

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
FACULDADE DE MEDICINA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
MATERNO-INFANTIL**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO INTEGRADA  
À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

**ENIMAR DE PAULA**

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:  
COM A PALAVRA, OS GESTORES  
DAS MATERNIDADES PÚBLICAS DA  
REGIÃO METROPOLITANA II  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**



**NITERÓI**

**2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

**ENIMAR DE PAULA**

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: COM A PALAVRA, OS GESTORES  
DAS MATERNIDADES PÚBLICAS DA REGIÃO METROPOLITANA II  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde Materno-Infantil. Linha de Pesquisa: Atenção Integrada à Saúde da Mulher e da Criança.

Orientador: Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves

**NITERÓI / RJ**

**2019**

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

**ENIMAR DE PAULA**

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: COM A PALAVRA, OS GESTORES DAS  
MATERNIDADES PÚBLICAS DA REGIÃO METROPOLITANA II  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde Materno-Infantil. Linha de Pesquisa: Atenção Integrada à Saúde da Mulher e da Criança.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

.....  
**Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves**  
Presidente  
Universidade Federal Fluminense

.....  
**Prof. Dr. Diego Pereira Rodrigues**  
1º Examinador  
Universidade Federal do Pará - UFPA

.....  
**Prof. Dr. Audrey Vidal Pereira**  
2º Examinador  
Universidade Federal Fluminense - UFF

.....  
**Profª Drª Bianca Dargan Gomes Vieira**  
3º Examinador  
Universidade Federal Fluminense - UFF

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos maiores pilares da minha vida: meu pai, **Antônio** (In Memoriam), homem determinado, sonhador, de caráter e personalidade forte e, ao mesmo tempo, sensível aos mínimos detalhes da vida; e minha mãe (**Maria**), mulher simples e extremamente forte que completou e deu sentido a tudo com todo seu amor, zelo e orações.*

*Muito obrigado por terem me preparado para os desafios da vida.*

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos aqueles que colaboraram / contribuíram para a execução desta “longa” etapa que foi o Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil, que neste momento se conclui com a entrega e apresentação desta dissertação. Com certeza, este trabalho não seria possível se Deus não tivesse direcionado pessoas que foram fundamentais para que este momento se tornasse real. Por essa razão, a todos presto esta homenagem como forma de agradecimento.

Querido **Deus**, agradeço-Te por tudo. Eu sei e reconheço que só cheguei até aqui por Sua permissão e infinita misericórdia. Mesmo que hoje eu entenda que nem tudo conseguirei pela força dos meus braços, tenho certeza que foi o Senhor que os fortaleceram. Assim, como antes, ofereço esse louvor em total agradecimento:

*“Vivi a procurar, meu céu em qualquer lugar, em qualquer canto onde eu pudesse me jogar... Estrelas a brilhar, no meu caminho a iluminar, eu sei que sempre, esteve a me esperar... Eu sei que sempre foi meu Deus, mas sei também que é meu melhor amigo, eu sei que me perdi no tempo, mas sei que sou muito melhor contigo... Por mais que eu não veja, por mais que eu não saiba me entregar, tudo o que eu vejo me faz acreditar que há um brilho dos seus olhos que faz a chuva terminar”.*

(Guilherme Sá. Rosa de Saron: acústico e ao vivo. c2008. 1 DVD. Faixas 15 - 04:00min)

Agradeço aos meus pais: **Pai**, você foi e será meu herói por toda minha vida. Muito obrigado por ter me ensinado a ser um homem determinado e, principalmente, sonhador. Quantas vezes o mundo te disse *não* e quando menos esperávamos, ali estava você, de pé, lutando, mantendo-se firme diante das adversidades, indiretamente ensinando-me que quando se sonha pode-se, sim, realizar. De tantos ensinamentos, levo comigo essa força. Queria poder dizer-lhe o quanto te amo e o quanto sua presença faz falta mas, infelizmente, não será possível. Hoje, sinto-me como na minha formatura da graduação, sei que não poderá estar presente, mas continuarei sempre a esperar por você. **Mãe**, talvez palavras faltem para descrever tamanho amor, carinho e dedicação que sempre teve comigo. Mesmo não conhecendo o valor físico de um livro ou de um diploma, estive ao meu lado apoiando-me até mesmo nas minhas decisões mais improváveis e loucas. Obrigado por ter me apoiado na decisão de voar... Queria muito poder ter permanecido diariamente ao seu lado, mas foi necessário bater as asas para que este e

outros sonhos pudessem ser concretizados. Foi necessário para que hoje pudéssemos estar aqui juntos. Não seria nada sem sua proteção de mãe, seguido de mãe-pai. Apesar das limitações da vida, você é um exemplo de superação, garra e determinação e não poderia ter sido diferente, pois você deu sentido a tudo. Muito obrigado a vocês, meu “super-homem” e minha “mulher-maravilha”, meus heróis. Amo vocês.

**Glauber Amâncio**, muito obrigado por ter acreditado em mim como profissional e como amigo. Parte de muitas conquistas serei eternamente grato a você, que foi meu direcionador aqui nessa cidade, onde mesmo longe de todos os meus, ofereceu-me todos os seus, inclusive seus pais e sua casa. Serei eternamente grato a seus **pais** por terem cuidado tão bem de mim, nunca esquecerei do seu pai, levantando mais cedo para arrumar nosso almoço e passar meu jaleco e sua mãe dizendo “come mais lá menino, come”. Estar com vocês mudou minha vida e serei eternamente grato a todas as dificuldades que passamos juntos. Você é mais que um amigo, tornou-se meu irmão.

**Zuleide Aguiar e Paulo**, não poderia me esquecer e ser grato por terem dado credibilidade e seguimento às iniciativas do Glauber, acreditado no ‘cara’ lá do interior que morava a 200km do plantão. Com vocês pude aprender a desenvolver meu caráter profissional e a disseminá-lo com maestria. Vocês foram e são minha base e referência profissional e eu sou muito realizado por fazer parte de uma família chamada Cegonha Carioca.

**Alan Messala**, descrever tamanha admiração por você vai além do que pode ser descrito. Amigo que a vida me deu, irmão por merecimento e apego sentimental, você se tornou aos poucos peça fundamental para que este momento acontecesse. Quantos momentos compartilhados, quantos debates madrugada adentro que abordaram diversos temas, quantos “desentendimentos” por opiniões diferentes, quantas lágrimas choradas, confissões e gargalhadas de tirar o fôlego. Você é um cara que levarei para a vida, dentro e fora do ambiente profissional. A você, o meu muito e eterno obrigado.

**Renata Bezerra**, conhecer você foi um presente de Deus, preocupada, dedicada e carinhosa, dona de um caráter sem igual, parceira nos atendimentos emergenciais e na docência, você foi a raiz para a realização deste momento. Foi através de você e de sua busca pelo conhecimento que conheci essa Instituição, o Grupo de Pesquisa e meu Orientador.

Serei eternamente grato, não somente por esses momentos mas, sobretudo, por ter tido o prazer de dividir uma sala de aula ao seu lado. Esteja certa da minha admiração.

**Valdecyr Herdy Alves**, meu Orientador, mentor e amigo. Muito obrigado por ter me recebido nessa Instituição, juntamente ao Grupo de Pesquisa. É notório ver sua satisfação e prazer no papel que aqui desempenha como professor e pesquisador. Total incentivador, você viu potencial onde eu não enxerguei. Muito obrigado pela orientação dessa dissertação e pela incansável disponibilidade que sempre demonstrou, pelo seu vasto saber, espírito crítico, exigência, rigor e as valiosas contribuições, que foram decisivas para a concretização desta investigação e para o meu desenvolvimento pessoal. Obrigado por me acompanhar nesta jornada e por estimular o meu interesse pelo conhecimento e pela vida acadêmica.

**Diego Pereira Rodrigues**, meus sinceros agradecimentos por toda troca de conhecimento, disponibilidade, apoio às orientações, no incentivo e nas entrevistas que pode me acompanhar. E-mail vai e vem e aqui chegamos. Muito obrigado.

**GP Maternidade, Saúde da Mulher e da Criança**, é uma honra fazer parte desse GP. No início, eu tinha muita vergonha, nunca havia estado cercado de tantas pessoas detentoras de tanto conhecimento em diversas áreas. Com vocês, pude amadurecer ainda mais meu caráter profissional. Serei muito grato também aos amigos que esse GP me deu, **Felipe Castro e Camila Aguiar** e por tudo que vivi ao lado de vocês.

**Marcia Tavares**, apaixonada pela vida e pelo saber, você presenciou minha luta pela aprovação, minha irritabilidade e minhas lágrimas ao ser reprovado nos primeiros processos. Mesmo diante do improvável, você nunca deixou de acreditar nos meus valores e no meu potencial. Você foi fundamental para que eu não desistisse de tentar.

Aos meus amigos da família **Cegonha Carioca**, em especial aos que são alocados no Hospital da Mulher Mariska Ribeiro - HMMR, enfermeiros: Alan, Aline, Amanda, Anderson “o homem mais estiloso da base”, Bruno (Mamba-negra) “a serpente mais mortal do planeta”, Cassiana, “Cassinha”, Élidão, Monikão, Renata Bezerra “Renatinha”, Suelen “Susu”, Vivane “Vivi” e Tulany “Tutu”. O meu muito obrigado a cada um de vocês, pelo apoio e reconhecimento. Um muito obrigado em especial a Tulany, que sempre me esperou para ser rendida em diversos horários, quando eu tinha aula. Aos condutores: Silvio “PBZ”, Wiliam, Tavares, PC, Max, Daniel “cansado”, Viny, e mais recentemente Álvaro e Felipe, vocês são para vida.

Aos amigos do Hospital Municipal Rocha Faria - HMRF, em especial o muito obrigado à enfermeira Adriana Menezes que, por vezes, também contribuiu muito com meus horários.

Aos amigos do Hospital Municipal Pedro II, em especial às Enfermeiras: Marta e Thalita que, por vezes também contribuíram muito com meus horários, à equipe técnica da sala de parto, CO, AC e ACCR, em especial Erli, Josyane, Mirian e as técnicas, hoje Enfermeiras Queila e Célia, as quais tive o prazer de acompanhar parte desse desenvolvimento. Vivi momentos incríveis ao lado de vocês, em especial ao lado da Enfermeira Marta, com quem tenho um bem especial em comum a caminho, que é a Helena.

**Fernando Correia**, de amigos dos ferros a meu pastor, você passou a fazer parte da minha vida quando ainda malhávamos juntos. Um presente de Deus na minha vida, recebeu-me na Igreja, cuidou de mim, ajudou a secar minhas lágrimas e repreendeu-me quando necessário. Tenho orgulho disso. Você me ensinou a semear novos sonhos e quando eu achava que não havia mais sentido, Deus me deu você. Lembro com clareza do dia em que oramos juntos por esse momento, por essa conclusão, por mais essa vitória. Aqui estamos.

Agradeço aos hospitais e aos participantes desta dissertação, pois, sem a permissão e a disponibilidade de cada entrevistado, teria sido impossível a sua realização.

Aos **Membros da Banca Examinadora**, Prof. Dr. Diego, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Bianca e Prof. Dr. Audrey, que tão gentilmente aceitaram o convite para participar e colaborar com este trabalho.

Por fim, **a todos aqueles** que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

DE PAULA, Enimar. A Violência Obstétrica: com a palavra, os gestores das maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019. 81 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, 2019.

