto e vivências da violência física no trabalho de parto e parto.

### **Negligência do cuidado no trabalho de parto e parto**

Nesta primeira categoria temática, a violência é representada pela negligência do cuidado no trabalho de parto e parto, contendo três subcategorias: a hostilidade em vez do acolhimento; ausência da informação e indiferença; abandono ou falta de acompanhante no cuidado com a mulher no trabalho de parto e parto.

*A hostilidade em vez de acolhimento no ambiente obstétrico*, o processo de parturição num ambiente institucional marca a experiência do parto, facilitando-a ou dificultando-a, na medida em que o ambiente seja confiável e acolhedor ou frio e hostil. O depoimento das mulheres sobre o acolhimento na entrada do centro obstétrico foi representado por desfavorável e desconfortante para ela:

*Eu entrei no centro obstétrico com tanta dor, e fui recebida por uma profissional nada amigável, como uma cara séria, brava, com voz alta, que me deixou ainda mais nervosa, insegura (E 26).*

*Eu cheguei ao centro obstétrico, tiraram minha roupa no mesmo lugar, ali, na entrada de centro obstétrico, e fiquei pelada, fiquei com vergonha, porque tem muita gente lá passando vendo você pelada. Imagina, a gente não está acostumada a ficar nua assim. Logo depois colocaram uma bata, mas que era toda aberta na parte da bunda, então estava*

*tudo de fora, eu estava tão incomoda, isso é horrível mesmo, foi vergonhoso para mim. E o profissional de saúde indiferente com o que estava acontecendo (E27).*

O acolhimento é a primeira impressão para dar segurança as mulheres, especialmente emocional. Assim, consideramos o acolhimento em um ambiente social como uma série de dimensões e de interações da pessoa, que não pode ser avaliada de forma isolada, ao mesmo tempo em que ela não pode ser compreendida distante desse contexto (TURA, 2005). Neste sentido, Diniz e Chacham (2006), referem que o acolhimento negativo ou violento provoca sentimentos e emoções negativas, expressas por abandono, desgosto, tristeza, sofrimento, angústia, medo, desvalorização como mulher e sua vulnerabilidade aumenta, e sentimento de impotência, de perda e de ser traído por aqueles com quem se conta para ser cuidado.

**Ausência da informação e indiferença**, estas atitudes podem ser identificadas como uma das dimensões da representação social, ao verificar os julgamentos que os sujeitos emitem sobre o objeto de pesquisa (DOISE, 2001), neste contexto, as mulheres revelam ausência de informação e indiferença sobre o que está acontecendo com elas e com o bebê que vão a parir:

*Na verdade, para mim a atenção no parto foi ruim mesmo, não teve informação de nada sobre o que eles fazem com você. Você pergunta aos profissionais e eles nem te escutam, simplesmente, não estão nem aí para você. (E2).*

*Mas aqui neste hospital foi ruim mesmo, não recebi orientação de nada de nada mesmo, nem do obstetra no trabalho de parto. Falaram para mim que como já tinha filhos, não era necessário dar orientação, porque eu já sabia como era um parto, supostamente, porque era meu segundo bebê. (E3).*

*Eu queria perguntar como estava indo a dilatação, eles nem falavam, só faziam o*

*toque vaginal e diziam: ainda falta, ainda falta. Não te informam como está indo o parto e você fica angustiada sem saber o que fazer nesse momento. (E6).*

Estas atitudes dos profissionais geram sentimentos de angustia porque a mulher fica sem saber o que deve e pode fazer durante o trabalho de parto e o parto. Isto ocorre porque os médicos acreditam deter o saber necessário sobre o evento, estando assim melhor preparados para entender o que as mulheres precisam, mas não há sensibilidade para o que elas sentem e temem, pois, estes aspectos entram no campo subjetivo, em uma área negada pela tecnologia medicalizante da atenção ao parto (TEXEIRA; PEREIRA, 2006). Assim, esquecem do ser, da pessoa que está sob cuidado.

**Abandono no trabalho de parto e parto**, é representada pela ausência de respostas ao chamado da parturiente pelo profissional de saúde, realidade que fez com que as mulheres se sentissem abandonadas e desesperadas no trabalho de parto e parto:

*A gente se sente abandonada e isso me deu medo, porque estava sozinha, caminhando, eu não queria perguntar nada porque o pessoal nem responde, parece que nem escutam, tu pareces invisível. Eu precisava de ajuda para ir ao banheiro, chamava e ninguém respondia, o profissional só veio me ver quando o bebê já estava para nascer. (E20), (E23).*

*Eu estava sozinha no trabalho de parto, eu chamava e chamava para virem me ver, só vinha uma estagiaria, então eu peguei na mão dela pedindo ajuda, nesse momento, senti que o meu bebe estava saindo, a menina gritou ao obstetra que meu bebê estava nascendo. Eu estava parada, a obstetra veio correndo e o bebe nasceu na mão da obstetra, (E5).*

O abandono ou ausência do profissional de saúde no pré-parto representa para a mulher uma experiência que, além de assustadora, indica uma ameaça, já que o nascimento poderá ocorrer sem a presença do profissional de saúde. De acordo com Goer (2010), a mulher hospitalizada age basicamente como uma pessoa assustada, pois está num ambiente desconhecido e, em sua imaginação, tudo pode acontecer. Cabe à equipe de saúde, portanto, conhecer os mecanismos de comunicação que facilitarão o melhor desempenho de suas funções em relação à mulher, bem como melhorar o relacionamento entre os próprios membros da equipe de saúde.

As representações sociais têm como seus veículos privilegiados a comunicação e a conduta. A conduta humana é a expressão de uma síntese complexa que articula informações, valores, símbolos, hábitos, necessidades, interesses, imagens e desejos com o sentido atribuído pelos indivíduos, em suas relações sociais a um dado objeto. Para apreender as representações sociais, é necessária uma aproximação com o espaço onde a pessoa se comunica e age (TURA, 2005). Desta forma, é dever do profissional de saúde permanecer constantemente ao lado da mulher e oferecer suporte emocional e físico, utilizando as técnicas adequadas para o alívio da dor e respeitando a fisiologia natural do parto, evitando procedimentos desnecessários e reconhecendo os aspectos culturais envolvidos neste processo.

*A solidão no trabalho de parto e parto* é representada pelas mulheres pela ausência do acompanhante descrito, em alguns momentos, como uma opção e impedimento institucional. Como podemos identificar nas falas:

*No meu trabalho de parto eu estava sozinha, meu marido ficou fora com minha mãe, eles não entraram porque o pessoal de saúde não deixou. Eu teria gostado muito que alguém de minha família estivesse comigo, eu acho que isso ajudaria muito nesse momento de tanta dor para não ficar sozinha, abandonada. (E7).*

As mulheres ressaltam a importância do auxílio/ apoio no momento do trabalho de parto e parto, com a presença do acompanhante, podendo ser um familiar ou companheiro, para proporcionar tranquilidade e calma simplesmente por estar ao lado dela

nesse momento e fornecer carinho, atenção, controlar a ansiedade e evitar a solidão.

Estudos afirmam que a presença do acompanhante ajudaria a tranquilizar a mulher, favorecendo maior nível de satisfação com o parto, ainda quando a escolha deste foi realizada pela mulher, trazendo também benefícios para a mulher e para o recém-nascido (HODNETT et al., 2014). Essa recomendação corrobora aos resultados da presente pesquisa, em que foi verificado o desejo das mulheres parturientes em obterem a presença do acompanhante no centro obstétrico para proporcionar conforto físico e o suporte emocional. Ademais, a presença de um acompanhante evitaria solidão no processo do trabalho e parto e parto. Porém, na política de saúde peruana não existe lei do acompanhante, como existe no Brasil, lei 11.108 de 07 abril de 2005, onde os serviços de saúde são obrigados a ter presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto e pós-parto imediato, o qual deve ser indicado pela própria parturiente (BRASIL, 2005). A presença de um acompanhante familiar durante o cuidado no trabalho de parto e parto é uma das práticas reconhecidas como benéficas pela OMS, para atenção ao parto (OMS, 1996).

### **Vivências da violência verbal no trabalho de parto e parto**

A violência verbal está representada pelas mulheres pelo tratamento grosseiro e pejorativo, ameaças, gritos, repreensão, humilhação e abuso verbal da parte dos profissionais de saúde que prestam cuidado as mulheres parturientes, sendo esse um tipo de tratamento que deixa as mulheres inseguras, nervosas e, muitas vezes, desvalorizando-as como mulher e como ser.

**Tratamentos grosseiros e pejorativos**, pelos profissionais de saúde com uso de gritos, assumindo uma postura de perda de controle, deixando as parturientes apavoradas e inseguras, como percebemos nas falas das mulheres as quais tiveram o sentimento de terem sido tratadas como um “lixo”. Observa-se nas falas pejorativas:

*O pessoal que veio quando mudou o plantão foi terrível, porque a obstetra que entrou no plantão foi terrível, a obstetra era muito ruim, intratável, atendia chateada, estava brava, muito grossa, gritava. Quando eu estava caminhando e vinha a dor eu tinha que parar. Não é? E a*

*obstetra não gostava, ela me gritava: “não pare, continue caminhando, não fique fazendo força!”. Era tão dura, muito brava, quando fazia toque vaginal, ela gritava: “baixa a perna, abra a perna, batendo na perna”. Eu me senti tratada como um lixo, foi ruim mesmo. (E20).*

*Então, eu estava na sala do centro obstétrico, éramos três mães que estavam ali, estávamos caminhando e, quando vinha o dor, existiam mães que gritavam, porque a dor é muito forte. Não é? Então, um dos obstetras que estava cuidando de nós falou em voz alta para todos as mães, assim: “ não gritem, por acaso eu posso retirar esse dor que estão sentindo? Não podem ficar chorando e gritando como um cachorro, assim como vocês fizeram agora, tem que aguentar”. Isso eu não gostei mesmo, nos xingam, nos gritam, foi humilhante, simplesmente, nos tratam como qualquer coisa. (E28).*

Observou-se nos depoimentos das mulheres parturientes falas moralistas e pejorativas, tratamento como animais, gerando sentido de nervosismo, humilhação e depreciação como mulher, no momento no trabalho de parto e a dor. Entretanto, compreende-se que um ser humano sentir-se tratado como um lixo ou animal fere drasticamente o direito a igualdade, o direito a ser atendido com respeito e dignidade, além disso, fere a sua existência como ser humano. Situação semelhante foi vivenciada em outras pesquisas com mulheres parturientes, as quais referem que sofrem este tipo de violência, sendo os profissionais de saúde mal-educados e com falas grosseiras além de não levarem em consideração as colocações feitas por elas, desconsiderando-a como sujeito (QUIROZ; MARQUES; MOREIRA, 2007).