## RESUMO

A violência obstétrica pode ser entendida como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres durante o parto e ocorre no processo de gestar e parir, configurados como cuidados não humanizados, intensa medicalização, desrespeito ao protagonismo da mulher no processo de parir, difícil acesso aos serviços, precarização dos serviços e a falta do trabalho em equipe. Essas ações favorecem à mulher a perda da sua autonomia interferindo, assim, negativamente na qualidade e na segurança do serviço de saúde ofertado pelas Unidades de Saúde. O **objeto** da investigação foi o conhecimento dos gestores das maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro acerca da violência obstétrica, tendo como principais **objetivos**: compreender a percepção dos gestores das maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro acerca da violência obstétrica e identificar o conhecimento dos gestores das maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro acerca da violência obstétrica. **Metodologia**: foi realizada uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa nas maternidades integrantes da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, abrangendo os seguintes municípios: Niterói; São Gonçalo; Maricá e Rio Bonito. Participaram 16 gestores de maternidades públicas que trabalhavam diretamente na gestão dessas maternidades. A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada individual com perguntas abertas e fechadas e as entrevistas ocorreram no período de Maio de 2017 a Maio de 2018. **Resultados**: A partir da análise de conteúdo de Bardin, emergiram as seguintes categorias: “As interfaces do conceito sobre violência obstétrica e os saberes instituídos nos modelos de assistência ao parto” e “A formação em serviço: uma estratégia urgente para o enfrentamento da violência obstétrica”. Os gestores apresentaram um conceito amplo sobre a violência obstétrica e a necessidade de educação continuada em serviço, buscando reorganizar os serviços em uma perspectiva humanizada. Entretanto, mesmo com uma perspectiva ampliada do conceito de violência obstétrica, verificou-se que todas as maternidades já estão em processo de reorganização da lógica assistencial, tendo como base a política nacional da Rede Cegonha.

**Descritores:** Violência, Obstetrícia, Gestantes, Administração Hospitalar.

DE PAULA, Enimar. A Violência Obstétrica: com a palavra, os gestores das maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019. 81f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, 2019.

## ABSTRACT

Obstetric violence can be understood as the appropriation of the body and the reproductive processes of women during childbirth and occurs in the process of gestating and giving birth, configured as non-humanized care, intense medicalization, disrespect for women's role in the process of giving birth, difficult access services, the precariousness of services and the lack of teamwork. These actions favor the loss of women's autonomy, thus interfering negatively in the quality and safety of the health service offered by the Health Units. The **objective** of the investigation was the knowledge of the managers of the public maternity hospitals of the Metropolitan Region II of the State of Rio de Janeiro on obstetric violence, with the main **objectives:** to understand the perception of the managers of the public maternity hospitals of the Metropolitan Region II of the State of Rio de Janeiro on obstetric violence and to identify the knowledge of the managers of the public maternity hospitals of the Metropolitan Region II of the State of Rio de Janeiro on obstetric violence. **Methodology:** a descriptive, exploratory study was carried out with a qualitative approach in the maternity units of the Metropolitan Region II of the State of Rio de Janeiro, which covers the following municipalities: Niterói; Sao Goncalo; Maricá and Rio Bonito. Participants were 16 managers of public maternity hospitals who worked directly in the management of these maternities. Data collection was done through an individual semi-structured interview script, with open and closed questions, interviews took place in the period from May 2017 to February 2018. **Results:** From the analysis of Bardin content, the following emerged categories: "The interfaces of the concept of obstetric violence and the knowledges instituted in childbirth care models" and "On-the-job training: an urgent strategy for coping with obstetric violence", where managers presented a broad concept of obstetric violence and the need for continuing education in service, seeking to reorganize services in a humanized perspective. However, even with a broader perspective of the concept of obstetric violence, it was verified that all maternities are in the process of reorganizing the care logic, based on the national policy of the Stork Network.

Descriptors: Violence, Obstetrics, Pregnant Women, Hospital Administration

## **EPIGRAFE**

*“Quando tudo parecer dar errado em sua vida, lembre-se  
que o avião decola contra o vento, e não a favor dele”.*

**Henry Ford**

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ALERJ	Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
EC	Educação Continuada
EEAAC	Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
EPS	Educação Permanente em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
P	Participante
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PBE	Prática Baseada em Evidências
PE	Processo de Enfermagem
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RAS	Rede de Atenção em Saúde
RC	Rede Cegonha
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
USG	Ultrassonografia
VO	Violência Obstétrica

## LISTA DE QUADROS

Quadro I	Unidade de Registro, segundo núcleos temáticos e frequência para a elaboração da primeira e segunda categorias .....	37
Quadro II	Os núcleos temáticos, unidades temáticas e categorias .....	38

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	17
1.1	QUESTÃO NORTEADORA .....	19
1.2	OBJETIVOS .....	20
1.3	JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO .....	20
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL CONCEITUAL</b> .....	22
2.1	A TRAJETÓRIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....	22
2.2	O ADVENTO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO RIO DE JANEIRO .....	24
2.3	AS PRINCIPAIS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE UTILIZADAS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....	27
2.4	A DIFERENÇA ENTRE A EDUCAÇÃO CONTINUADA E A EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	30
<b>3</b>	<b>PROPOSTA METODOLÓGICA</b> .....	32
3.1	CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA .....	32
3.2	CENÁRIOS DE ESTUDO .....	33
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	33
3.4	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	34
3.5	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS .....	34
3.6	ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS .....	35
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	39
4.1	<b>Primeira Categoria</b>	
	❖ As interfaces do conceito de violência obstétrica e os saberes instituídos nos modelos de assistência ao parto .....	39
4.2	<b>Segunda Categoria</b>	
	❖ Formação em serviço: uma estratégia urgente para o enfrentamento da violência obstétrica .....	48

(continua)

(continuação)

<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>57</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>59</b>
	<b>APÊNDICES</b>	
	A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	69
	B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada .....	71
	<b>ANEXOS</b>	
	<b>Autorizações das Instituições</b>	
	A – Hospital Universitário Antônio Pedro – HUAP .....	73
	B – Hospital Estadual Azevedo Lima – HEAL .....	74
	C – Hospital Municipal Alzira Reis – HMR .....	75
	D – Hospital Municipal da Mulher Gonçalense – HMMG .....	76
	E – Hospital Municipal Conde Modesto Leal – HMCML .....	77
	<b>Parecer consubstanciado do CEP</b>	
	F – Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro .....	78

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O estudo teve como **objeto** *o conhecimento dos gestores das maternidades da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro acerca da violência obstétrica.*

Sabe-se que a gestação é vista por algumas mulheres, como o início de um novo ciclo que marca e caracteriza o “*ser mulher*”, embora haja predominância daquelas que associam esse momento à dor intensa e ao sofrimento e as que aguardam uma dificuldade decorrente de suas expectativas. Apesar de fisiológico, o trabalho de parto pode sofrer interferências resultantes de diversos fatores, tais como: aspectos emocional e cultural, valores, crenças, histórico da parturiente e fatores ambientais, tanto da mulher como dos profissionais de saúde que participam do processo assistencial<sup>(1)</sup>, que interferem diretamente na fisiologia do parto.

Essas interferências resultam no desrespeito à condição da mulher como sujeito de direito a uma assistência de qualidade e eficaz, face à lógica da obstetrícia moderna que valoriza a figura do profissional de saúde e a sua prática intervencionista e medicalizante durante o processo de nascimento, fato que permite a supervalorização da tecnologia, além de intervenções majoritariamente desnecessárias no corpo da mulher, considerando a gestação como “doença” e instaurando medidas e mecanismos violentos para “curá-la”.

Corroborando o pensamento acima, foi constatado no estudo “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”<sup>(2)</sup> que a cada quatro mulheres brasileiras, uma já sofreu alguma violência durante o parto e nascimento, sendo 74% dos atos cometidos junto à mulheres atendidas em instituições públicas brasileiras. Esse percentual pode ser maior do que aquele averiguado no estudo, pois muitas mulheres não conseguem ter a percepção de que foram violentadas em seus direitos constitucionais, seja pelos profissionais de saúde ou pelo Sistema de Saúde. Então, há necessidade de se repensar as rotinas institucionalizadas, em especial quanto ao direito e autonomia de escolhas da mulher.

O conceito de violência obstétrica (VO) abrange qualquer ato ou intervenção direcionada à parturiente, à sua família ou ao seu bebê, praticado sem o seu consentimento explícito e informado e/ou em desrespeito à sua autonomia, à integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências, assim desconsiderando uma lógica de direito<sup>(2)</sup>. Segue-se uma definição de violência obstétrica:

Entendemos que essas ocorrências ditas como violência obstétrica são praticadas por profissionais de saúde em diversas instituições, como unidade básica de saúde e hospitais da rede pública e privada. Perante as atitudes profissionais podemos destacar frases violentas e procedimentos desnecessários tais como, episiotomia rotineira e não seletiva, parto cesárea eletivo forjando indicações não reais, manter a parturiente em jejum prolongado sem justificativas clínicas, amarrar as pernas na

perneira da mesa ginecológica durante o parto normal, consulta de pronto-atendimento obstétrico com impaciência de não permitir que a paciente verbalizasse suas queixas, não permitir o direito ao acompanhante no trabalho de parto e parto; realização da manobra de Kristeller para apressar o nascimento, o uso de hormônios sintéticos de forma rotineira e sem critérios para acelerar o parto, expondo o binômio a desconfortos, dores e riscos desnecessários, entre outros.<sup>(3)</sup>

Nesse sentido, a violência obstétrica traz à tona uma discussão necessária frente ao atual panorama da Obstetrícia, que permite aos profissionais de saúde uma relação de cuidado respaldada na intervenção, na medicalização do corpo, no desrespeito à condição feminina e ao seu direito. E por se tratar de uma relação desigual, surgem rotinas institucionalizadas em consonância com a gestão das Unidades de Saúde, imperando o poder e a soberania desses profissionais frente a um modelo obstétrico desigual e horizontal do cuidado materno<sup>(4-10)</sup>.

Outra condição favorável para a ocorrência da VO, é o despreparo institucional nas mais diversas formas, como a falta de espaço e de conforto mínimo para acomodação dos acompanhantes, mesas de parto ultrapassadas para uma assistência humanizada nas quais somente se promove o parto na posição litotômica, a falta ou o descumprimento de protocolos obstétricos que visem a humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal, a falta de treinamento periódico de todos os colaboradores engajados na assistência, dentre outras<sup>(3)</sup>.

No meu percurso profissional, tive a oportunidade de integrar o Grupo de Pesquisa: Maternidade, Saúde da Mulher e da Criança, na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - EEAAC, vinculado à Universidade Federal Fluminense - UFF, tendo como justificativa obter maior conhecimento e fundamentação teórica e conceitual a respeito da violência obstétrica. O ensejo de poder compartilhar experiências e relatos com os demais integrantes desse Grupo apresentou-se, de forma incentivadora, diante dos meus diversos questionamentos acerca do tema.

A integridade do corpo da mulher, bem como o seu bem estar físico e emocional, “parecem” não ser as principais preocupações da Saúde Pública, pois, ainda são limitadas as investigações acerca da sua satisfação em relação ao seu período gravídico-puerperal e aos serviços que lhe são prestados. O desrespeito e o abuso vêm causando a perda da autonomia e da capacidade da mulher para decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a sua qualidade de vida, o que ficou comprovado pelo *Teste da Violência Obstétrica* realizado em quase duas mil mulheres, muitas insatisfeitas com a qualidade dos cuidados hospitalares recebidos<sup>(11)</sup>.

Esses achados vêm ao encontro de uma gestão geralmente “despreparada” para

oferecer à mulher um parto acolhedor, seguro e de qualidade visto que, desde o início do século XIX, o parto está sujeito a uma dimensão tecnocrática, caracterizada pela supervalorização do procedimento, da intervenção, das rotinas institucionalizadas, da autoridade, do poder e da “soberania” de profissionais de saúde frente a esse processo.

Fica claro que a gestão operacional e programática potencializa tais atos de violência obstétrica, uma vez que institui rotinas obstétricas com a valorização das intervenções e a manipulação do corpo da mulher, confirmando a autonomia desses profissionais e também as regras e rotinas hospitalares às quais a mulher precisa se adequar, a fim de evitar agressões verbais ou de outro tipo durante a assistência ao parto e nascimento. Portanto, pode-se inferir que, quando a gestão operacional e programática institui na sua rede de atenção um modelo tecnológico de cuidado materno, contraria as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a literatura científica que trata dessa questão. E como se não bastasse, há o descumprimento da Lei do Acompanhante<sup>(12)</sup>, inviabilizando a presença do acompanhante de livre escolha da gestante no momento do parto e nascimento, fazendo com que ela manifeste sentimentos negativos como medo e insegurança que, sem dúvida, prejudicam-na emocionalmente<sup>(4, 9-10, 13-18)</sup>.