O profissional de saúde que deveria passar segurança, confiança para a parturiente, nesse momento de suas vidas, com sua conduta, aguçou seus medos e anseios. Refletir sobre esse fato faz reiterar a importância do preparo do profissional de saúde que prestar o cuidado a

mulher no trabalho de parto e parto. É de fundamental importância que os profissionais de saúde, indiferentemente do cargo que ocupam, tenham habilidade, competência técnica e controle emocional para prestar o cuidado e evitar a violência no trabalho de parto e parto (MILBRATH et al., 2010).

**Ameaças e repressão** são representadas pelas recriminações verbais, devido à manifestação da dor no processo do trabalho de parto e parto:

*No momento do parto, eu gritava devido a dor, mas o obstetra dizia para mim em voz alta: “pare de gritar”! Por você ser gritona vai ficar ali sozinha”. Então, eu fiquei em silêncio, aguentando a dor o tempo todo, fiquei em meu cantinho, para que o profissional cuidasse bem de mim e não me gritassem como faziam com as outras mães que estavam junto comigo. (E22).*

Em alguns dos depoimentos, as mulheres parturientes assumem atitude de passividade, aguentando a dor em silêncio, por medo de sofrer ameaças e recriminações verbais, como não receber atenção e o cuidado adequado, estes dados são corroborados por outros estudos sobre violência no trabalho e parto e parto (LEAL et al., 2014). Esta violência, que muitas vezes é vivenciada pelas mulheres de forma silenciosa, por medo ou por opressão, produz angústia num momento em que deveria estar ocorrendo acolhimento e cuidado adequado pelo profissional de saúde (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

O Ministério da Saúde peruano preconiza que o profissional permaneça constantemente ao lado da mulher e que ofereça suporte emocional e físico, utilizando as técnicas adequadas para o alívio da dor e respeitando a fisiologia natural do parto, evitando procedimentos desnecessários e reconhecendo os aspectos culturais envolvidos neste processo (PERU, 2004). A percepção da dor extrapola os limites da fisiologia do corpo, advém de um contexto cultural, e somente as mulheres que vivenciaram podem descrever. A dor, muitas vezes, é percebida como um aspecto intrínseco da parturição. Estudos mostram que o alívio da sensação dolorosa pode ocorrer com apenas o uso de métodos não farmacológicos, como a presença de um acompanhante, o uso de práticas descritas na literatura como a cadeira de balanço, a

acupressão, as massagens e o banho de aspersão, entre outros (CARRARO et al., 2008). Dessa forma, verifica-se que é possível aliviar a dor e evitar sofrimento emocional das mulheres no trabalho de parto e parto.

### **Vivências da violência física no trabalho de parto e parto**

A violência física é representada como agressão, procedimentos violentos como toques vaginais doloridos e repetidos, episiotomia, manobra de kristeller e contensão na posição ginecológica.

*Toque vaginal dolorido e repetidos*, o toque vaginal, uma rotina médica para todos as gestantes em trabalho de parto e parto, é uma técnica representada como algo desagradável, doloroso e constrangedor por todas as mulheres entrevistadas, porém, para algumas destas mulheres, foi ainda mais marcante que a dor do parto mesmo:

*O toque vaginal era muito ruim para mim, cada instante fazendo toque vaginal, por várias pessoas diferentes, eu me senti muito maltratada, envergonhada, já não aguentava mais estar lá (centro obstétrico), foi terrível, tanto toque vaginal dolorido, sem delicadeza, ficava ainda mais nervosa. (E30).*

*Esse toque vaginal dolorido, maldito toque, dói mais que a dor do parto, foi terrível. (E1).*

*No trabalho de parto havia muita gente, no toque vaginal tinha muita gente, no parto tinha muita gente, meu Deus, eu tinha vergonha de abrir minhas pernas, porque tanta gente, mas eu não dizia nada, só tinha que abrir minha perna, eu ficava muito constrangida, sentia muita vergonha, todo aquilo eu fazia por meu bebê. Você não pode dizer nada porque eles são os médicos. Não é? (E18).*

Nesses depoimentos constatam-se a violência obstétrica por procedimentos como toques vaginais dolorosos e frequentes, realizados por vários profissionais, que as deixavam mais nervosas e contraídas naquele momento e também houve o questionamento sobre o número de pessoas que ficam ao seu redor. Por outro lado, não pode passar despercebida a queixa quanto à exposição do corpo dessas mulheres, em especial da região genital, causando transtornos e constrangimentos, além da grande circulação dos profissionais no ambiente, o que amplia o descontentamento causado e relatado pelas depoentes.

Nesse sentido, os profissionais devem tratar a mulher com respeito e privacidade para não causar constrangimentos e inibições, e assim contribuir para a evolução do trabalho de parto e parto, evitando dificultá-los. Deve-se rejeitar a coisificação do corpo humano, que não pode ser reduzido a um meio, não pode ser apropriado como uma coisa ou se tornar um artigo puramente utilitarista. Por outro lado, não pode ser separado da subjetivação do ser humano, ou seja, corpo-mente-espírito (WOLFF; WALDOW, 2008).

A equipe de saúde não pode e não tem o direito de tratar o corpo físico sem levar em conta o seu íntimo, o corpo subjetivo em que, desde nossa tenra infância, reverte em tantos desejos e angústias, símbolos e ideias. Nesse momento, cabe aprofundar a reflexão sobre a questão ética que comporta o desenvolvimento das atividades dentro de uma maternidade. Sobre a ética, Aguiar, Oliveira e Schraiber (2013), escreve que o direito à privacidade tem seus fundamentos na dignidade da pessoa humana. A tentativa de proteger e resguardar a mulher caracteriza-se por gesto humano no cuidado, que corresponde ao respeito. A violação da privacidade é um atentado à sua dignidade, não pelos atos em si, mas pela forma como se processam, podendo levar a mulher a sentir-se embaraçada, humilhada, invadida, enfim, despersonalizada e sujeita a constrangimento (WOLFF; WALDOW, 2008). Dessa forma, a relação profissional-mulher deve ser vivida num ambiente humanizado por atitudes e gestos que promovam dignidade, autoestima, privacidade e individualidade.

*Episiotomia como rotina na maternidade*, foi representada como uma violência física, por causar dor, desconforto no local, pelo corte na região do períneo da mulher. Esses procedimentos são realizados a partir de uma opinião pessoal dos profissionais, que reproduzem essas práticas nas maternidades, mesmo com as evidências científicas demonstrando os prejuízos que tais procedimentos provocam a saúde da mulher, porém ainda são praticadas como evidenciam as falas:

*Esse corte na vagina é tão dolorido, incomoda muito, eu queria ter sem esse corte, mas os profissionais disseram que todas as mulheres fazem isso, para ajudar a ter o bebê, então eu fiquei calada e pensei: o que para ser, já estava feito. Mas eu teria gostado de ter meu bebê sem esse corte. (E 24), (E29).*

*Eu queria ter meu parto normal, sem corte, mas o médico fez o corte vaginal sem dizer nada, só fazem e pronto, parece que a gente é um simples objeto, que nem fala e nem escuta. O que a gente te para fazer nesse momento é só deixar, tudo isso pela saúde de meu bebê. (E8).*

As mulheres relatam que são submetidas a procedimentos desnecessários que aumentam a dor e desconforto, não recebem explicação e não participam das decisões sobre o seu próprio corpo. Essas práticas desencadeiam sofrimento e fragilizam a autonomia das parturientes, que, em alguns momentos, naturalizam esta violência obstétrica. Estudos evidenciam que episiotomia tornou-se uma rotina na assistência ao parto com a finalidade de reduzir danos, mas estudos controlados demonstram que este procedimento aumenta o risco de laceração perineal grave, de infecção e hemorragias, além de complicações como incontinência urinária e fecal (RAISANEN et al., 2011; CAMACARO et al., 2015). Portanto, as novas diretrizes desestimulam o seu uso rotineiro.

Esses procedimentos, além de aumentarem a dor e o sofrimento da parturiente, não permitem que ocorra a evolução natural do parto com as dimensões psicológicas e espirituais próprias deste momento e desrespeitam as percepções das mulheres sobre o processo e seu próprio corpo (GOER, 2010). Este é mais um aspecto da violência simbólica que ocorre nas maternidades, aonde a margem da liberdade e do poder médico justifica a adoção de determinadas práticas, mesmo que haja uma conduta cientificamente validada dizendo o oposto do que está sendo realizado. A relação hierárquica e a assimetria de poder que estrutura a prática médica são ainda mais evidentes nos serviços públicos de saúde, onde a população incorpora a verdade da classe dominante e passa a acreditar que estes procedimentos são importantes e necessários

(SANTOS; SOUZA, 2015).

A *manobra de Kristeller*, é percebida como uma violência obstétrica porque consiste em uma manobra na qual é exercida pressão sobre a porção superior do útero, no intuito de fazer o bebê sair mais rápido. Estudos evidenciam que, essa tentativa de agilizar o processo pode trazer prejuízo tanto para a mãe quanto para o bebê. A mãe pode fraturar as costelas e também pode haver descolamento da placenta, já o bebê pode sofrer trauma encefálico (PEREIRA, 2016). Embora já condenada e constatado em investigação científica, verifica-se ainda a sua realização por meio das falas das entrevistadas:

*Meu parto foi ruim, o médico abria minhas pernas, apertava minha barriga com muita força que até agora sinto muita dor nas costelas. Eu sentia que estavam me machucando, mas eu não falei nada. (E9), (E25).*

*Na sala de parto, eu tinha tanto dor que fazia força e mais força e o bebê não queria nascer, logo veio uma obstetra e pegou tão forte na minha barriga que eu falei para que não me apertasse porque estava doendo e ela falou que estava me ajudando, e logo o bebê nasceu. (E29).*

No que se percebe nas falas das mulheres estas práticas são um tipo violência física claramente marcada no corpo da mulher que prejudica e degrada a sua saúde física e psicológica. O processo de naturalização das ações e práticas violentas, cotidianamente executadas nos corpos das parturientes, dentro dos serviços de saúde, pode estar relacionado, na maioria das vezes, a concordância das mulheres na realização destas, principalmente por falta de conhecimento (VENTURI; GODINHO, 2013). Estudos corroboram com os achados desta pesquisa, uma vez que a manobra ainda é realizada com frequência na assistência ao parto, ainda se salienta que os próprios profissionais de saúde reconhecem que a manobra de Kristeller é proscrita, porém continuam a realizá-la, apesar de não a registrarem em prontuário (LEAL, et al., 2014).

*Imposição de posição ginecológica*, esta prática também foi representada como uma violência obstétrica, pela humilhação de serem

amarradas, tanto pernas e braços, sentindo dor física, como percebe-se nas falas:

*Quando estava na sala de parto, foi ruim mesmo, eles gritavam para mim: “faz força, seu bebe vai morrer por sua culpa”. Eu estava crucificada, meus dois braços estavam apertados pelos dois profissionais de saúde e minhas pernas apertadas por outros profissionais. Eu me senti aprisionada, eu me senti péssima, meu parto foi, realmente, uma experiência ruim, olha minhas pernas, meu braço machucado, ainda dói. (E21).*

As falas acima demonstram que as mulheres tentam levantar para ficar em uma posição mais verticalizada, mais fisiológica, o que resultaria em um procedimento em seu favor, pois a gravidade auxiliaria na descida e expulsão fetal, porém foi identificado pelos profissionais como um ato de rebeldia, por parte da parturiente, não aceitar ficar nesta posição.

Os estudos de Lawrence et al., (2010) e Gupta et al. (2012), recomendam a adoção de posições verticalizadas, pois podem reduzir o período do trabalho de parto e não estão associadas com o aumento da intervenção ou efeitos negativos sobre o bem-estar das mães e bebês. No entanto, os dados mostram a preferência dos médicos pelo parto horizontal, sendo dito que vertical incomoda o profissional e só é realizado quando há consenso no serviço ou, muito raramente, quando as usuárias solicitam, pois, a tecnologia do hospitalar foi toda adequada para o parto que favorece o parteiro, no caso o médico, que prefere a horizontal por achá-la mais confortável para si (TESSER et al., 2015). Assim, fica claro que aquilo que é melhor para a mulher pode ser secundário em relação ao que é adequado para o médico, sendo ele sujeito privilegiado do parto e não aquela que está parindo.

## **Conclusão**

As representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional, no trabalho de parto e parto, demonstram uma violência marcada pela negligência no cuidado, hostilidade no centro

obstétrico, violência verbal e violência física. Em outras palavras, as mulheres conseguem representar as violências cometidas no cuidado no trabalho de parto e parto por serem expostas a situações desumanas e por se sentirem violadas em seus direitos a igualdade, a dignidade e direito a um cuidado as suas necessidades e ao respeito como seres humanos, levando-as a sentirem desvalorizadas como pessoa, deixando-as desconfortáveis, inseguras e angustiadas por não participarem das decisões sobre seu próprio parto.

Porém, as mulheres não denunciam ou não reclamam porque terem medo, ou mesmo por não terem conhecimento sobre os seus direitos. Sendo assim, há necessidade de empoderamento feminino que pode ajudar a evitar que a mulher se comporte de forma passiva diante da violência perpetrada na parturição, o qual se relaciona à aquisição de conhecimento e informações para o benefício próprio das mulheres, tornando-se uma maneira para enfrentar a violência, nas mais diversas expressões. Além disso, destacam-se a necessidade da presença do acompanhante no processo do trabalho de parto e parto nas maternidades peruanas, para proporcionar o aumento do bem-estar físico e emocional, favorecendo uma boa evolução no período gravídico puerperal. Como também, ratifica-se que a presença de um acompanhante serviria para coibir a violência obstétrica institucional, conforme a concepção de alguns profissionais de saúde.

Sendo assim, há necessidade de melhorar a qualidade do cuidado ofertado pelos profissionais, em especial, a equipe de enfermagem obstétrica que presta cuidado no trabalho de parto e parto, pois é preciso desconstruir a ideia de que a mulher deve ser submissa, seja por questão relacionado a gênero ou ao poder, para manter um relacionamento mais humanizado e integral, que considere a singularidade das mulheres no trabalho de parto e parto.

Finalmente, é pertinente ressaltar que as representações sociais da violência obstétrica maculam o processo, marcando a vida da mulher tanto física, psicológica e emocional. Assim, atitudes dos profissionais de saúde devem ser revistas, a fim de buscar a excelência na prestação dos serviços de saúde e valorização da dignidade humana.

## **Referências**

AGUIAR, J. M. D.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B.  
Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob

a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v. 29, n. 11, p. 2287-96, nov. 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro (RJ): Edições 70, 2011.

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. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 13 jun. 2013, n. 12, seção 1, p. 59.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília (DF): **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 08 abr. 2005. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 17 abr. 2014.

CAMACARO, M. et al. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. **Utopía y Praxis Latinoamericana**, Maracaibo, Venezuela, v. 20, n. 68, p. 113-20, ene.-mar. 2015.

CARRARO, T. E. et al. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 502-9, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a11v17n3.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2014.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões Saúde Reprod.** Recife (PE), v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

DOISE, W. Atitudes e representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001. p. 187-203.

GARCIA-JORDÁ, D.; DÍAZ-BERNAL, Z.; ACOSTA ALAMO, M. El

nascimento em Cuba: análise de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. Rio de Janeiro (RJ), v. 17, n. 7, p. 1893-902, jul. 2012. Doi: 10.1590/S1413-81232012000700029. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/29.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: **The Cochrane Library**, Issue 4, Art. No. C D003766. DOI: 10.1002/14651858.C D003766.pub3. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Cidades**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 nov. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOER, H. Cruelty in maternity wards: fifty years later. **J. Perinat. Educ.** v. 19, n. 3, p. 33-42, Summer 2010.

GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J.; SHEHMAR, M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database Syst Rev [online]**, v. 5, n. CD002006, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22592681>> . Acesso em: 10 jan. 2015.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed da UERJ, 2001. p. 17-44.

LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour (Cochrane Review). **The Cochrane Library [online]**, n. 1. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370591>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

LEAL, G. C. G. et al. Práticas de atenção perinatal em maternidades de risco habitual: avaliação na perspectiva de mulheres. **Cogitare Enferm.** Curitiba (PR), v. 21, n. 2, p.01-08, abr/jun 2016.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro (RJ), v. 30, Supl. 1, p. S17-S47, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

MILBRATH, M. M. **Cuidado da família à criança portadora de paralisia cerebral nos três primeiros anos de vida**. 2008. 188 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem. Fundação Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande (RS), 2008.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOYER, C. A. *et al.* “They treat you like you are not a human being”: maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. **Midwifery**, v. 30, n. 2, p. 262-8, feb. 2014.

MUNIZ, B. M. V.; BARBOSA, R. M. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? In: MEMORIAS CONVENCION INTERNACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012. Disponível em: <<http://www.convencionalidad2012.sld.cu/index.php/convencionalidad/2012/paper/download/744/321>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

OLIVEIRA, G. D. Nascer no Brasil: o retrato do nascimento na voz das mulheres **RECIIS: Rev. Eletron. Comum. Inf. Inov. Saúde [online]**, v. 9, n. 2, [4f], abr.-jun. 2015. Disponível em: <[http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/978/pdf\\_345](http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/978/pdf_345)>. Acesso em: 17 abr. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal**: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014.

PEREIRA, J. S. *et al.* Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v. 15, n. 1, p. 103-108, jun./ago. 2016. Disponível em: <[http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604\\_094136.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2016.

PERU. Ministerio de Salud. Direccion General de Salud de las personas. **Guias de Nacional de Atención integral de la salud sexual y reproductiva**. Lima (Perú): Ministerio de salud, 2004. Disponível em: <[http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63\\_guiasnac.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2014.

PICKLES, C. Eliminating abusive 'care': a criminal law response to obstetric violence in South Africa. **South African Crime Quarterly**, v. 54, n. 2015, p. 5-16, dec. 2015. Disponível em: <<http://www.ajol.info/index.php/sacq/article/view/127746/117274>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

PINTADO-CUCARELLA, S.; PENAGOS-CORZO, J. C.; CASAS-ARELLANO, M. A. Síndrome de desgaste profissional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. **Ginecol. Obstet. Mex.** v. 83, n. 3, p. 173-8, mar. 2015.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Indicadores da qualidade da assistência ao nascimento baseada na satisfação de puéperas. **Texto Contexto Enferm.**, [online], Florianópolis (SC), v. 16, n. 3, p. 479-87, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a14v16n3.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

RÄISÄNEN, S. et al. A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. **Int. J. Gynaecol. Obstet.** 115(1):26-30, oct. 2011;. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.05.008.

SANTOS, R. C. S.; SOUZA, N. F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP) [online]**, Macapá, v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/viewFile/1592/rafaelv5n1.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília (DF), v. 59, n. 6, p.740-4, nov./dez. 2006.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev. Bras. Med. Família Comunidade.** Rio de Janeiro (RJ), v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/download/1013/716>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

TURA, L. F. R. A AIDS: repensando a prevenção. In: \_\_\_\_\_; MOREIRA, A. P. (Orgs.). **Saúde e representações sociais.** João Pessoa: UFPB, 2005. p. 167-90.