Diante do exposto, torna-se evidente a problematização da violência obstétrica no atual cenário da Obstetrícia, que vem sendo rotineiramente praticada, transformando um momento natural e esperado em um momento traumático e manipulador, que deve ser combatido e enfrentado pelos profissionais de saúde que atuam no campo da saúde reprodutiva, por meio de práticas acolhedoras e humanizadas junto à mulher em todo o processo do parto e nascimento e, também, com a participação dos gestores responsáveis por determinar medidas que impeçam a continuidade dessas agressões.

A temática ora apresentada está vinculada à Linha de Pesquisa: Atenção Integrada à Saúde da Mulher e da Criança, do Grupo de Pesquisa: Maternidade, Saúde da Mulher e da Criança da EEAAC / UFF.

## 1.1 - QUESTÃO NORTEADORA

A questão proposta para esta dissertação foi a seguinte:

- Qual a ótica dos gestores das maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro acerca da violência obstétrica?

## 1.2 - OBJETIVOS

Para compreender a violência obstétrica através da percepção dos gestores das maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro e descrever os passos a fim de atender ao propósito desta pesquisa, foram definidos os seguintes **objetivos**:

1. Compreender a percepção dos gestores das maternidades públicas da Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro acerca da violência obstétrica.
2. Identificar o conhecimento dos gestores das maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro acerca da violência obstétrica.

## 1.3 - JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Justifica-se o estudo pela visibilidade ao desrespeito a mulher que, dentre outros danos, inibe os direitos sexuais, reprodutivos e humanos, garantidos legalmente a ela, inclusive no que respeita a uma assistência parturitiva de qualidade, promovendo o resgate do seu protagonismo no processo do parto e nascimento.

Já se tem conhecimento da existência de um movimento nos centros de pesquisas científicas das universidades públicas, como os grupos de pesquisa com enfoque na assistência obstétrica e na saúde reprodutiva, para coibir esse desrespeito. Como resultado, tem-se discussões acerca da temática, com o propósito de aprofundar a reflexão acerca do processo do desrespeito à qual as mulheres vem sendo submetidas nas maternidades públicas de saúde. Considerando a magnitude dessa questão na saúde reprodutiva da mulher, o assunto acaba por se constituir uma das demandas das políticas públicas de saúde para uma assistência de qualidade às mulheres, principalmente na questão do resgate do papel feminino no parto e nascimento.

Quanto às contribuições deste estudo, pretende-se atingir os pontos descritos a seguir, nos respectivos âmbitos de atuação profissional:

- **GERENCIAL**: Promover a discussão e reflexão sobre a assistência obstétrica com os gestores municipais, gestores locais e coordenadores de saúde, com o propósito de obter mudanças na assistência obstétrica na Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, com foco em um modelo humanizado.
- **ASSISTENCIAL**: Promover uma mudança nas práticas da assistência obstétrica com o propósito do resgate da mulher em sua autonomia e direito a uma assistência com o mínimo de intervenções.

- **FORMAÇÃO:** Capacitação de gestores e profissionais de saúde na assistência obstétrica, com foco no direito da mulher a uma assistência de qualidade, humanização do parto e nascimento, mudanças de práticas institucionais consideradas nocivas e inserção de novas práticas com o propósito de assegurar a autonomia da mulher no processo parturitivo.
- **POLÍTICAS PÚBLICAS:** Para o alinhamento das políticas públicas de enfrentamento à violência obstétrica nas maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, considerando a saúde reprodutiva da mulher no âmbito institucional, o estudo poderá contribuir para uma reflexão visando ao enfrentamento da questão, como também para a melhoria da assistência obstétrica na Região.

## 2 - REFERENCIAL CONCEITUAL

### 2.1 - A TRAJETÓRIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Durante muitos anos, a assistência ao parto foi uma prática realizada pelas mulheres dentro do ambiente doméstico, tendo como base os aspectos biológicos, psicológicos, relacionais e espirituais. O cuidado com outras pessoas, inclusive com as mulheres durante o parto, estava associado ao “fazer” feminino, permitindo uma importante acumulação de saber e de fortalecimento desse espaço como local de poder<sup>(19)</sup>.

Posteriormente, com a intervenção da figura masculina no campo obstétrico, houve uma perda significativa da credibilidade das parteiras no processo de nascimento, que foram substituídas pelos parteiros-sacerdotes. Como a Igreja tinha grande força, tanto política quanto sobre o conhecimento, os parteiros-sacerdotes eram chamados somente para os partos em que houvesse alguma intercorrência. Nesse aspecto, a presença masculina era considerada como um mau sinal naquela época<sup>(20)</sup>.

A partir do século XVIII, a arte de realizar partos, historicamente composta pelo saber-poder feminino, enriquecido de saberes populares, transformou-se em saber-poder masculino com o surgimento do processo de medicalização da sociedade. Como consequência disso, a mulher acabou perdendo a sua privacidade e autonomia, além de ser separada da família e submetida a normas institucionais e práticas invasivas, sem conhecimento prévio e sem o seu consentimento, com a justificativa de que seria para uma assistência eficaz e segura<sup>(21)</sup>.

Durante esse período, surgiu a medicina científica que passou a ser praticada nas universidades de acesso restrito aos homens, dando continuidade ao processo de dominação do corpo feminino, iniciado pela Igreja no século XV. Com a entrada dos profissionais de saúde e de seus instrumentos, as parteiras passaram a ser coadjuvantes no processo do parto, mesmo que sua participação fosse considerada inadequada. Nesse aspecto, a assistência ao parto, passou a ser considerada uma atividade restrita ao médico, assim ensejando a predominância do parto hospitalar, que ocorreu no século XX<sup>(19-21)</sup>.

Após a Segunda Guerra Mundial, o parto passou a ser uma prática realizada nas instituições hospitalares, sendo visto como um momento essencial para o treinamento de acadêmicos e residentes de medicina e enfermagem. Sendo assim, o parto deixou de ser um momento individual e feminino e passou a ser realizado por profissionais de saúde<sup>(22)</sup>.

Ainda no século XX, as mulheres das classes média e alta de países industrializados

tinham seus filhos sedadas, o que era chamado de “sono crepuscular”. Nesse tipo de parto, a mulher sentia dor, embora não se lembrasse devido ao uso de morfina e amnésico ao mesmo tempo. Por causa do uso do amnésico, ficavam muito agitadas, sendo necessário prendê-las na cama. O parto era induzido com o uso de ocitócitos, o colo do útero era dilatado artificialmente e o neonato nascia por meio do fórceps. Esse tipo de parto acabou em razão das altas taxas de mortalidade materna e neonatal. Com o surgimento dos anestésicos, a assistência à parturiente foi dividida em pré-parto, parto e pós-parto<sup>(23)</sup>.

Já nos anos de 1940, foram criadas as primeiras diretrizes de saúde pública voltadas para a mulher. Até o início da década de 60, a preocupação era focada na assistência ao parto e, posteriormente, com a inserção da medicina preventiva no país e a criação dos centros de saúde, foram iniciados os programas de pré-natal com a finalidade de diminuir a mortalidade infantil (22-23).

Observa-se, nesse período, que as mulheres passaram a experimentar o parto de maneira consciente, porém, ainda ficavam imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas. Este tipo de parto continuou a ser induzido e a técnica da episiotomia disseminou-se na medicina. A cultura obstétrica ocidental era fundamentada no modelo cartesiano do dualismo corpo-mente, que evoluiu para a concepção do corpo visto como uma máquina. De acordo com essa visão, o corpo masculino seria o modelo enquanto o feminino, apenas um desvio desse padrão, uma anormalidade controlada pela natureza que precisava da dominação masculina. A partir dessa perspectiva, surgiu a medicalização do parto: um evento biológico normal transformado em patologia pelo modelo da saúde curativa<sup>(23)</sup>. No final do século XX surgiu o movimento da Medicina Baseada em Evidências, que visava centralizar os cuidados em saúde a partir das evidências científicas da eficácia e segurança dos procedimentos.

Segundo os estudos científicos e de acordo com o que foi exposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o parto é considerado um evento normal e o nascimento por via vaginal, visto como o melhor modelo no que diz respeito à saúde materna e do bebê, sendo a intervenção mínima considerada o modelo a ser seguido na assistência<sup>(24)</sup>.

Mesmo diante desses esclarecimentos, ainda nos dias atuais é possível observar que as mulheres passam por várias práticas desrespeitosas na assistência ao parto e nascimento, sem o prévio conhecimento e consentimento de cada uma, com o objetivo de anular o respectivo poder decisório, com o agravante do descumprimento das boas práticas do parto normal recomendadas pela OMS<sup>(25)</sup> estando, portanto, em desacordo com o Movimento de Humanização da Assistência e as Evidências Científicas na área de Obstetrícia.

Desse modo, independentemente de o conceito de humanização do parto e nascimento

ser reconhecido e recomendado por órgãos como a OMS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde (MS), o Sistema Único de Saúde (SUS) e Conselhos e Associações de classe dos profissionais de saúde, a parturição continua suscetível a condutas violentas e desumanas, destarte configurando a violência obstétrica, expressão usada pelo Movimento de Humanização da Assistência para classificar toda ação ou conduta violenta contra a mulher, do ponto de vista reprodutivo<sup>(25)</sup>.

Não obstante já existirem políticas voltadas para um cuidado humanizado durante o processo de parturição, revela-se que há também abusos de poder por parte das Instituições hospitalares e de seus profissionais no que diz respeito à assistência à parturiente. A Epidemiologia aponta um aumento na taxa de casos de violência obstétrica, de maneira que uma em cada quatro mulheres afirma já ter sofrido violência no parto, ou seja, 25% das brasileiras atendidas nas redes pública e privada disseram que se sentiram violentadas<sup>(26)</sup>.

Essas mudanças ressaltam sobremaneira o cuidado prestado à parturiente, incluindo o resgate do parto normal, além de estratégias que objetivem o incentivo dos profissionais de saúde para que o parto seja conduzido e visto como um processo fisiológico, guiado pela ideia de humanização<sup>(27)</sup>.

## 2.2 - O ADVENTO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO RIO DE JANEIRO

Em meados dos anos 80, no Rio de Janeiro, as práticas obstétricas invasivas realizadas nas maternidades, começaram a ser marcadas pelo autoritarismo e pela deficiência de evidências científicas, mostrando insustentabilidade, insegurança e necessidade ineficaz. Nesta época, a enfermagem obstétrica era focada na vigilância intensiva e no controle do trabalho de parto, mas foi após o Concurso Público de 1985 que os enfermeiros obstétricos passaram a atuar diretamente no parto, cenário antes restrito aos médicos no âmbito dos hospitais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Esse evento representou uma abertura para a inclusão da enfermeira obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS), o conhecimento e o desejo pelas práticas menos invasivas<sup>(28)</sup>.

No início dos anos 90, o município do Rio de Janeiro passou por um processo de municipalização das maternidades federais e, simultaneamente, o movimento de humanização do parto alcançou níveis nacionais. Como reflexo, foram verificadas mudanças nas condutas políticas voltadas para a área obstétrica no sentido de estimular o parto normal<sup>(28)</sup>. Em 1994 foi inaugurada a Maternidade Leila Diniz, que teve a atuação dos enfermeiros obstétricos na assistência ao parto de baixo risco e, em 1998, houve também a assistência obstétrica nas

maternidades Herculano Pinheiro e Alexander Fleming, que tinham como objetivo resgatar o nascimento como um evento único na vida da mulher e de sua família.