TURANO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínica**

**qualitativa:** construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Petropolis: Vozes, 2003.

VENTURI JR, G.; GODINHO, T. (Orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado:** uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo (SP): Perseu Abramo; Sesc/SP; 2013.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc. [online]**, São Paulo (SP), v. 17, n. 3, p. 138-51, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

Diante da importância e complexidade que envolve a violência obstétrica, procurei através desta pesquisa conhecer as representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto. Para atingir tal objetivo, utilizei como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais. Refletindo sobre o suporte teórico da teoria das representações sociais com o objetivo de olhar o fenômeno na perspectiva do sujeito que o vivencia, conhecendo o pensamento de mulheres acerca da violência obstétrica vivenciada no trabalho de parto e parto. Esse estudo possibilitou a construção de conhecimentos que tem como propósito dar significados ao mundo, a partir da compreensão das interações sobre o cotidiano, bem como que esses conhecimentos possam trazer importantes contribuições a essa discussão, envolvendo profissionais de saúde e mulheres parturientes, e, ainda, que contribuam para a construção de estratégias que possam intervir na realidade do cuidado e que tragam benefícios para as mulheres, no momento do trabalho de parto e parto.

Os objetivos deste estudo foram alcançados em três etapas, resultando na comprovação da tese defendida. A primeira etapa deste estudo foi uma pesquisa integrativa da literatura, visando identificar as contribuições das pesquisas desenvolvidas, em âmbito nacional e internacional, acerca da violência obstétrica institucional praticada contra as mulheres no trabalho de parto e parto. Os resultados revelam a produção de um conhecimento científico que evidencia diferentes tipos de violência obstétrica, como ausência das informações para as parturientes durante os procedimentos realizados; violência de ordem física, violência verbal, violências com procedimentos desnecessários no parto, sendo que os principais perpetradores da violência obstétrica foram a equipe médico, seguido da enfermagem.

Destaca-se a necessidade de melhorar e qualificar o cuidado, fazendo formação continuada dos profissionais envolvidos nas instituições a respeito ao parto humanizado, como também fazer o monitoramento sistemático do cuidado junto às mulheres visando coibir essas práticas. Com isso será possível realizar um cuidado baseado em humanização ao parto, onde a mulher é protagonista do cuidado, e deste modo, possa exercitar sua autonomia. Sugere-se novos estudos sobre a temática da violência obstétrica institucional com vistas a fornecer subsídios à qualificação do cuidado à esta população específica, sensibilização da sociedade civil, no que se refere à adoção de políticas

públicas, de caráter universal, acessíveis a todas as mulheres e que englobem as diferentes modalidades nas quais a violência se expressa.

A segunda e a terceira etapas resultaram da pesquisa de campo, sendo que a segunda etapa foi realizada com cem mulheres parturientes que participaram do estudo quanti-quali e na terceira etapa, trinta dessas cem mulheres, participaram do estudo qualitativo.

No segundo manuscrito busco identificar os elementos caracterizadores das representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho parto e parto. Nesta etapa, foi realizado o estudo quanti-quali com questionário e as evocações de palavras com 100 mulheres parturientes. Os resultados evidenciaram que a maioria das mulheres tinha uma renda familiar baixa, com baixa escolaridade e maioria se dedicava ao lar, o que evidencia uma relação de poder desigual com a equipe de saúde.

No que diz respeito, a análise prototípica e análise de similitude, foi possível evidenciar os elementos caracterizadores da representação social da VOI. Destaca-se o sistema central pelos termos *abandono, gritar, indiferença, demora da atenção e toque vaginal doloridos*. Porém as palavras mais evocadas pelas mulheres, foram o *abandono*, considerada como a negligência do cuidado e *gritar*, caracterizada como violência verbal. A análise de similitude reitera a conexão entre esses dois termos. Ficam evidentes que as relações sociais dentro desse ambiente são assimétricas pautadas na negligência do cuidado, da violência verbal, física e psicológica. Observa-se a necessidade de haver delineamento de leis, políticas públicas para legislar em favor das mulheres e crianças no processo de nascimento, de modo que os processos de trabalho de parto e parto, sejam experiências gratificantes para as mulheres e crianças, e para construir uma sociedade mais saudável e igualitária, um exemplo disso pode ser o direito do acompanhante e o consentimento verbal e escrito para os procedimentos durante o trabalho de parto e parto.

Em relação ao terceiro manuscrito, objetivou conhecer as representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto, através de entrevistas semiestruturada. Ao falarem sobre o tema, as mulheres trouxeram o pensamento do senso comum sobre a VOI, representada pela negligência no cuidado, vivências da violência tanto verbal como física. Em outras palavras, as mulheres representam as violências cometidas no cuidado no trabalho de parto e parto, quando são expostas a situações desumanas, são violadas em seus direitos a igualdade, a dignidade e direito de um cuidado às suas necessidades e ao respeito como seres

humanos, levando a sentir-se desvalorizadas como pessoa, deixando as mulheres desconfortáveis, passando insegurança e sentindo-se angustiadas por não participar das decisões sobre seu próprio parto.

Sendo assim as representações sociais das mulheres trouxeram um novo olhar acerca da violência obstétrica institucional, pautada da negligência, violência verbal e violência física, tendo a necessidade de melhorar a qualidade do cuidado ofertado pelos profissionais, em especialmente a equipe de enfermagem obstétrica que presta cuidado no trabalho de parto e parto é preciso desconstruindo a ideia de que a mulher deve ser submissa seja por questão relacionado a gênero ou a poder, para manter um relacionamento mais humanizados, integral que considerem a singularidade das mulheres no trabalho de parto e parto, enxergando-as para além de seu ventre e deixar as mulheres parirem à sua maneira e ser protagonistas de seu próprio parto.

Desta forma o estudo confirmou a tese sustentada de que: A violência obstétrica institucional é um problema de saúde pública, que traz repercussões tanto física emocional e psicológica na vida das mulheres parturientes. Exige mudanças na lógica do cuidado dispensado pelos profissionais de saúde, a partir da atitude e comportamento do cuidado, para garantir valorizar à mulher como sujeito.

### **Contribuições do Estudo**

A Teoria das Representações Sociais, através da qual foi conduzida esta pesquisa permitiu identificar o pensamento comum da violência obstétrica institucional vivenciadas pelas mulheres no trabalho de parto e parto. O estudo contribui, ainda para a realidade do cuidado prestado as mulheres no trabalho de parto e parto, oportunizando que sejam pensadas ações no tocante a mudanças da realidade de modo a produzir melhoras das práticas no cuidado, bem como evitar a violência obstétrica institucional. Acredito também que esta pesquisa vai contribuir para auxiliar aos profissionais de saúde para a compreensão dos aspectos que se relacionam ao agir dos sujeitos e os influenciam, aspectos que se expressam em duas vivências subjetiva e de grupos.

### **Limitações da Pesquisa**

Violência obstétrica naturalizada entre algumas mulheres, de modo que nas entrevistas foram narradas situações reconhecidas como violência obstétrica, como se fossem uma parte normal do dia a dia no cuidado no trabalho de parto e parto.

### **Recomendações**

**Para gestores**, elaborar ou desenvolver políticas públicas para proteger os direitos humanos e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e especialmente em situações de vulnerabilidade, no caso do cuidado no momento do trabalho de parto e parto; Criar programas e comitês de apoio institucional para disseminar boas práticas clínicas e humanização do cuidado; Sensibilizar a equipe de saúde prestação de cuidados para que as ações sejam conscientes e coerentes tanto com evidências científica e a ética e as necessidades específicas das mulheres durante o parto.

Assim mesmo sugere-se uma revisão das normas e rotinas do Centro Obstétrico, cenário desta pesquisa, frente aos procedimentos realizados com as parturientes no cuidado no trabalho de parto e parto, procurando adequá-las conforme as orientações do Ministério da Saúde quanto à classificação das práticas no parto normal, a fim de otimizar a qualidade do cuidado à saúde da mulher.

**Para os profissionais**, uma vez que o cuidado é a razão de ser da enfermeira como profissão, esta pesquisa é importante porque demonstra uma situação contrária a Ethos profissional, a violência obstétrica. Violência em todas as suas manifestações não deveria ter lugar em instituições de saúde, e é precisamente da equipe de saúde responsável pela prestação de cuidados às pessoas que devem ser garantidores de direitos e defende-los quando eles estão em condições de vulnerabilidade, quando a mulher é separada de suas famílias durante a permanência hospitalar, no momento da dor e do parto e entre outras condições.

Enfermagem como profissão humanística deve prestar um cuidado humanizado e liderar a humanização do cuidado nos serviços de saúde. Esta pesquisa traz contribuição especial para a enfermagem porque evidencia uma situação que é contrária ao cuidado que precisa ser erradicada de urgência, especialmente da equipe de enfermagem obstétrica que presta cuidado no trabalho de parto e parto é preciso respeitar a fisiologia e deixar as mulheres parirem à sua maneira. Assim como compreender que a violência obstétrica institucional, naturalizada nas condutas e rotinas hospitalares, maculam este processo, marcando a vida da mulher, da criança e/ou de sua família.

**Para o ensino**, especialmente na graduação e profissionais de saúde que fazem especialização em obstetrícia, abrir espaços de discussão e análises das boas práticas frente as práticas rotineiras e desumanizantes.

- Analisar a forma de aplicar em contexto, a defesa e promoção

dos direitos humanos e os direitos sexual e reprodutivos. Conscientizar aos futuros profissionais sobre o poder que tem para exercer defesa de esses direitos nos serviços da saúde e empoderar as mulheres sobre os mesmos.