O início da atuação da enfermagem obstétrica deu-se realmente em setembro de 2004, oriundo da necessidade de mudar concepções e melhorar a qualidade da assistência obstétrica. Desde essa época, observou-se a diminuição de intervenções desnecessárias, o uso amplo de tecnologias menos invasivas, melhores resultados maternos e neonatais, melhor satisfação da mulher e redução considerável das taxas de episiotomia<sup>(29)</sup>. Na rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, as instituições hospitalares foram vistas como o principal cenário para a formação desses profissionais, tendo uma casa de parto e os serviços da atenção básica como complementares, visto que 98% dos nascimentos ocorrem neste ambiente<sup>(29)</sup>.

Em relação aos dados estatísticos sobre as práticas intervencionistas no Rio de Janeiro, a episiotomia, a amniotomia e o uso de ocitocina foram as condutas mais realizadas nas maternidades. No que diz respeito à amniotomia, o percentual foi de 14% nas maternidades estudadas, contudo, menores em comparação aos verificados em Centros de Parto Normal (67%), em maternidades aderentes ao modelo obstétrico humanizado (73%) e em maternidades que adotavam o modelo de assistência tradicional (82%)<sup>(30)</sup>.

Em relação ao uso de episiotomia, observou-se que as primíparas tem dez vezes mais chances de serem submetidas a esta prática do que as multíparas. Em um estudo realizado com profissionais de saúde de um hospital do Rio de Janeiro, que tinha como finalidade verificar a periodicidade e os pré-requisitos escolhidos para indicar a episiotomia, constatou-se que o seu uso ocorreu em 76% dos partos normais, sendo que foi praticada em 92% dos partos de primigestas. Os critérios mais frequentes para sua indicação, citados pelos profissionais, foram: rigidez perineal, primiparidade, feto macrossômico e prematuridade<sup>(31)</sup>. Outro estudo realizado em uma maternidade do Rio de Janeiro apontou, também, que quanto maior o número de partos, menor era a chance de ocorrer episiotomia, havendo três vezes mais chance de mulheres que nunca passaram por parto normal anterior, serem sujeitas a este procedimento<sup>(31)</sup>.

Quanto às cesáreas, é conhecido que a sua prevalência no Brasil é a mais alta do mundo, ficando próxima aos valores de China (46%), Turquia (43%), México (42%), Itália (38%), Estados Unidos (32%), sendo muito superior aos da Inglaterra (24%), França (20%) e Finlândia (16%). Assim, as taxas de cesariana no setor público, ocorreram de modo reduzido em mulheres que apresentaram baixo nível de escolaridade e nas não brancas. Isso mostra que o excesso de cesáreas ocorre em mulheres brasileiras de classe média e alta, alcançando quase 90% no setor privado de saúde<sup>(32)</sup>.

A cesárea eletiva foi um dos principais fatores para a indicação do parto cesáreo, mostrando que os médicos obstétricos tem maior preferência por este tipo de parto. Contudo, muitos desses profissionais afirmaram que em condições estáveis na gestação, poderia ser indicado o parto normal. Entretanto, relataram que não deixariam de realizar o parto cirúrgico caso a mulher quisesse, pois consideravam que os riscos obstétricos são reduzidos no parto cesáreo<sup>(33)</sup>.

Nesse aspecto, o apoio dos profissionais de enfermagem durante o processo de parturição, caracteriza-se como essencial e reconfortante para as mulheres. Entretanto, muitos enfermeiros obstétricos que atuam nas maternidades e hospitais no Rio de Janeiro, relataram alguns entraves para realizar as boas práticas na assistência ao parto em seus serviços. Entre eles, destacam-se: o cuidado voltado ao modelo biomédico, anulando a autonomia da mulher; falta de leitos e estrutura organizacional do ambiente físico das instituições; número reduzido de funcionários habilitados e capacitados para atuar no parto e o despreparo do acompanhante e da família para lidar com os sentimentos que surgem durante o processo de parto e nascimento<sup>(34)</sup>.

Há ainda o uso de frases jocosas, cheias de preconceito e falso moralismo, justificadas como “brincadeiras de humor”, não sendo identificadas pelos profissionais de saúde como um tipo de violência obstétrica. As ideias dessa natureza possibilitam que a prática da violência verbal seja aceita, tolerada e socializada no dia a dia da assistência à mulher, tornando-a uma conduta banal dentro das instituições de saúde. Assim, o momento que seria o mais delicado e essencial na vida da parturiente, acaba tomando um caminho permeado por atos grosseiros, pela impaciência, ameaças, gritos, humilhação intencional e repressão<sup>(35)</sup>.

Ainda a respeito da relação entre profissionais de saúde e parturientes na assistência obstétrica no Rio de Janeiro, observam-se falhas na comunicação com a mulher, já que elas nunca sabem o que os médicos fazem com o seu corpo, não são consultadas sobre suas opiniões a respeito dos procedimentos, desconhecem os resultados de seus exames e ainda, pouco sabem sobre o quadro clínico do recém-nascido. Nessa perspectiva, informações fragmentadas ou confusas, ausência de informações e o uso de termos técnicos junto às mulheres em processo de parturição, reforçam o sistema de dominação e de sujeição das mesmas nos serviços de saúde<sup>(35)</sup>.

Dessa forma, as informações adquiridas pela mulher são retiradas de relatos de amigas e familiares que já deram à luz ou de revistas que orientam muito pouco sobre o assunto. Pode-se dizer, então, que a principal causa que liga todas as violências obstétricas relatadas, é a ausência de informação por parte da mulher<sup>(36)</sup>.

### 2.3 - AS PRINCIPAIS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE UTILIZADAS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Uma das principais políticas públicas no enfrentamento da violência obstétrica no Brasil, é a humanização da assistência nas instituições hospitalares. O termo “humanização” está relacionado à assistência que prioriza a qualidade do cuidado na visão técnica, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, o que significa a valorização do profissional de saúde e do diálogo dentro e entre as equipes<sup>(37)</sup>.

A humanização na área da saúde pode ser entendida como o princípio das ações de base humanista e ética; movimento contra a violência dentro das instituições hospitalares; política pública para a atenção e gestão no SUS; ferramenta para contribuir na gestão participativa e tecnologia do cuidado na assistência à saúde. Por tecnologia do cuidado, compreende-se a ênfase deste processo ao princípio da integralidade e do desenvolvimento de tecnologias leves para o aprimoramento da atenção<sup>(37)</sup>.

Nesse sentido, a humanização na área obstétrica estabelece o protagonismo da mulher durante o trabalho de parto, parto e uma assistência baseada nos princípios do SUS (equidade, integralidade e universalidade), que reduz a possibilidade da ocorrência da violência obstétrica, demonstrando a inserção de ações preconizadas pelas políticas públicas existentes, por meio da atuação dos profissionais de saúde <sup>(37-38)</sup>.

O cuidado humanizado à parturiente é oriundo do relacionamento entre os profissionais de saúde e a própria paciente. Essa relação resulta do entendimento da situação vivenciada pelo outro, pois o trabalho de parto e o parto são primordiais para a mulher se tornar mãe<sup>(38)</sup>.

Ainda, a atenção humanizada apresenta diversos significados. A valorização dos aspectos culturais e sociais e, principalmente, da autonomia da mulher, são essenciais para fazer parte desse processo, bem como a manutenção de ações de suporte físico e emocional à mulher, com práticas não invasivas como, por exemplo, estímulo à deambulação, mudança de posição e uso da água para relaxamento. Aliados a isso, os vínculos afetivos entre mãe, família e bebê. Dessa forma, é possível reconhecer na "atenção" recebida pelas parturientes e que foi vista como algo crucial durante o parto, dois elementos importantes da humanização: o acolhimento e o vínculo<sup>(38)</sup>.

O acolhimento é constituído com base na ética, no respeito à diversidade e na tolerância aos diferentes, baseando-se na escuta clínica integral, comprometida com a construção da cidadania. O acolhimento ocorre por meio do encontro entre profissional e

paciente, em que o primeiro tenta identificar as necessidades do segundo e através de uma relação negociada se constrói o vínculo<sup>(39)</sup>.

Já o vínculo estimula a autonomia e a cidadania. A sua criação depende do reconhecimento do paciente, enquanto ser humano que fala, julga e deseja. Tanto o acolhimento quanto o vínculo expandem a eficácia das condutas de saúde e aumentam a autonomia e participação das parturientes na assistência. Por meio do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), são inseridos esses elementos essenciais para uma boa qualidade no atendimento prestado<sup>(39)</sup>.

O PHPN foi criado, inclusive, com a finalidade de auxiliar na melhoria durante a assistência ao parto e ao recém-nascido, garantindo o acesso, a cobertura e a qualidade do atendimento. Ele traz o entendimento do conceito de humanização por meio do acolhimento com dignidade à mulher, seus familiares e ao recém-nascido, incluindo ações éticas, criando um ambiente harmonioso para esse momento, além da adoção de procedimentos benéficos, evitando práticas invasivas desnecessárias<sup>(38-39)</sup>.

O PHPN trouxe várias recomendações de condutas clínicas e abordagens terapêuticas baseados em evidências científicas, como a presença de um acompanhante conforme a escolha da mulher, a qualificação das relações interpessoais entre profissionais e parturientes, a criação de espaços de construção de saberes e informações, a participação, autonomia e maior controle de decisão da mulher sobre seu próprio corpo, entre outros. A humanização da assistência tem a função de assegurar que um momento como o parto seja experimentado de maneira mais positiva e construtiva<sup>(38-39)</sup>.

De acordo com essa perspectiva, a PNH qualifica a atenção obstétrica e se fortalece como política transversal no SUS, auxiliando as práticas de trabalho em conformidade com as diversas normatizações. Como política de Estado, deve dar mais atenção à formação dos profissionais de saúde que serão orientados por suas diretrizes e, primordialmente, estimular a implementação da humanização na formação dos seus profissionais<sup>(40)</sup>.

Além disso, o Ministério da Saúde (MS) desenvolve há mais de vinte anos, uma estrutura que valida e promove a atuação de enfermeiros na área obstétrica, ao mesmo tempo em que organiza redes de atenção conduzidas pela humanização. Como estratégia do governo federal, a ação mais recente que ressalta este cuidado é a inserção da “Rede Cegonha”, preconizada pela Portaria nº 1.459, cuja finalidade é aprimorar também a assistência ao parto e ao nascimento no Brasil. A participação da enfermagem obstétrica nos Centros de Parto Normal do país e sua atuação na assistência ao parto normal, são vistas como primordiais nas práticas de humanização<sup>(40)</sup>.

A Rede Cegonha (RC) está introduzida no debate da Rede de Atenção em Saúde (RAS), cuja finalidade é estabelecer a integração das ações e serviços de saúde para assegurar uma atenção eficaz e de qualidade em todos os pontos de atenção, centralizando na satisfação dos usuários e na melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno-infantil<sup>(41)</sup>. Para delinear seu campo de atuação, a RC parte do princípio de que as mortalidades materna e infantil permanecem muito altas, destacando uma intensa medicalização do parto e do uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto)<sup>(41)</sup>.

A RC é constituída por três elementos primordiais: (1) pré-natal, parto e nascimento; (2) puerpério e atenção à criança; e (3) sistema logístico. A inserção desse sistema de rede abrange ações desde o pré-natal na Atenção Básica de Saúde, maternidades e hospitais associados ao SUS. As gestantes de risco habitual são atendidas em unidades básicas de saúde e, quando diagnosticadas intercorrências de risco ou trabalho de parto, recomenda-se o encaminhamento aos serviços de atenção secundária<sup>(40-41)</sup>.

Ademais, a violência obstétrica também já era tema das políticas de saúde ao final da década de 80: o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), por exemplo, reconhecia o tratamento generalizado e muitas vezes agressivo das instituições de saúde, direcionado às mulheres. Em 2004 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) tendo como base o PAISM, no cenário da redemocratização do Brasil/ Conferência de Alma-Ata (1978), com a participação dos movimentos sociais e de mulheres, em especial do Movimento Feminista<sup>(42)</sup>.

Contudo, ainda que o assunto estivesse na pauta feminista e também na de políticas públicas, foi negligenciado devido à resistência dos profissionais da área de saúde, por outros aspectos urgentes na agenda dos movimentos e pela falta de acesso das mulheres pobres a serviços primordiais<sup>(42)</sup>.

Diante disso, a humanização continua sendo incentivada pelos órgãos de saúde por meio de Portarias e Decretos que regulamentam e objetivam o aprimoramento da qualidade da assistência. A equipe de enfermagem, em especial os enfermeiros obstétricos, tem papel essencial na diminuição da violência obstétrica e inserção de um parto mais humanizado<sup>(43)</sup>.

## 2.4 A DIFERENÇA ENTRE A EDUCAÇÃO CONTINUADA E A EDUCAÇÃO PERMANENTE

A Educação Continuada (EC) começou na década de 50 com a reunião de Elsinor, ocorrida na Dinamarca em 1959 e patrocinada pela UNESCO, com o objetivo de discutir os métodos de educação em adultos e o papel dos países participantes na reconstrução do pós-guerra. O objetivo desse encontro era compreender que todo o conhecimento sofre modificações, sendo necessário aprender a capacitar-se. O slogan na época era "Há de ajustar-se a um mundo novo em mutação"<sup>(48)</sup>.

Já na década de 60, o conceito de EC começou a ser ampliado e o adulto a ser aceito como um ser passível de aprendizado, mesmo que de maneira diferente da criança e do adolescente. Seu objetivo era técnico e institucional e, devido a isso, apareceram vários projetos e iniciativas incentivando a capacitação de mão-de-obra. Nos anos 70, este processo foi caracterizado pelo pensamento de que o homem "educa-se a partir da realidade que o cerca e, em interação com outros homens, coeduca-se". É uma fase que coloca o homem consciente, dentro da realidade onde vive, interagindo como sujeito transformado<sup>(48)</sup>.

Dessa forma, EC é definida como um conjunto de atividades educativas a fim de atualizar o indivíduo no ambiente em que ele trabalha, onde lhe é proposto à oportunidade de desenvolvimento assim como sua participação eficaz no dia-a-dia da instituição<sup>(49)</sup>.

Ela ainda é essencial para a assistência de qualidade, sendo considerado um instrumento vital para a população, tanto para os que prestam assistência quanto aos que são assistidos. A EC garante o autodesenvolvimento, levando a maior incentivo, satisfação e aumento da produtividade<sup>(50)</sup>.

Pode ser definida também como um campo de captação e propagação de conhecimentos, práticas e reflexões sobre o processo de trabalho dos colaboradores de uma instituição de saúde. Ressalta-se aí o importante papel da EC no incentivo dos trabalhadores de saúde, pois, ao resgatar a visão voltada para o desenvolvimento desses profissionais, permite uma melhor compreensão da experiência, da identidade e de seus conhecimentos<sup>(50)</sup>.

Mesmo sendo primordial na capacitação dos profissionais de saúde, a EC muitas vezes tem suas atividades baseadas apenas na organização de palestras, cursos, aperfeiçoamentos técnicos, sem levar em consideração a realidade cotidiana da prática profissional, a resolução dos problemas mais imediatos, perdendo-se a oportunidade de refletir sobre o que se faz e por que se está fazendo. Esta maneira de desenvolvimento, apesar de fazer parte da EC não estabelece uma visão mais humanizada da assistência a ser prestada

ao cliente<sup>(51)</sup>.

Então, Sardinha et al.<sup>(52)</sup> alegam que a EC evolui de acordo com os objetivos da instituição, sendo, realizada no ambiente de trabalho e acontecendo de maneira tradicional, não valorizando os saberes dos profissionais e a construção de novos conhecimentos. Já a EPS visa as mudanças na formação e no desenvolvimento profissional, onde o conteúdo estudado é oriundo de situações do cotidiano dos profissionais, e liga as esferas como a gestão, os serviços de saúde, as instituições de ensino e órgãos de controle social<sup>(52)</sup>.

Então, no que diz respeito a comparação entre a EC e a EPS, a primeira desenvolve-se de maneira uniprofissional, buscando uma prática mais autônoma, sendo centralizada em temas e especialidades, objetivando a atualização técnico-científica e com periodicidade esporádica, além de usar metodologias baseadas na pedagogia de transmissão, tendo como resultado a apropriação do saber científico de forma passiva. Já a EPS trabalha na concepção da mudança, participa da elaboração das ações de ensino em serviço, considera as individualidades, necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde, consolidando a atenção integral a saúde<sup>(53)</sup>.

### 3 PROPOSTA METODOLÓGICA

#### 3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa porque não houve pretensão de quantificar dados<sup>(54)</sup>. A pesquisa exploratória envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram (ou tem) experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Possui ainda a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para a formulação de abordagens posteriores. Dessa forma, este tipo de estudo visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores. As pesquisas exploratórias visam proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo<sup>(55)</sup>.

Quanto à pesquisa descritiva, seu objetivo primordial é descrever características de determinada população ou fenômeno ou, então, estabelecer relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob esta denominação e uma de suas características mais significativas, está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistêmica<sup>(55)</sup>. Considera-se esse enfoque mais adequado na medida em que o estudo terá como pressuposto a necessidade de identificar a violência obstétrica sob a ótica dos gestores de saúde no processo do parto e nascimento nas maternidades da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro.

A abordagem qualitativa ou naturalista, envolve a obtenção de dados descritivos, a partir do contato direto do pesquisador com a situação estudada. É uma abordagem que enfatiza mais o processo do que o produto, preocupando-se em retratar a perspectiva dos participantes. Entre as várias formas que pode assumir uma pesquisa qualitativa, destacam-se a pesquisa do tipo etnográfico e o estudo de caso. Sendo assim, para a Enfermagem, essa abordagem permite a compreensão holística do homem, além de possibilitar a exploração e o aprofundamento das situações cotidianas da assistência <sup>(55)</sup>.

### 3.2 CENÁRIOS DO ESTUDO

Os cenários deste estudo foram as maternidades públicas abaixo relacionadas, localizadas nos municípios de Niterói, São Gonçalo, Maricá e Rio Bonito, integrantes da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro:

- Hospital Universitário Antônio Pedro;
- Hospital Estadual Azevedo Lima;
- Hospital Municipal Alzira Reis Vieira;
- Hospital Municipal da Mulher Gonçalense;
- Hospital Municipal Conde Modesto Leal;
- Hospital Darcy Vargas.

Para tanto, foi solicitada formalmente à Direção das Instituições e às Chefias médica e de enfermagem das maternidades descritas, a concessão das autorizações para o livre acesso aos respectivos espaços físicos, viabilizando o início da coleta de dados. Coube à Coordenação das Unidades entregar ao pesquisador as autorizações dos respectivos cenários (ANEXOS A, B, C, D, E).

Ressalta-se que o Hospital Darcy Vargas, do município de Itaboraí, não participou do estudo porque a maternidade local estava em obras.

### 3.3 - PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram participantes da pesquisa: *Diretores Médico e de Enfermagem* (gestores das Unidades) e *Coordenadores Médico e de Enfermagem* (gestores das respectivas maternidades) das seguintes Unidades de Saúde: Hospital Universitário Antônio Pedro; Hospital Estadual Azevedo Lima; Hospital Municipal Alzira Reis Vieira; Hospital Municipal da Mulher Gonçalense; Hospital Municipal Conde Modesto Leal e Hospital Darcy Vargas e, ainda, os *Secretários de Saúde e os Coordenadores da Área da Saúde da Mulher* dos municípios já citados, integrantes da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro.

O estudo teve como **critério de inclusão** dos participantes, estar no pleno exercício do cargo na Instituição de saúde. Foram **excluídos** todos os Coordenadores Médico e de Enfermagem com menos de seis meses no exercício de suas funções e os que estivessem ausentes, por qualquer motivo, no dia agendado para a entrevista de coleta de dados, que ocorreu no período de Maio de 2017 a Maio de 2018.

As entrevistas foram suspensas quando ocorreu a saturação, isto é, quando os

depoimentos tornaram-se repetitivos sendo irrelevante, portanto, persistir na coleta de dados. Para assegurar a privacidade e o sigilo quanto aos dados coletados, os participantes foram identificados pelas letras **P** (Participante), seguida de um algarismo arábico ( $P_1, P_2, \dots, P_n$ ), conforme a ordem de realização das entrevistas.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro, vinculado à Universidade Federal Fluminense - UFF para aprovação, como preceitua a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, sendo aprovado sob CAAE nº 59722816.4.0000.5243, com o protocolo nº 1.776.097/2016 (ANEXO F).

A inclusão dos participantes foi voluntária e dependeu da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), documento previsto na Resolução acima citada, cujo texto contém todas as informações acerca do estudo.

É importante considerar que os desconfortos ou riscos associados à participação dos entrevistados na pesquisa, poderão ser constrangimento e desconforto com a temática abordada durante a entrevista. Todavia, ressalta-se que o pesquisador é treinado e capacitado para aplicar o instrumento de coleta de dados com o propósito de evitar riscos para os participantes, comprometendo-se a resguardar a integridade física, psíquica e emocional dos mesmos, além da medida de manter a respectiva privacidade, valendo-se da aplicação da entrevista em uma sala reservada na Instituição para este fim.

### 3.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista semiestruturada individual (APÊNDICE B) com perguntas abertas e fechadas, tendo como enfoque a violência obstétrica. Segundo a literatura consultada, a entrevista seguiu um roteiro preestabelecido, com perguntas previamente definidas, tendo a construção dos indicadores das variáveis através das informações colhidas dos fatos e opiniões<sup>(56)</sup>.

A entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto a respeito do qual um roteiro é confeccionado com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista, isto porque esse tipo de entrevista pode fazer emergir

informações de forma mais livre e as respostas não estarão condicionadas a uma padronização de alternativas<sup>(57)</sup>.

No caso presente, foram construídas questões que contemplaram o conhecimento/percepção dos gestores quanto à assistência obstétrica, práticas desrespeitosas à saúde da mulher, direito da mulher, medidas e enfrentamento. Do mesmo modo, deu-se a formulação de perguntas relacionadas à percepção dos gestores de saúde acerca da assistência obstétrica, propiciando respostas aos questionamentos do estudo sob o olhar dos gestores de saúde.

A coleta dos depoimentos dos participantes ocorreu por meio de aparelho digital para a sua gravação, que tem a vantagem de registrar todas as expressões orais, deixando o entrevistador livre para prestar atenção no entrevistado. Segundo Gil (2008, p.119) “[...] a gravação eletrônica é o melhor método de preservar o conteúdo da entrevista. Mas é importante considerar que o uso de gravador só poderá ser feito com o consentimento do entrevistado”. Posteriormente, as informações dos depoimentos foram digitalizadas na íntegra, visando não perder nenhum detalhe do que foi dito<sup>(58)</sup>.

### 3.6 ANÁLISES DOS DADOS COLETADOS

De acordo com Lakatos e Marconi<sup>(56)</sup>, a análise permite que o pesquisador entre em contato com os dados obtidos, a fim de conseguir respostas para suas indagações, procurando estabelecer as relações necessárias entre esses dados e as hipóteses formuladas na pesquisa, que serão comprovadas ou refutadas. Nesta pesquisa, foi realizada a análise de conteúdo, segundo a proposta de Bardin<sup>(59)</sup>, que consiste em

um conjunto de instrumentos e técnicas metodológicas cada vez mais sutis, em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados. Nesse sentido, trata-se de um esquema geral, no qual podemos verificar um conjunto de processos que podem ser implementados para a análise dos dados e dos respectivos conteúdos, portanto, apresenta um leque de alternativas, com maior rigor, assinalado por disparidades adaptáveis a um campo de aplicação muito amplo: as comunicações.