- Refletir e orientar a prática no marco teórico da enfermagem que tem forte ênfase nos aspectos humanísticos e culturais para que as mulheres durante o trabalho de parto e parto recuperem o protagonismo desse acontecimento e marque sua vida de seus filhos e família de maneira positiva. Assim mesmo abordar a teoria-prática da humanização no cuidado à parturiente, na representação da mulher, importante para o aprimoramento dos diferentes cursos da área da saúde e da própria assistência. Mudar o olhar do cuidado humanizado e evitar que a violência obstétrica seja parte da rotina no cuidado no trabalho de parto e parto.

**Para a pesquisa**, continuar e seguir estimulando a novas pesquisas com a Teoria das Representações Sociais para desvelar os sentimentos, cognições e percepções dos sujeitos sobre a situação sobre saúde/doença, já que a investigação é uma forma de evidenciar realidades sociais e humanas que requerem ser modificadas ou erradicadas como o caso da violência obstétrica.

- Proporcionar novos aprofundamentos nessa temática da violência obstétrica institucional e ampliar a discussão em grupos de estudos na enfermagem da saúde da mulher das universidades.

**Para a extensão**, os estudantes são um recurso humano valioso para estender à comunidade conhecimentos e práticas na saúde, através das práticas com a comunidade, os estudantes podem ser agentes de conscientização e empoderamento das pessoas sobre seus direitos na saúde, bem fornecer subsídios para a realização de capacitação em serviço e aperfeiçoamento dos profissionais, preparando-os e qualificando-os para a atuação e melhoria das práticas no cuidado junto à parturiente, recém-nascido e família.



## REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia (GO): AB, 2000. p. 27-38.
- \_\_\_\_\_. Metodología de recolección de las representaciones sociales. In: ABRIC, J. C. (Org.). **Prácticas sociales y representaciones**. México: Ediciones Coyoacán, 2001. Cap. 3. p. 53-74.
- \_\_\_\_\_. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Orgs.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia (GO): Ed. da UCG, 2003. p. 37-57.
- \_\_\_\_\_. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, P. H. F. (Orgs.). **Representações sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro (RJ): Museu da República, 2005. p. 23-34.
- \_\_\_\_\_. Les représentations sociales: aspects théoriques. In: \_\_\_\_\_. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: PUF, 1994. p. 11-35.
- AGÊNCIA DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL DO JAPÃO (JICA BRASIL). AJICA e a humanização do parto e nascimento no Brasil. **Rev. Tempus Actas Saúde Col**. [online]. p. 229-30, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/850/813>>. Acesso em: 04 mar. 2014.
- AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/>>. Acesso em: 17 abr. 2014.
- \_\_\_\_\_; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface (Botucatu)** [online]. Botucatu (SP), v. 15, n. 36, p. 79-92, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v. 29, n. 11, p. 2287-96, nov. 2013.

ALMEIDA FILHO, A.; MELGARÉ, P. **A dignidade da pessoa humana**: fundamento e critérios interpretativos. São Paulo (SP): Malheiros, 2010.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de metodologia epidemiológica. In: \_\_\_\_\_. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro (RS): Medsi; Guanabara Koogan, 2003. p. 149-77.

AMORIM, M. C. **Experiências de parto e violação aos direitos humanos**: um estudo sobre relatos de violência na assistência obstétrica. 2006. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Direitos Humanos, Universidade de Goiás, Goiânia (GO), 2015.

ARGUEDAS RAMÍREZ, G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. **Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe [Internet]**, San José, Costa Rica, v. 11, n. 1, p. 145-69, ene./jun. 2014. Disponível em: <[//revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530](http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530)>. Acesso em: 05 jun. 2014.

ARRUDA, A. Pesquisa em representações sociais: a produção em 2003. In: MENIN, M. S. S.; SHIMIZU, A. M. (Eds.). **Experiência e representação social**. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo, 2005. p. 59-92.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro (RJ): Edições 70, 2011.

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. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras (ABENFO). **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília (DF): **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 08 abr. 2005. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 17 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 13 jun. 2013, n. 12, seção 1, p. 59.

\_\_\_\_\_. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4).

CAMACARO, M. et al. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. **Utopía y Praxis Latinoamericana**, Maracaibo, Venezuela, v. 20, n. 68, p. 113-20, ene.-mar. 2015.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto (SP), v. 21, n. 2, p. 513-8, dez. 2013.

\_\_\_\_\_. WACHELKE, J. F. R.; AGUIAR, A. Desenvolvimento metodológico das pesquisas sobre representações sociais em jornadas internacionais de 1998 a 2005. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V. (Eds.). **Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais**. João Pessoa (PB): Ed. da UFPB, 2007. p. 181-202.

CARRARO, T. E. et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis (sc), v. 15, n. esp., p. 97-104, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea11>>. Acesso em: 05 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. et al. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 502-9, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a11v17n3.pdf>>. Acesso em: 05

mar. 2014.

CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Orgs.). Representações sociais e práticas educativas. Goiânia (GO): Ed. da UCG, 2003.

COELHO, F. M. et al. Violência doméstica e saúde da família: uma revisão integrativa. **Rev. Multip. Saúde HSM.**, v. 1, n. 2, p. 44-52, 2013.

COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER (Cladem). Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP).

**Silêncio y complicidad**: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú. Lima: Cladem/CRLP, 1998.

CORDEIRO, A.M. et al. Grupo de Estudo de Revisão Sistemática do Rio de Janeiro GERS-Rio). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.** Vol. 34 - Nº 6, Nov. / Dez. 2007

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v. 22, n. 12, p. 2647-55, 2006.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.**, São Paulo (SP), v. 19, n. 2, p. 313-26, 2009.

\_\_\_\_\_. CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões Saúde Reprod.** Recife (PE), v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

\_\_\_\_\_. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.**, São Paulo (SP), v. 25, n. 3, p. 377-84, 2015.

DOISE, W. Atitudes e representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001. p. 187-203.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública [online]**. Rio de Janeiro (RJ), v. 20, Suppl. 1, p. S52-S62, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v20s1/06.pdf>>. Acesso em: 05 mar.

2014.

DURAND, J. G. **Gestação e violência**: estudos com usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo (SP), 2006.

DUVEEN, G. Crianças enquanto atores sociais: as representações sociais em desenvolvimento. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 261-96.

FANEITE, J.; FEO, A.; MERLO, J. T. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. **Rev. Obstet. Ginecol. Venez.** Caracas, v. 72, n. 1, p. 4-12, mar. 2012.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em Representações sociais**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 31-59.

FERREIRA, N. G. A. *et al.* Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. **Rev. Enferm. UFPE [Internet]**. Recife, v. 7, n. 5, p. 1398-405, maio 2013. Disponível em:

[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3721/pdf\\_2531](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3721/pdf_2531)>. Acesso em: 05 mar. 2014.

FLAMENT, C. Estrutura dinâmica das representações sociais. In: JODELET, D. (Org). **As representações sociais**. Rio de Janeiro (RJ): Ed. da UERJ, 2001. p. 17-44.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Núcleo de Opinião Pública. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. In: **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: pesquisa de opinião pública. São Paulo (SP): Fundação Perseu Abramo, agosto de 2010.

GARCIA-JORDÁ, D.; DÍAZ-BERNAL, Z.; ACOSTA ALAMO, M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. Rio de Janeiro (RJ), v. 17, n. 7, p. 1893-902, jul. 2012. Doi: 10.1590/S1413-81232012000700029. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/29.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo:

Atlas, 2010.

GOER, H. Cruelty in maternity wards: fifty years later. **J. Perinat. Educ.** v. 19, n. 3, p. 33-42, Summer 2010.

GOMES, A. M. A.; NATIONS, M. K.; LUZ, M. T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. **Saúde Soc. [online]**. São Paulo (SP), v. 17, n. 1, p. 61-72, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/06.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J.; SHEHMAR, M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database Syst Rev [online]**, v. 5, n. CD002006, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22592681>> . Acesso em: 10 jan. 2015.

GUTMAN, L. **A maternidade e o encontro com a própria sombra: o resgate do relacionamento entre mães e filhos**. São Paulo: Best Seller, 2010.

HAIR JR, J. F. et al. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre (RS): Bookman, 2005.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 7, CD003766, jul. 2013. Doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. 2007. 360f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2007.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO) et al. **Int. J. Gynecol. Obstet.** v. 128, n. 2, p. 95-9, Feb. 2015. DOI: 10.1016/j.ijgo.2014.10.013.

JANSSEN, P. A. et al. Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. **Birth**, v. 34, n. 2, p. 140-7, 2007.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed da UERJ, 2001. p. 17-44.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros:

intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs). **Textos em representações sociais**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 63-85.

KRUNO, R. B.; BONILHA, A. L. L. Parto domiciliar na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 25, n. 3, p. 396-407, dec. 2004.

LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour (Cochrane Review). **The Cochrane Library [online]**, n. 1. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370591>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

LEAL, G. C. G. et al. Práticas de atenção perinatal em maternidades de risco habitual: avaliação na perspectiva de mulheres. **Cogitare Enferm.** Curitiba (PR), v. 21, n. 2, p.01-08, abr/jun 2016.

LEAL, M. C. et al. **Nascer no Brasil**: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.

\_\_\_\_\_. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro (RJ), v. 30, Supl. 1, p. S17-S47, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Ed. da UCS, 2005.

LEOPARDI, M. T. *et al.* (Org.). **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.

LONGO, C. S. M.; ANDRAUS, L. M. S.; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enf. [online]**, v. 12, n. 2, p. 386-91, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/download/5266/6945>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuelles: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. In: 11EME JOURNÉES INTERNATIONALES D'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES TEXTUELLES

(JADT), Liège, Belgique, 2012, p. 687-99.

MCCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro (RJ), v. 22, n. 7, p. 1483-91, jul. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700012>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: a guide to best practice. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis (SC), v. 17, n. 4, p. 758-64, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/ve/pdf/og/v72n1/art02.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2014.

MILBRATH, M. M. **Cuidado da família à criança portadora de paralisia cerebral nos três primeiros anos de vida**. 2008. 188 f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem. Fundação Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande (RS), 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000.