A técnica aplica-se à análise de textos escritos ou de qualquer comunicação reduzida a um texto ou documento, tendo como objetivo compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente e as significações explícitas ou ocultas<sup>(64)</sup>.

Segundo a proposta de análise de conteúdo na modalidade temática, a organização dos dados perpetua-se em três diferentes pólos, constituindo um roteiro específico em três etapas básicas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e

interpretação. É necessário, então, realizar a organização e leitura do material, buscando conhecer a sua estrutura, analisar e registrar as impressões sobre as mensagens dos dados, e assim, definir as unidades de registro, unidades de contexto, trechos significativos e categorias, ou seja, sistematizar as ideias, a fim de conduzir o desenvolvimento das operações sucessivas<sup>(56)</sup>.

Na segunda fase, ocorre a aplicação do que foi definido na fase anterior, havendo a necessidade de fazer várias leituras do material, tendo um rigor metodológico para a aplicabilidade dos planos e objetivos formulados, consistindo essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente estabelecidas. A terceira fase compreende uma análise quantitativa e qualitativa dos dados. Contudo, neste estudo, serão valorizadas as informações qualitativas acerca das características do fenômeno estudado, ideologias, tendências e outras determinações<sup>(60)</sup>.

Segundo Bardin<sup>(59:3)</sup>, “a análise de conteúdo N é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos”. Nesse sentido, esta pesquisa apropriou-se de “apetrechos” que viabilizaram uma sistematização no tratamento dos dados para facilitar a análise das falas.

Então, foram realizadas as seguintes etapas: Organização da análise, incluindo a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos (permitindo a elaboração de uma tabela do perfil valorativo dos participantes) e, em seguida, a codificação, que corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, permitindo atingir uma representação do conteúdo<sup>(56)</sup>. Na codificação, foram escolhidas as unidades de registro e, a partir destas, a escolha das categorias, todas agrupadas em núcleos temáticos.

A análise por categorias ocorreu a partir da identificação de unidades no texto analisado, traduzidos em categorias, permitindo a criação desses grupos por analogia. Entre as possibilidades de categorização, este estudo concentrou-se na investigação de temas, ou seja, na análise temática, a qual é eficaz no tratamento de discursos diretos<sup>(61)</sup>.

Neste processo de tratamento dos dados, foram utilizados recursos computadorizados simples: criação de tabelas e dar cor às unidades a serem destacadas. Estes recursos permitiram a melhor visualização do material, culminando na elaboração dos quadros apresentados a seguir, que mostram o caminho percorrido para chegar às categorias a serem abordadas.

**QUADRO I: UNIDADES DE REGISTRO, SEGUNDO NÚCLEOS TEMÁTICOS E FREQUÊNCIA, PARA A ELABORAÇÃO DA PRIMEIRA E DA SEGUNDA CATEGORIAS**

<b>Núcleo Temático: Conceituando a violência obstétrica</b>	
<b>Unidades Temáticas: Espaços de saberes deslocados do conceito de violência Obstétrica</b>	
<b>Unidades de Registro</b>	<b>Nº de Repetições</b>
A assistência tecnocrática ao parto e nascimento;	23
A não vinculação do cuidado centrado na mulher;	56
A ambiência institucional como dificultador do cuidado;	38
A não incorporação das políticas públicas no processo de assistência;	47
<b>Total de UR por Categoria</b>	164
<b>Total de Entrevistas por Categoria (n=16)</b>	16
<b>Núcleo Temático: A práxis e o conceituando de violência obstétrica</b>	
<b>Unidades Temáticas: Práticas e estratégias de enfrentamento a Violência Obstétrica</b>	
<b>Unidades de Registro</b>	<b>Nº de Repetições</b>
Capacitação / reciclagem profissional ao parto e nascimento;	62
Os nexos entre prática e modelos de assistência ao parto;	48
Gestão e suas estratégias de enfrentamento a violência obstétrica.	56
<b>Total por Categoria</b>	166
<b>Total de Entrevistas por Categoria (n=16)</b>	16

Fonte: elaborada pelo autor.

A partir das Unidades de Registro que surgiram das falas dos participantes da pesquisa, foi construído o quadro II para facilitar a visualização da relação entre o Núcleo Temático, as Unidades Temáticas e as Categorias e Subcategorias pertinentes ao estudo.

**QUADRO II: NÚCLEOS TEMÁTICOS, UNIDADES TEMÁTICAS E CATEGORIAS**

<b>Núcleo temático</b>	<b>Unidades Temáticas</b>	<b>Categorias</b>
Conceituando a violência obstétrica	Espaços de saberes deslocados do conceito de violência obstétrica	As interfaces do conceito sobre violência obstétrica e os saberes instituídos nos modelos de assistência ao parto e nascimento
A práxis e o conceituando de violência obstétrica	Práticas e estratégias de enfrentamento a violência obstétrica	A Formação em serviço: uma estratégia urgente para o enfrentamento da violência obstétrica.

**Fonte:** elaborado pelo autor.

## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 4.1 PRIMEIRA CATEGORIA

#### ❖ *AS INTERFACES DO CONCEITO SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS SABERES INSTITUÍDOS NOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO*

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres durante o parto e que ocorre por meio de ações que não são humanizadas, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, desencadeando a perda da autonomia e poder de decisão sobre seu corpo e sexualidade, interferindo negativamente na qualidade de vida da puérpera <sup>(62)</sup>.

Observa-se que, no Brasil, são utilizados diversos termos para representar a violência obstétrica, como por exemplo: violência de gênero no parto e aborto; violência no parto; abuso obstétrico; violência institucional de gênero no parto e aborto; crueldade no parto; assistência desumana; violações dos direitos humanos das mulheres no parto; ausência de gestão adequada nas maternidades; desrespeito e maus-tratos durante o parto<sup>(63)</sup>.

Além disso, a violência obstétrica configura-se de várias formas: na proibição da mulher de ser acompanhada por seu parceiro, de outro familiar ou outras pessoas de seu círculo social; na realização de qualquer intervenção sem o seu consentimento; sem qualquer explicação, realizar procedimentos que lhe causem dor ou constrangimento sem necessidade; tratar a mulher em trabalho de parto de modo agressivo e rude, sem empatia ou como alvo de piadas; separar o bebê saudável de sua mãe depois do nascimento, sem qualquer necessidade clínica que justifique tal conduta <sup>(63)</sup>.

Diante da violência obstétrica, a gestão é compreendida como um dos principais eixos da assistência nos serviços de saúde, pois envolve a articulação entre as dimensões assistencial e gerencial na execução do seu trabalho. O foco da dimensão assistencial é o atendimento integral das necessidades de cuidado da mulher, enquanto o da dimensão gerencial é a organização do trabalho e das ferramentas técnicas de gerência <sup>(64)</sup>.

Nos serviços públicos tem-se o modelo tecnocrático, vigente em especial na gestão das maternidades, tais como: a desarticulação entre a atenção pré-natal e parto; o uso rotineiro de episiotomia e ocitocina e o descumprimento do direito ao acompanhante de escolha da mulher. Porém, percebe-se que o modelo humanizado vem adquirindo espaços na gestão, a partir de recomendações do uso de métodos não-farmacológicos de alívio da dor, inclusão de enfermeiras obstétricas na cena do parto, entre outras <sup>(75)</sup>.

Ainda, a violência de natureza física, emocional ou simbólica, é produtora de alto nível de sofrimento sendo que, por vezes, apresenta-se de maneira tão tênue que não chega a ser identificada pelas mulheres e/ou profissionais de saúde. Na maioria das vezes, este tipo de violência ocorre por falta de acesso, insumos e mesmo a desqualificação do profissional em saúde<sup>(66)</sup>.

Dessa forma, muitas intervenções são feitas sem que as parturientes tenham sido orientadas sobre sua necessidade e eficácia. Algumas ocorrem sem aviso e sem a oportunidade de consentimento prévio da mulher, evidenciando o incômodo em se sujeitar a exames realizados em seu corpo por profissionais de saúde que não se apresentam, não informam a necessidade desses exames e fazem comentários agressivos durante os procedimentos<sup>(67)</sup>.

Neste caso, é primordial uma gestão mais acolhedora e qualificada, fazendo com que as rotinas e o processo de trabalho favoreçam as parturientes, para que se sintam mais satisfeitas quanto à qualidade assistencial oferecida. Percebe-se, ainda, que a qualidade desse atendimento muitas vezes passa pela necessidade de uma gestão do trabalho compartilhada entre todos os atores envolvidos no cuidado à mulher em processo de parturição, visando a qualificação da própria Unidade <sup>(68)</sup>.

Sendo assim, os participantes da entrevista apontaram a ausência do acolhimento como um sinal de desrespeito à parturiente dentro das maternidades:

*O desrespeito a mulher dentro do contexto do parto e nascimento é deixar a paciente sem uma assistência médica completa, sem o direito ao acompanhante, sem informações durante o trabalho de parto, orientações quanto ao trabalho de parto.***P7**

*Desrespeito? Bom, começa primeiro na abordagem inicial, no acolhimento dela, em que você já não age com cordialidade e com delicadeza, diante daquele momento que ela está começando a encarar, que é o nascimento de um bebê.***P9**

*Faltar com respeito, não tratá-la de forma adequada, não tratá-la da forma como você gostaria de ser tratada, acho que é isso! Acho que não chamá-las pelo nome, pode ser um desrespeito.***P13**

Tais depoimentos corroboram a afirmação de que o acolhimento e a vinculação são primordiais para a elaboração de um novo conceito de atenção à parturiente e contrapõem-se ao arranjo atual da atenção obstétrica e neonatal no mundo e no Brasil, constituídas pela institucionalização e medicalização do parto e nascimento. Além disso, a rede de saúde encontra-se fragmentada, as referências e contra referências no cuidado ao processo de gestar e parir são frágeis, em especial no acesso qualificado da mulher em processo reprodutivo,

impossibilitando responsabilizar os profissionais de saúde e inferindo-se que é necessário ampliar a co-gestão entre a rede de atenção em saúde<sup>(69)</sup>.

A Rede Cegonha (RC), normatizada pela Portaria nº 1.459, vem crescendo como uma área governamental com capacidade de mobilizar recursos institucionais, com a finalidade de expandir o acesso e aperfeiçoar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e à criança com até 24 meses de vida <sup>(81)</sup>. A RC parte do pressuposto de que as mortalidades materna e infantil continuam altas, predominando o método medicalizado do nascimento e o uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto) <sup>(70)</sup>.

Verifica-se também, por meio dos relatos dos entrevistados, que o modelo obstétrico brasileiro, destacado pela necessidade de um parto rápido em que o respeito à autonomia da mulher em alguns momentos não ocorre, favorece a realização de intervenções desnecessárias, voltadas para as práticas sem evidências científicas que as apoiem, condição que oportuniza a ocorrência de violência obstétrica<sup>(72)</sup>. Pode-se dizer, neste caso, que o Brasil é conhecido internacionalmente pela alta incidência de intervenções desnecessárias, demonstrando uma proporção de 45% mulheres de risco obstétrico habitual<sup>(72)</sup>.

Outro aspecto importante é que a menor prevalência de técnicas mais humanizadas no parto foi observada nas regiões Norte e Nordeste, áreas menos desenvolvidas do Brasil. Nessas regiões, a frequência de algumas intervenções também foi menor, o que não significa necessariamente a adoção a um modelo menos intervencionista e mais “natural” <sup>(73)</sup>.