MORSE, J. **Assuntos críticos enlos métodos de investigación cualitativa**. Medellín (CO): Ed. da Universidad de Antioquia, 2003.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

\_\_\_\_\_. On social representations. In: FORGAS, J. P. (Org.). **Social cognition**: perspectives on everyday understanding. London: Acamedic Press, 1981. p. 181-209.

\_\_\_\_\_. **Crônica dos anos errantes**: narrativa autobiográfica. Rio de Janeiro (RJ): Mauad, 2005.

\_\_\_\_\_. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 9. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011.

MOYER, C. A. *et al.* “They treat you like you are not a human being”: maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. **Midwifery**. v. 30, n. 2, p. 262-8, feb. 2014.

MÜLLER, J.; COLLAÇO, S. V.; SANTOS, E. K. A. O significado para as puérperas do suporte profissional no processo parturitivo. **Rev. Cient. CENSUPEG [online]**, n.º 2, p. 78-88, 2013. Disponível em: <<http://201.86.97.2/ojs/index.php/RevistaCientificaCENSUPEG/article/download/117/38>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

MUNIZ, B. M. V.; BARBOSA, R. M. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? In: MEMORIAS CONVENCION INTERNACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012. Disponível em: <<http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/download/744/321>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

NACIONES UNIDAS (ONU). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Asamblea General de las Naciones Unidas. 18 de diciembre de 1979. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 85ª sesión plenária, 20 de diciembre de 1993. Disponible en: <<http://www.ohchr.org/sp/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Asamblea General de las Naciones Unidas, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. **Nações Unidas**. Nova York, A/CONF.177/20/Rev.1, p. 1-232, 1996. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

NASSAR, S. M. *et al.* SStatNET- Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis (SC), 2015. Disponível em: <<http://www.sestatnet.ufsc.br>>. Acesso em: 05 out. 2011.

NEVES, E. P.; GONÇALVES, L. H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, 1984, Florianópolis, 3-6 abr. 1984. **Anais...** Florianópolis: Ed. UFSC, 1984. p. 210- 29.

OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro (RJ), v. 19, n. 2, p. 249-54, abr./jun. 2011. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a13.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2014.

OLIVEIRA, G. D. Nascer no Brasil: o retrato do nascimento na voz das mulheres **RECIIS: Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde [online]**, v. 9, n. 2, [4f], abr.-jun. 2015. Disponível em: <[http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/978/pdf\\_345](http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/978/pdf_345)>. Acesso em: 17 abr. 2014.

OBSERVAVOBR. Observatório da violência obstétrica no Brasil. Porto Alegre (RS): UFRGS, 2016. Disponível em: <<http://www.observatoriovobrasil.com.br/blank-2>>. Acesso em: 05 mar. 2014.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa (PB): Ed. da UFPB, 2005. p. 573-603.

ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer: Convención de Belém do Pará. Belém (PA), 09 de junho de 1994. Disponível em:<[https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar\\_insumos\\_ConvencionBelem.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_ConvencionBelem.pdf)>. Acesso em: 17 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei n. 24.632, de 13 de marzo de 1996. Apruébase la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer - “Convención de Belém do Pará”. Belém (PA): **Boletim Oficial**, 09 de abril de 1996. Disponible en: <[https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar\\_insumos\\_ConvencionBel em.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_ConvencionBel em.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal**: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS, 1996.

\_\_\_\_\_. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014.

PARTO DO PRINCÍPIO. Violência obstétrica: “parirás com dor”: dossiê elaborado para a CPMI da violência contra as mulheres. Brasília: Senado Federal, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

PEREIRA, A. L. D. F.; BENTO, A. D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev. Rene** [online], Fortaleza (CE), v. 12, n. 3, p. 471-7, jul./set. 2011. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3\\_pdf/a04v12n3.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a04v12n3.pdf)>. Acesso em: 04 mar. 2014.

PEREIRA, J. S. et al. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v. 15, n. 1, p. 103-108, jun./ago. 2016. Disponível em: <[http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604\\_094136.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2016.

PERU. Ministerio de Salud. Direccion General de Salud de las personas. **Guías de Nacional de atención integral de la salud sexual y reproductiva**. Lima (Perú): Ministerio de salud, 2004. Disponível em: <[http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63\\_guiasnac.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censo Nacional de la Población Peruano. 2011. Disponível em: <<http://www.inei.gob.pe/estadisticas/censos/>>. Acesso em: 29 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Congreso de la República. Proyecto Ley n. 1.158/2011-CR, de 18 de mayo de 2012. Ley de promoción y porteccción del derecho al parto humanizado y a la salud de la mujer gestante y el recién nacido. Lima, Perú, 22 abril de 2015. Disponível em: <<http://www.gacetajuridica.com.pe/envios-laley/dictamen.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.

PICKLES, C. Eliminating abusive ‘care’: a criminal law response to obstetric violence in South Africa. **South African Crime Quarterly**, v. 54, n. 2015, p. 5-16, dec. 2015. Disponível em: <<http://www.ajol.info/index.php/sacq/article/view/127746/117274>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

PINHEIRO, G. **Relações humanas vivenciadas no ambiente hospitalar**. 1996. 52f. Monografia (Especialização em Administração de Enfermagem) – Faculdades Franciscanas - FAFRA, Santa Maria

(RS), 1996.

PINK, M, J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

PINTADO-CUCARELLA, S.; PENAGOS-CORZO, J. C.; CASAS-ARELLANO, M. A. Síndrome de desgaste profissional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. **Ginecol. Obstet. Mex.** v. 83, n. 3, p. 173-8, mar. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Trad. Denise Regina de Sales. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PULHEZ, M. M. A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 10 - Desafios atuais dos Feminismos, 16 a 20 de setembro de 2013, Florianópolis (SC). Florianópolis (SC): **Anais Eletrônicos**, 2013.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Indicadores da qualidade da assistência ao nascimento baseada na satisfação de puéperas. **Texto Contexto Enferm [online]**, Florianópolis (SC), v. 16, n. 3, p. 479-87, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a14v16n3.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2016.

QUIROZ, L. De la comadrona a la obstetrix: nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX. **Dynamis [internet]**, v. 32, n. 2, p. 415-37, 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/dyn/v32n2/07.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2014.

RÄISÄNEN, S. et al. A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. **Int. J. Gynaecol. Obstet.** 115(1):26-30, oct. 2011;. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.05.008.

RAMALHO, A. Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise. Coimbra: Formasau, 2005.

RELACAHUPAN- Uruguay. Parto humanizado: recopilación de folletos y artículos sobre el tema. Materiales de apoyo para talleres de capacitación. 2006-2007. Disponível em: <[http://www.plancaif.org.uy/wp-content/files\\_flutter/1267200481PartoHumanizado.pdf](http://www.plancaif.org.uy/wp-content/files_flutter/1267200481PartoHumanizado.pdf)>. Acesso em: 04 mar. 2014.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. xviii, 1454p.

ROCCHI, M. Tutorial: Introduction to SPSS, 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=SL2bZXfWQIs>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

ROSSI, L. et al. Representação social da primigesta em relação ao parto. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, VIII (VIII COBEON); CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, II (II CIEON), 2013, Florianópolis (SC), 30 e 31 de outubro e 01 de novembro de 2013. **Anais**. Florianópolis (SC): ABENFO, 2013.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo (SP): Brasiliense, 1993. p. 19-45.

\_\_\_\_\_. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia (GO): AB, 2000. p. V.

\_\_\_\_\_. **Núcleo central das representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SANFELICE, C. F. et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev. Rene**, v. 15, n. 2, p. 362-70, 2014.

SANTOS, L. M.; PEREIRA, S. S. C. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Physis [online]**, Rio de Janeiro (RJ), v. 22, n. 1, p. 77-97, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a05.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

SANTOS, R. C. S.; SOUZA, N. F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP) [online]**, Macapá, v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/viewFile/1592/rafaelv5n1.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

SANTOS, R. M. A. et al. Atenção no processo parturitivo sob o olhar da puérpera. **R. Pesqui. Cuid. Fundam. [online]**, Rio de Janeiro (RJ), v. 4, n. 3, p. 2.655-66, jul./set. 2012. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1830/pdf\\_602](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1830/pdf_602)>. Acesso em: 05 fev. 2014.

SILENCIO Y COMPLICIDAD: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú. Produção de CRLP - Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas y CLADEM - Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. Lima (Perú): CLADEM & CRLP, 1998. 1 Video. Espanhol.

SILVA, G. A. **Prevalência de depressão pós-parto em países desenvolvidos e em desenvolvimento**: contribuições metodológicas de uma metanálise. Tese (Doutorado em Psicologia Experimental) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SOUZA, K. V.; ALMEIDA, M. R. C. B.; REIS, R. Mulheres e profissionais de saúde: a assistência ao parto normal com enfoque nas evidências científicas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, VI: Qualificação da atenção e dos recursos humanos de enfermagem em saúde da mulher e do recém-nascido; Teresina, 24 a 26 de junho de 2009. **Anais**. Teresina, 2009, 18p.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SPINK, M. J. P. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. P. **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995. Cap. 5, p. 85-108.

STRUJAK, L. **Situações de violência institucional vivenciadas por mulheres em processo de parto**. 2012. 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel (PR), 2012.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuibá-MT. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), v. 59, n. 6, p.740-4, nov./dez. 2006.

TERÁN, P. et al. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. **Rev. Obstet. Ginecol. Venez.**, v. 73, n. 3, p. 171-80, 2013.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev. Bras. Med. Família Comunidade**. Rio de Janeiro (RJ), v. 10. n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/download/1013/716>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. **Pesquisa convergente assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre (RS): Moria, 2014.

TURA, L. F. R. A AIDS: repensando a prevenção. In: \_\_\_\_\_; MOREIRA, A. P. (Orgs.). **Saúde e representações sociais**. João Pessoa: UFPB, 2005. p. 167-90.

TURANO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínica qualitativa**: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas as saúde e humanas. 2. ed. Petropolis: Vozes, 2003.