Além disso, esse tipo de violência implica no óbito materno durante o parto e pós parto. Além dos danos evidenciados causados às mulheres, também ocorre a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tornando-se necessária a adequação da gestão das maternidades para suprir às necessidades da população <sup>(73)</sup>. Tal afirmação corrobora os relatos abaixo sobre o significado de violência obstétrica:

*Eu acho que tem dois lados, veja o acesso da mulher à tecnologia, a mulher que quer muito fazer parto natural e ela não tem condições clínicas seguras, muitos insistem para esse parto, então, ela deveria ser submetida à cesárea e nem sempre é avaliado para tal, e vice-versa.***P3**

*Difícil, hein? é um contexto amplo a violência, o desrespeito que se pode ter com qualquer um de nossos pacientes, seja mulher ou não, porém para as mulheres no parto, temos que ver as evidências, tem que ter acesso aos insumos por exemplo, a falta é um problema.***P4**

*O desrespeito é muito amplo, o desrespeito é desde que a mulher entra na maternidade, quando ela é impedida de ter acesso ao parto com um acompanhante de sua escolha, isso é um desrespeito à mulher e ao momento dela de parto.***P12**

Diante disso, Barbosa, Fabro e Machado<sup>(74)</sup> concordam com os relatos desses gestores, evidenciando que a violência obstétrica refere-se à ausência de acesso aos cuidados qualificados como, por exemplo: liberdade de posição, de deambulação, de alimentação, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, falta de privacidade e do acompanhante da mulher. Nesse caso, as boas práticas referentes ao parto podem ser inseridas como processo de trabalho pelos gestores, com o objetivo de trazer segurança e satisfação para a parturiente.

Barbosa, Fabro e Machado<sup>(75)</sup> demonstram também que é preciso que haja a boa relação da mulher com os profissionais de saúde para promover um cuidado mais humanizado e holístico. Esse é um processo que deve ser deflagrado pela gestão com o processo de qualificação da Unidade de Saúde, incorporando o modelo humanizado co-participativo como missão institucional.

Nesse aspecto, a gestão participativa proporciona um cuidado de saúde humanizado e de melhor qualidade, bem como a ampliação da participação dos profissionais de saúde, gestores e usuários na gestão, maior estímulo de interação entre os gestores e profissionais e desenvolvimento da democracia institucional<sup>(76)</sup>. Esse tipo de gestão propõe reorganizar, de maneira mais participativa, as práticas gerenciais, auxiliando a produção de sujeitos, aqui entendidos como aqueles capazes de descobrir significados, criar sentidos, elaborar conceitos, ideias e atuar no mundo de modo mais ativo e reflexivo<sup>(77)</sup>.

Dessa forma, identifica-se na fala dos gestores abaixo, que muitos profissionais de saúde atuam favorecendo a humanização do parto por exemplo, o acolhimento, buscando favorecer uma boa relação com a mulher, assim, não promovendo a violência obstétrica dentro das maternidades por não escutar as mulheres em suas necessidades:

*Desrespeito à mulher no parto é você não dar a ela a assistência adequada que ela precisa, não é? Do ponto de vista técnico e humanizado, isso é desrespeito à mulher no trabalho de parto. Tem que respeitar a vontade dela, você tem que dar a ela o melhor que você tem de técnica para que ela tenha um bom parto, respeitando a vontade dela dentro do que é possível, e isso é acolhimento das necessidades da mulher.***P2**

*Quando não há acolhimento já é um desrespeito, está ligado ao fato de você não ofertar a essa mulher uma assistência compartilhado com o esposo ou com a quem de escolha dela, não oferecer para ela todas as informações do ponto de vista da fisiologia da gestação, não oferecer para ela todas as medicações. P11*

*O acolhimento é uma questão da humanização do parto e nascimento, o desrespeito para mim é não deixar essa mulher escolher a via de nascimento da criança, impedi-la de ter o acompanhante próximo a ela na hora da internação, na hora do parto e puerpério imediato; não ter uma escuta ativa dessa mulher, essa mulher não ter um local certo onde o neném dela vai nascer. P14*

Para reduzir essas práticas dentro das maternidades, o PHPN trouxe diversas recomendações para a gestão sobre o cuidado terapêutico baseado em evidências, como a inserção de um acompanhante de livre escolha da mulher, a qualificação das relações interpessoais entre profissionais e parturientes, elaboração de espaços de construção de saberes e informações, a participação, autonomia e maior poder de decisão da mulher sobre o seu corpo, entre outros <sup>(78)</sup>.

Esta política enfatiza a afirmação dos direitos da mulher, destacando a humanização como estratégia para aperfeiçoar e focar na qualidade da saúde desta população. Para monitorar o PHPN, desenvolveu-se o Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL). Este sistema é primordial para a inserção de ações em saúde nos âmbitos municipal, estadual e federal, pois gera os indicadores de processo de assistência ao pré-natal e os disponibiliza por localidade e período <sup>(79)</sup>.

É necessário que a PNH sirva como estratégia para mobilizar os profissionais de saúde, gestores e usuárias, reorganizando seus modos de fazer para que, além da denúncia e da reivindicação de direitos no campo da saúde reprodutiva, seja possível ter um cuidado em saúde que respeite a vida humana como valor em si mesmo. Esse é um modo de criar escolhas para enfrentar os desafios que a saúde tem pela frente e que considera as diferenças e as particularidades de cada mulher e família no processo de gestar e parir <sup>(85)</sup>. Neste cenário, a gestão é essencial para implementar a integralidade nas práticas de saúde porque, além de auxiliar na organização dos serviços, o trabalho do gestor é pautado na busca pelo atendimento das necessidades de saúde da mulher em questão <sup>(80)</sup>.

Então, percebe-se nos depoimento dos entrevistados, que o cuidado humanizado envolve a atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e corresponsáveis. Nesse aspecto, este tipo de política está vinculada à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS <sup>(80)</sup>.

A humanização da assistência ao parto apresenta diversos sentidos, sendo que cada um evidencia uma reivindicação de legitimidade de discurso, apesar de haver interferências entre ele. A assistência tecnocrática ainda está inclusa na área obstétrica, embora já tenha passado por várias mudanças. Provavelmente, muitos dos atuais docentes tiveram sua formação baseada no modelo biomédico e, também, os estudantes ainda recebem essas influências. Na prática, a presença da temática “humanização” nas escolas formadoras de profissionais de saúde, ainda é insuficiente<sup>(81)</sup>.

Nos relatos abaixo, são evidenciados pelos gestores os resquícios do modelo tecnocrático de saúde na assistência obstétrica:

*É a gente na formação não conseguia atuar dentro das questões técnicas do parto, trabalhar as boas práticas, não oferecíamos por exemplo o uso da bola suíça, deambulação, banho relaxante, a gente privá-la dessa oferta, isso é tudo hoje que acontece.***P5**

*Ainda vemos colegas ajuizando as mulheres, independente da vida da mulher e o que ela faz da vida dela, porque ela engravidou cedo, porque ela engravidou tarde ou porque ela tem 50 filhos. É um problema que diz respeito a ela e tem muitos profissionais que dizem que “na hora de você fazer, não gritou, então você tem que ficar quieta”. Isso para mim é um desrespeito, falta de humanização.***P8**

*Podemos considerar que a falta da humanização é você não ter comprometimento com uma assistência qualificada, não existir relação humana na relação profissional, conceito mesmo de humanização.***P15**

Ressalta-se, pela fala dos entrevistados, que o cuidado tecnocrático é baseado na falta de informação, pelo não uso dos métodos não farmacológicos para dor e uso de palavras jocosas dirigidas à mulher na hora do parto. Dessa forma, de acordo com os gestores entrevistados, para desempenhar um cuidado mais efetivo, é necessário disponibilizar ações e serviços baseados nas especificidades das parturientes, ao contrário do que se observa em outras maternidades, onde as necessidades das instituições e/ou dos profissionais de saúde estão acima das necessidades das usuárias dos serviços da saúde<sup>(82)</sup>.

Também foi observado na fala dos gestores, que há um conceito amplo de violência obstétrica dentro das instituições de saúde, o que permite um amplo entendimento das necessidades da parturiente. De acordo com este estudo, verifica-se que a gestão pode contribuir para um modelo mais humanizado, uma vez que lida diretamente com questões da própria instituição (profissionais de saúde, insumos para promover o parto humanizado, entre outros). Além disso, verificou-se que o conceito de violência obstétrica é baseado no termo ‘humanização’. Nesse contexto, o fato de os gestores apresentarem um conceito amplo de

humanização, demonstra que há diversas possibilidades de solucionar questões relacionadas à violência obstétrica. Portanto, pode-se dizer que a humanização depende da percepção do gestor diante do problema evidenciado e do seu realinhamento institucional em prol de uma assistência qualificada em saúde.

Percebe-se, também, que o acolhimento é uma das condutas principais para a gestão, quando se fala em humanização, por ter como base a cordialidade, o respeito à parturiente e a consideração de suas singularidades, além da garantia de uma assistência qualificada e segura para todas as mulheres no processo de parturição. Nesse contexto, a assistência ao parto e nascimento no Brasil apresenta aspectos muito singulares. O modelo tecnocrático hegemônico é responsável por resultados maternos e perinatais piores que os encontrados em outros países, com igual ou mesmo menores taxas de desenvolvimento socioeconômico. As taxas de mortalidade materna ainda são muito elevadas, levando-se em consideração que, nos últimos anos, houve uma melhora em outros indicadores de saúde das mulheres <sup>(84)</sup>. Da mesma forma, a mortalidade neonatal precoce que repercute na maior parte da qualidade de assistência obstétrica, é o componente da mortalidade infantil, que vem apresentando um baixo índice nas últimas décadas <sup>(85)</sup>.

Nesse contexto, os entrevistados P1, P3, P5 evidenciaram a importância da Lei do Acompanhante, como política pública das instituições de saúde:

*É o direito ao acompanhante, tem até varias, por exemplo, aqui no hospital a lei do acompanhante não acontece, entendeu? Aqui na maternidade não tem como ter, hoje aqui no hospital, não temos mesmo pela parte estrutural, pela parte até mesmo técnica, entendeu? Infelizmente a gente aqui, hoje não consegue.***P1**

*Temos a Lei do Acompanhante, mas nem sempre ela é viável, conforto também para esse acompanhante, às vezes eu trabalho muito a assistência ao paciente, mas em torno dele é muito importante, o que ele traz com ele, a cultura, a família que vem, seja o pai, seja a avó, então assim, às vezes é uma mãe que não está preparada para ser avó naquele momento e está como acompanhante, aí já complica.***P3**

*Então, temos a Lei 11.108 que dá garantia ao acompanhante de livre escolha, não vou lembrar todas agora, mas nós temos as políticas das boas práticas de parto e nascimento.***P5**

As falas dos gestores evidenciam que a Lei do Acompanhante apresenta deficiências em sua implantação. Apesar de ser relevante para a área obstétrica revela-se, muitas vezes, o despreparado dos acompanhantes para acompanhar a parturiente. Nesse caso, os gestores tem implicação direta neste problema, uma vez que envolve também toda a estrutura da

maternidade, ficando claro que a gestão necessita reorganizar não só a infraestrutura, mas também o processo de trabalho em saúde, a fim de atender o direito de todas as mulheres terem um acompanhante de sua escolha no processo de parturição.

A Lei n. 11.108/2005 surgiu como política pública para diminuir os agravos de um modelo de assistência tecnocrática referente ao parto. No Brasil, a pessoa escolhida pela mulher para acompanhá-la durante o trabalho de parto e parto, geralmente é responsável pelo apoio, desenvolvendo ações que abrangem, de modo especial, os fatores emocionais e de conforto físico. Contudo, para que o acompanhante realize essa função, é preciso acolhê-lo e inseri-lo no cenário institucional, fornecendo-lhe as informações necessárias e adequadas <sup>(84)</sup>.

Neuman e Garcia<sup>(86)</sup> apontam que a mulher em trabalho de parto tem preferência por um acompanhante do mesmo sexo, que já teve filhos, ou seja, que já esteve na mesma situação dela. Essa escolha é em razão das experiências vividas pelas acompanhantes e da capacidade de proporcionar apoio necessário para a condução do parto. Este momento pode ser marcado não somente pelo vínculo familiar, mas pela transmissão de informações sobre o processo que se segue, dos valores morais e também como devem se comportar diante da situação.