VALA, J. R. S. Psicologia do conhecimento cotidiano. In: VALA, J. R. S.; MONTEIRO, M. B. (Orgs.). **Psicologia social**. 7. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006. p. 457-502.

VALDEZ-SANTIAGO, R. et al. Violencia interpersonal en jóvenes mexicanos y oportunidades de prevención. **Salud Pública de México**, v. 55, Supl. 2, p. S259-S266, 2013a.

VALDEZ-SANTIAGO, R. et al. Nueva evidencia a un viejo problema el abuso de las mujeres en las salas de parto. **Rev. CONAMED [Internet]**, v. 18, n.1, p. 14-20, ene./mar. 2013b. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4237199.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

VARGAS, P. B. et al. A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, Rio de Janeiro (RJ), v. 6, n. 3, p. 1021- 1035, 2014. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/3143/pdf\\_1351](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/3143/pdf_1351)>. Acesso em: 05 fev. 2014.

VENEZUELA. República Bolivariana de Venezuela. Ley orgánica

sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas: UNFPA, 2007. Disponível em:

<<http://pt.slideshare.net/mhernandezroyett/ley-organica-sobre-el-derecho-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

VENTURI JR, G.; AGUIAR, J. M.; HOTIMSKY, S. N. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, 2010. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 7º, 2011; Belo Horizonte, Brasil. **Anais...** Belo Horizonte: Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras; 2011. p. 1-6.

VENTURI JR, G.; GODINHO, T. (Orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo (SP): Perseu Abramo; Sesc/SP; 2013.

WACHELKE, J. F. R.; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. **Psic.: Teor. Pesq.** [online], Brasília (DF), v. 27, n. 4, p. 521-6, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/17.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

WEITLAUF, J. C. Informed passion: addressing the intersection of violence against women and contemporary obstetrical practice. **Am. J. Bioeth. [Internet]**. v. 11, n. 12, p. 67-9, dec. 2011. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/3143/pdf\\_1351](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/3143/pdf_1351)>. Acesso em: 05 fev. 2014.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc. [online]**, São Paulo (SP), v. 17, n. 3, p. 138-51, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

YAJAHUANCA, A. S. R. et al. Parto no posto de saúde e em casa: uma análise da assistência ao parto entre as mulheres Kukamas Kukamirias do Peru. **J. Hum. Growth Dev. [Internet]**. v. 23, n. 3, p. 1-9, 2013. Disponível em: <>. Acesso em: 05 mar. 2014.

YAKONG, N. V. et al. Women's experiences of seeking reproductive health care in rural Ghana: challenges for maternal health service utilization. **J. Adv. Nurs. [Internet]**, v. 66, n. 11, p. 2431-41, nov.

2010. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05404.x/epdf>>. Acesso em: 05 mar. 2014.

ZACHER DIXON, L. Obstetrics in a time of violence: mexican midwives critique routine hospital practices. **Med. Anthropol. Q.**, Washington, D.C., v. 29, n. 4, p. 437-454. doi:10.1111/maq.12174.



## APÊNDICES



## APÊNDICE A - PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

 <p>Universidade Federal de Santa Catarina</p>	 <p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>   <p>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p>
<p><b>PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</b></p> <p><b>VIOLÊNCIA OBSTETRICA INSTITUCIONAL</b></p>	
<p><b>I. RECURSOS HUMANOS</b></p> <p>Pesquisadora responsável: Maria de Jesus Hernández Rodriguez<sup>(1)</sup>          Pesquisadora orientadora: Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos<sup>(2)</sup></p>	
<p><b>II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração protocolo: 1, 2</li> <li>- Avaliação do protocolo: 2</li> <li>- Coleta de dados: 1</li> <li>- Seleção dos estudos: 1,2</li> <li>- Checagem dos dados coletados: 1, 2</li> <li>- Avaliação crítica dos estudos: 2</li> <li>- Síntese dos dados: 1,2</li> <li>- Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1, 2</li> <li>- Apreciação final, avaliação e sugestões: 2</li> <li>- Revisão final a partir de sugestões da orientadora: 2</li> <li>- Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1, 2</li> </ul> <p>* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.</p>	
<p><b>III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO:</b> Maria Gorete Monteguti Savi, Bibliotecária, coordenadora da Biblioteca de Saúde do Centro de Ciências da Saúde da UFSC.</p>	
<p><b>IV. PERGUNTA</b></p> <p>Qual a contribuição dos estudos desenvolvidos acerca da violência obstétrica vivenciada no trabalho de parto e parto?</p>	

## V. OBJETIVO

**Geral:** Realizar uma revisão integrativa das literaturas acerca de violência obstétrica vivenciada no trabalho de parto e parto.

## VI. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma Revisão Integrativa, com abordagem qualitativa. Na operacionalização dessa revisão, serão seguidas as seguintes etapas (GANONG, 1987):

1. Seleção da pergunta de pesquisa;
2. Definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra;
3. Representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando as características em comum;
4. Análise crítica dos resultados, identificando diferenças e conflitos;
5. Discussão e interpretação dos resultados;
6. Apresentação de forma clara a evidência encontrada

**VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:** Artigos de periódicos publicados entre 2006 e 2015, indexados nas bases de dados selecionadas (Medline/Pub/Med; LILACS; BDNF e CINAHL), estejam publicados nos idiomas inglês, espanhol e português, que contenham descritores e/ou palavras-chave listados neste protocolo, no resumo, no título ou assunto/descriptor.

**VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:** Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaio; Publicações duplicadas; Dossiês, TCC; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Relatos de experiência, Estudos de reflexão, Relatórios de gestão; Documentos Oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros; Materiais publicados em outros idiomas que não sejam em inglês, português e espanhol; e, estudos que não contemplem o escopo deste protocolo.

## IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)

As estratégias de buscas serão realizadas com base nos descritores do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) listados abaixo:

- Violência
- Mulher
- Parto
- Enfermagem obstétrica

**Sinônimo/Palavra-chave:** Enfermagem, Maternidade. Gênero.

“violência” and “mulher” or “mulheres”.

- **Bases Eletrônicas de Dados:**

- **Medline/PubMed**

**LILACS:** Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde é um índice bibliográfico da literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe, a partir de 1982. É um produto cooperativo da Rede BVS.

**MEDLINE:** consiste em uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela NLM que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 5.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países.

**BDENF:** Base de dados de enfermagem Fonte de informação composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em Enfermagem. Sua operação, manutenção e atualização é coordenada pela Escola de Enfermagem da UFMG e Centros Cooperantes REDE BVS ENFERMAGEM.

**CINAHL:** Oferece cobertura completa de periódicos de enfermagem em inglês e publicações da National League for Nursing e da American Nurses' Association, abrangendo enfermagem, biomedicina, biblioteconomia de ciências da saúde, medicina alternativa/complementar, saúde do consumidor e 17 disciplinas ligadas à saúde.

- **Listar as referências dos materiais encontrados:** para buscar referências que possam ser de interesse para a Revisão Integrativa de Literatura.

- **Período de busca:** Junho 2006 a dezembro de 2016.

**X. SELEÇÃO DOS ESTUDOS:** A partir de uma leitura geral de todos os dados coletados, será realizada a conferência dos artigos no que tange os critérios de inclusão, de exclusão e objetivo, bem como no que se refere ao escopo deste protocolo, denominada de primeira peneira. Como sugere a Revisão Integrativa, os dados serão sistematizados em tabelas e posteriormente será realizada uma leitura criteriosa, considerando-se o critério de exaustão e pertinência da coleta dos dados, designada de segunda peneira. Os trabalhos que atenderem os objetivos propostos pelo estudo serão submetidos à etapa de avaliação crítica.

**XI. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS:** Para análise dos estudos será realizada a leitura dos trabalhos na íntegra, com o objetivo de constatar a aderência ao objetivo do estudo. Em afirmativo, serão extraídas as informações necessárias e os achados serão organizados em uma tabela no Microsoft Excel de onde serão analisados a partir das categorias de afinidade que porventura venham a surgir.

## **XII. INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES**

- Ano de produção
- Título
- Autor (es)
- Profissão e titulação dos autores
- Periódico
- Estado/País
- Descritores e Palavras-chave
- Base de dados de localização dos autores
- Natureza da pesquisa

- Referencial teórico
- Método de análise dos dados
- Cenário do estudo
- Temática dos artigos

**XIII. SÍNTESE E CONCLUSÃO:** Tendo em vista esta tratar-se de uma Revisão de Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese será realizada na forma de narrativas com base na análise e checagem dos dados coletados.

**XIV. DIVULGAÇÃO:** Publicação dos achados deste estudo em periódicos após apreciação banca de sustentação.

**XIV. CRONOGRAMA**

Atividade	Período	2013				
		Abri	Mai	Jun	Jul	Ago
Elaboração protocolo			X			
Validação protocolo				X		
Busca dos estudos					X	
1ª Seleção dos estudos 1ª						X
Organização dos estudos em tabelas						X
Avaliação crítica dos estudos (2ª peneira)						X

Atividade	Período	2013/2014				
		Set	Out	Nov	Dez	Jan
Validação protocolo		X				
Busca dos estudos		X	X	X		
2ª Seleção dos estudos			X	X		
Organização dos estudos em tabelas				X		
Avaliação crítica dos estudos (2ª peneira)					X	
Análise dos dados coletados					X	
Discussão e Conclusões						X
Elaboração do manuscrito Revisão Integrativa						X
Finalização do manuscrito						X
Encaminhamento do manuscrito para publicação em periódico						X

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ao assinar este documento estou dando meu consentimento para participar da pesquisa intitulada “Violência obstétrica institucional: representações sociais de mulheres acerca do cuidado vivenciado no trabalho de parto e parto”, que tem como objetivo: Conhecer as representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional vivenciada no trabalho de parto e parto. Esta pesquisa será conduzida pela pesquisadora Maria de Jesus Hernández Rodriguez e orientada pela Professora Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos. O estudo justifica-se pela falta de humanização do cuidado no trabalho de parto, ocasionando violência obstétrica institucional a mulheres parturientes. Estudos expressam que estas violências vão desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal e violência física (incluindo a não-utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada. A violência institucional obstétrica compreende situações que merecem ser discutidas pelos profissionais do serviço de saúde, com a finalidade de modificar a postura e a atitude dos que lidam com a parturiente, procurando transmitir-lhe mais dignidade e respeito nos serviços de saúde.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista, o que será necessário com sua prévia autorização, o uso de um gravador, a qual será transcrita e mostrada a você, e após sua concordância acerca do conteúdo é que utilizaremos no estudo.