Outras pesquisas, uma das quais desenvolvida recentemente por Dodou et al.<sup>(87)</sup>, ressaltaram que o acompanhante propicia à parturiente maior segurança e conforto durante o parto e nascimento e, além disso, também tem auxiliado para a diminuição de agravos à saúde, de taxas de cesariana, do uso de analgesia, da duração do trabalho de parto, diminuição do tempo de hospitalização, incentivo ao aleitamento materno, menor risco de depressão pós-parto, além de desenvolver na parturiente uma visão positiva desse processo <sup>(87)</sup>.

Este relato corrobora o fato de que, apesar de haver respaldo legal, muitas gestantes não têm seu direito assegurado em diversas maternidades brasileiras. Santos et al.<sup>(88)</sup> afirmam que, frequentemente, as parturientes são proibidas de terem um acompanhante de sua escolha, para dar-lhes apoio no processo do nascimento, em virtude das práticas assistenciais adotadas nos serviços de saúde. Enfatiza-se que o abandono de práticas incorretas no parto, depende tanto da motivação e compromisso dos profissionais de enfermagem, quanto da estrutura de muitas maternidades<sup>(89)</sup>.

Ainda, há alguns direitos da parturiente que não são assegurados como, por exemplo: o recebimento das orientações sobre o parto e os procedimentos que serão adotados; a liberdade de movimentos durante o trabalho de parto; a escolha da posição para a finalização do parto; o relaxamento para aliviar a dor e o contato imediato mãe-bebê logo após o nascimento <sup>(90)</sup>. Nesse caso, esses direitos também fazem parte de políticas públicas, conforme

as falas dos entrevistados P4, P6 e P16:

*A assistência obstétrica atualmente as mais recentes, são as normas de acompanhamento de parto pelo ministério da saúde, que é a nossa determinação, determinação de conduta, assistência mesmo.***P4**

*Orientar quanto a gestação, preparar a paciente para na hora da entrada da maternidade, elas convencem as pacientes, o que é um trabalho de parto, nesse ponto elas são boas, sei porque meu contato é por telefone, whatsApp, tudo o que acontece, uma paciente ou outra que está enfrentando, que faz parte do grupo dela, gestante adolescentes, gestantes com problemas, elas estão sempre se mobilizando.***P6**

*Um das políticas públicas de saúde... uma política pública que é difícil trabalhar, é essa questão do desrespeito, ela existe, mas os profissionais nem sempre aceitam isso, é a questão da humanização, a humanização começou em 2000/2004, até que ponto humanizo a mulher no processo de abortamento.***P16**

De acordo com os relatos dos entrevistados, torna-se primordial o respeito aos desejos e direitos da parturiente, incluindo conforto, segurança e bem-estar, assim como controle adequado da dor no trabalho de parto e a presença de um acompanhante escolhido pela mulher. Carvalho et al.<sup>(91)</sup> complementam que humanizar o parto é oferecer liberdade de escolhas à mulher e prestar atendimento centrado em suas necessidade.

Assim, no Brasil, a assistência durante ao parto é regida por diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, visando assegurar à mulher a normatização de procedimentos e condutas, a fim de promover assistência integral durante este momento<sup>(92)</sup>. Dentre as diversas ações preconizadas por este protocolo, a educação em saúde é vista com destaque por promover momentos informativos às gestantes, favorecendo a assistência de qualidade. Contudo, a falta de incentivo para a educação continuada e a ausência de recursos materiais por parte da gestão, tornam esse processo difícil, facilitando a exposição da mulher não só a agravos, como também a situações de violência obstétrica no momento do parto <sup>(92)</sup>.

Foi possível verificar, por meio da fala dos participantes, que a gestão hospitalar nas maternidades ainda exige da gestante um comportamento passivo na aceitação de todos os procedimentos realizados por eles. Logo, muitas vezes, as práticas de violência obstétrica não são encontradas e quando são, a mulher se omite frente à violência sofrida devido à vergonha de todos saberem de sua história ou mesmo por ameaça dos próprios profissionais <sup>(93)</sup>.

Diante deste problema, o PHPN veio para garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, baseado nos direitos de cidadania. Percebe-se o significado de humanização e qualificação da atenção em

saúde quanto ao aprendizado e compartilhamento de saberes e o reconhecimento dos direitos como um processo contínuo, que demanda reflexão permanente sobre os atos, as condutas e os comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. A qualidade da atenção exige mais do que a resolução de problemas ou a disponibilidade de recursos tecnológicos <sup>(94)</sup>.

Nesse sentido, as práticas de saúde deverão basear-se no princípio da humanização, entendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que auxiliem para o reforço do caráter da atenção à saúde como direito e melhorem o nível de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, aumentando a sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida <sup>(95)</sup>.

Portanto, identificou-se, no relato dos entrevistados, uma limitação do conhecimento acerca das políticas públicas relacionadas à parturiente. Nesse aspecto, pode-se perceber que muitos deles baseavam-se na Lei 11.108 (Lei do Acompanhante), excluindo outras políticas públicas que são importantes para uma assistência qualificada e eficaz.

Somente um entrevistado relatou a existência e a aplicabilidade da PHPN como uma política que enfatiza a escuta qualificada, a comunicação e outros tipos de tecnologias consideradas leves, para promover a qualidade da assistência à parturiente.

Por fim, foi observada a necessidade de qualificação em gestão da saúde como processo de enfrentamento à violência obstétrica. Gestores das maternidades necessitam implementar a co-gestão como proposto pela Rede Cegonha, incluindo profissionais de saúde, gestores e usuárias nas discussões de implementação das normas, rotinas e das missões das maternidades, favorecendo uma oferta de atenção à saúde reprodutiva qualificada e segura.

## 4.2 SEGUNDA CATEGORIA

### ❖ ***FORMAÇÃO EM SERVIÇO: UMA ESTRATÉGIA URGENTE PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA***

O processo de formação em serviço para profissionais de saúde compõe-se pelo desenvolvimento de habilidades e competências que possibilitam o senso crítico para tomada de decisão, além de serem capazes de enfrentar as rápidas mudanças no conhecimento e seus inúmeros reflexos no mercado trabalho. Trata-se de um processo proporciona ainda a formação do gestor por meio de visões e abordagens qualificadas nas melhores evidências científicas, o desenvolvimento do profissional crítico-reflexivo, transformador da realidade social e protagonista das transformações que visam a reorganização das práticas cotidianas em saúde <sup>(96)</sup>.

Além disso, a educação libertadora e crítica apenas serão colocadas em prática a partir do momento em que gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde estiverem inseridos na realidade vivida do cotidiano assistencial das maternidades, isto porque só conhecendo realidade, poderão reorganizar o processo de gestão na atenção à saúde reprodutiva (97).

Observa-se, neste cenário, que a área de saúde sofre transformações, contínuas mudanças, avanços no conhecimento por meio de pesquisas e inserção de novas tecnologias, entre outros. Por este motivo, é importante que os profissionais de saúde e os gestores atualizem-se e complementem sua formação, visando oferecer assistência de qualidade e uma prática baseada em evidências científicas (98).

Além disso, um dos grandes desafios para os gestores das instituições é a transformação do trabalho do profissional de saúde em um campo de possibilidades de crescimento como cidadão e também como profissional. Por meio destas práticas, são elaboradas condutas que motivam e resgatam o conceito do trabalho para o próprio gestor. Essas práticas são baseadas na educação continuada e também na adesão dos profissionais de saúde às boas práticas do parto normal, em especial a humanização(98).

Nesse caso, foi evidenciado nos relatos dos entrevistados P8, P11 e P12, a importância da capacitação dos profissionais de saúde na assistência à parturiente:

*Aqui no bloco obstétrico como coordenação eu faço treinamentos com todos eles, então aqui são só aquelas pessoas que tem aquele tipo de feeling com a paciente, isso é discutido nos grupo de educação continuada, esses cursos são para todos os profissionais.***P8**

*A gente trabalha muito junto com as diretrizes da Rede Cegonha que preconizam isso, exatamente as boas práticas, então, a gente trabalha muito no sentido de promover o parto normal, o acompanhamento multiprofissional, interdisciplinar com enfermeiros obstetras, com psicólogos, com fisioterapeutas, não só com o médico, formação compartilhada.***P11**

*Hoje o que temos trabalhado é a orientação, tenho trabalhado com a equipe a questão da orientação, formação mesmo, os profissionais de saúde na hora de lidar com essa mulher, tanto na abordagem quanto no direito que essa mulher tem em ter o acompanhante, no direito que essa mulher tem de fazer as escolhas que ela acha necessária, o acompanhamento.***P12**

Nesse contexto, o relato dos gestores mostra que eles estão preocupados com a formação de seus profissionais dentro das instituições de saúde, em especial, das maternidades. Então, a Educação Continuada (EC) é uma ferramenta que faz parte de todo um

processo de gestão, sendo indispensável para melhorar o desempenho profissional que, se direcionada como um processo permanente, assegura o desenvolvimento de competência profissional, objetivando a aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes, para interagir e intervir na realidade, além de contribuir para a redução os problemas oriundos da defasagem na formação <sup>(99)</sup>.

Além disso, a EC no setor saúde deve ser um processo amplo, fazendo parte dos debates sobre as políticas públicas de saúde que incluam as relações entre trabalho, educação e saúde; saber e poder; competência técnica e política. E para que se torne eficaz, deve fazer parte do planejamento da Unidade de Saúde como um instrumento estratégico para o desenvolvimento de pessoas e ser planejada levando em consideração necessidades, de maneira individual ou institucional, além de avaliada criteriosamente <sup>(100)</sup>.

Hoje, para constituir processos educativos para os serviços, tornou-se indispensável pensar o trabalho, a configuração dos trabalhadores inseridos no processo de trabalho e nos contextos reais de suas práticas, onde alocar os trabalhadores tanto no centro do processo ensino-aprendizagem, como no centro do processo de trabalho, reconhecendo-os como componente desses métodos, consiste na formação e aprendizado <sup>(101)</sup>.

Para os gestores entrevistados, a EC faz parte de um conjunto de ferramentas que estimula os profissionais de saúde a terem condutas mais humanizadas perante a parturiente. Nesse contexto, a técnica mais importante dentro da EC é a orientação/informação. A orientação é uma ferramenta que pode estimular o profissional a reduzir ou até mesmo eliminar a prática de violência obstétrica na assistência.

Ainda, os gestores entrevistados evidenciaram as dificuldades de prestar um cuidado humanizado às parturientes como, por exemplo: necessidade de profissionais de enfermagem capacitados para atender a mulher em trabalho de parto e parto, bem como disponibilidade de recursos tecnológicos e infraestrutura adequada da instituição.

Em relação aos depoimentos dos participantes P4, P14 e P15, foram apontadas dificuldades em promover a capacitação dos profissionais de saúde mais antigos:

*As estratégias são de uma maneira ampla, a orientação e o treinamento das pessoas e equipes e o convencimento que é o mais importante, porém, os mais antigos relutam mais com as mudanças, esses são mais difíceis, aí temos práticas ruins, mas estamos mudando.***P4**

*Nós demos um grande avanço aqui na nossa maternidade a partir da formação da equipe em serviço, os mais velhos são resistentes, não avança nas boas práticas, mas, antes mesmo da lei ser aprovada, a Lei do Acompanhante, nós já tínhamos e começávamos a dar os primeiros passos para manter um acompanhante junto com essa mulher internada na nossa maternidade, hoje já deu certo, também temos diversas tentativas de intitular o hospital como Hospital Amigo da Criança.***P14**

*Exatamente isso, temos uma dificuldade grande com os servidores mais antigos, estamos fazendo mudanças, por exemplo, a estrutura física por questão de obra, estamos muito improvisados, então o ambiente fica muito exposto, não é restrito, separado com cortinas, aí fica difícil, repetem praticas já ultrapassadas, porém, são poucos, estamos caminhando bem nas mudanças.***P15**

Percebe-se nas falas dos gestores, que a cultura da violência obstétrica está