Os riscos envolvidos com sua participação na pesquisa serão mínimos, tais como desconfortos relacionados a abordagem do tema e por despertar lembranças acerca do que você viveu ou está vivendo agora, ou mesmo o constrangimento em responder alguma pergunta. Pode ser que também você esteja vivenciando algum processo doloroso do ponto de vista físico. A fim de minimizar o desconforto físico, a entrevista será realizada apenas quando seu quadro clínico estiver estabilizado e houver segurança. Comprometemo-nos em interromper a

coleta de dados e ouvi-la com atenção, aguardando a sua melhora e/ou encaminhá-la para profissionais da equipe de saúde, caso necessário.

A sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Você também tem o direito de não responder a questões caso não se sinta a vontade ou que a considere muito pessoal ou lhe cause incômodo falar sobre o assunto. Caso ocorra necessidade, você será assistida e acompanhada pelas pesquisadoras para corrigir possíveis danos, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ou a interrupção da pesquisa.

Embora não haja benefícios diretos, ao participar do estudo, você estará contribuindo para ajudar a modificar a postura e a atitude dos que lidam com a parturiente, procurando transmitir-lhe mais dignidade e respeito ao atendê-la, realizados nos hospitais Regionais de Iquitos. Os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Você poderá ter acesso a qualquer tempo às informações sobre os benefícios da pesquisa, inclusive para esclarecer dúvidas antes, durante e após a pesquisa, por um período de até cinco anos. Este termo será rubricado em todas as suas páginas e assinado, ao final.

Caso eu concorde em participar, assinarei este documento, que terá duas vias, sendo que uma ficará com as pesquisadoras e a outra, em meu poder.

#### INFORMAÇÕES DOS DADOS DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DESSA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS:

**Pesquisadora:** Doutoranda Maria de Jesus Hernández Rodriguez

**Endereço:** Rua San Antonio, n.2263, Iquitos, Perú, TEL (65) 98043686 (celular) Tel/FAX: (65) 253050.E-mail: [mjhr\\_25@hotmail.com](mailto:mjhr_25@hotmail.com)

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

**Endereço:** Rua Presidente Coutinho 264, Centro, Florianópolis, SC, CEP:88.015-230. TEL: (48) 99690135 (celular) Tel/FAX: (48) 37219480. E-mail: [gregos@matrix.com](mailto:gregos@matrix.com)

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, CEP 88040900. Florianópolis, SC, Tel: (48) 3721-9206; E-mail: [cep@reitoria.ufsc.br](mailto:cep@reitoria.ufsc.br).

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" (HRL). Rua: Av, 28 de Julio S/N - Punchana. Departamento: LORETO. Provincia: MAYNAS. Distrito: PUNCHANA. Teléfono:(65) 251882 / 252746.

### **Consentimento após informações**

Eu, (nome completo da participante) \_\_\_\_\_, fui esclarecida sobre a pesquisa e aceito a participar desde que respeitadas às condições antes referidas.

Iquitos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante ou  
impressão digital

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

## APÊNDICE C - ROTEIRO GUIA SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA



Entrevista número: \_\_\_\_\_ Pseudônimo: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Duração da entrevista: \_\_\_\_\_

### I Dados de identificação:

1. Nome: .....
2. Idade: .....
3. Estado civil:  Solteira;  Casada;  Divorciada;  Viúva;
4. Naturalidade/Procedência: .....
5. Grau de escolaridade: .....
6. Crença religiosa: .....
7. Renda familiar: ..... salários mínimos.....
9. Profissão/ocupação: .....
10. Telefone: (....) ..... (....) E-mail: .....

### II. Dados obstétricos

1. Data/ horário do parto:.....
2. Gesta: ... Para:... Aborto:..... Número CPN:.....
2. Idade Gestação:..... Método contraceptivo :.....
3. Sua gravidez foi desejada? Sim ( ) Não ( )  
 Por quem? Só você ( ) Companheiro ( ) Os dois ( ) Família ( )
5. Gestação planejada.....
6. Número e idade dos filhos:.....
7. Mora com o pai da criança:.....

### III- EVOCAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS :

Diga cinco palavras que lhe venham à mente com relação ao termo.  
 “Violência no parto”

1. ( ) \_\_\_\_\_

2. ( ) \_\_\_\_\_
3. ( ) \_\_\_\_\_
4. ( ) \_\_\_\_\_
5. ( ) \_\_\_\_\_

#### **IV- AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO NO PARTO:**

- 1- Conte como vivenciou o seu trabalho de parto?
- 2- Conte os procedimentos que foram realizados na emergência
- 3- Conte como você foi recebida no centro obstétrico da maternidade?
- 4- Que pensa do parto?
- 5- Como você se percebeu durante o trabalho de parto e parto?
- 6- De que forma colaborou no trabalho de parto e parto?
- 7- Você se sentiu à vontade para falar ou perguntar alguma coisa aos profissionais?
- 8- Conte as intervenções / procedimentos realizados na internação?
- 9- De que forma você descreve o cuidado recebida pelos profissionais na sala de parto?
- 10- Você identificou os profissionais que a atenderam (quando era um médico, enfermeira ou outro profissional)?
- 11- Conte as orientações que recebeu no trabalho de parto e parto
- 12- Fale sobre os cuidados de que mais gostou? Por quê?
- 13- Fale sobre os cuidados de que menos gostou? Por quê?
- 14- Como gostaria de ter sido atendida durante o trabalho de parto e parto?
- 15- O que você considera ser uma assistência humanizada?
- 16- Deseja fazer outro comentário sobre o cuidado recebido no trabalho de parto e parto?

## **ANEXOS**



## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) E CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PARA APRECIACÃO ÉTICA (CAAE)

MATERNIDADE CARMELA  
DUTRA/SC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL VIVENCIADA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

**Pesquisador:** Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 37965514.1.0000.0114

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Universidade Federal de Santa Catarina

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 872.447

**Data da Relatoria:** 13/11/2014

#### Apresentação do Projeto:

Representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional vivenciada no trabalho de parto e parto. Os resultados do estudo poderão contribuir para redirecionar o olhar da equipe de saúde a partir dos resultados da pesquisa, tendo como objetivo principal a promoção da humanização do cuidado ao parto e nascimento.

#### Objetivo da Pesquisa:

Compreender as representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional vivenciada no trabalho de parto e parto relacionando estas representações com o cuidado humanizado.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos envolvidos na pesquisa serão mínimos tais como: desconfortos relacionados a abordagem do tema caso haja necessidade a paciente será encaminhada aos profissionais de saúde da instituição.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será desenvolvida na Maternidade do Hospital Regional de Loreto na cidade de Iquitos, Peru que atende exclusivamente usuários do Sistema Integrado de Saúde, abordando um tema atual que é a violência obstétrica e a importância da humanização do cuidado prestado as

**Endereço:** Rua Irmã Benwarda 208

**Bairro:** Centro

**CEP:** 88.015-270

**UF:** SC

**Município:** FLORIANÓPOLIS

**Telefone:** (48)3251-7626

**Fax:** (48)3251-7626

**E-mail:** cep\_mcd@hotmail.com

**MATERNIDADE CARMELA  
DUTRA/SC**

Continuação do Parecer: 872.447

pacientes em trabalho de parto e parto. Não consta no corpo do trabalho o número de participantes do estudo.

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

Todos os termos foram apresentados e estão de acordo com as exigências do CEP

**Recomendações:**

Recomendo que apareça no corpo do trabalho o número da amostra.

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

Sugiro que haja uma estimativa do número de participantes.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Caso ocorram modificações do projeto original no decorrer da pesquisa, estas deverão ser submetidas a este CEP na forma de Emenda, identificando a parte do protocolo a ser modificada com a justificativa. Encaminhar para este CEP relatórios trimestrais para acompanharmos o andamento da pesquisa até o encerramento da mesma. Notificar este CEP assim que a pesquisa for encerrada.

FLORIANOPOLIS, 14 de Novembro de 2014

---

**Assinado por:  
Adriana Heberle  
(Coordenador)**

Endereço: Rua Irmã Benwarda 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

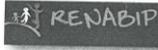
Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-7626

Fax: (48)3251-7626

E-mail: cep\_mcd@hotmail.com

## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO- PERU



HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "Felipe Arriola Iglesias"

OFICINA DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

### CONSTANCIA Nº 032 - CIEI- HRL-2014

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Regional de Loreto certifica que el proyecto de investigación, señalado a continuación fue APROBADO, siendo catalogado como un ESTUDIO SIN RIESGO, Se detalla a continuación los siguientes datos del proyecto:

- Título del Proyecto** : "REPRESENTACIONES SOCIALES DE MUJERES ACERCA DE LA VIOLENCIA OBSTETRICA INSTITUCIONAL VIVENCIADA EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO"
- Consentimiento Informado** : Versión 1.1. Fecha 03 de Diciembre del 2014.
- Código de inscripción** : 033- ID-COMITÉ DE ÉTICA-2014
- Modalidad de investigación** : Post Grado
- Investigador (es)** : MARÍA DE JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ

La APROBACIÓN considera el cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud, las Prioridades Regionales de Investigación, el balance riesgo/beneficio, y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador alcanzará un informe final al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el 09 de Diciembre del 2015. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Punchana, 09 de Diciembre del 2014.

  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 FELIPE ARRIOLA IGLESIAS  
 DR. J. J. RODRIGUEZ  
 COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN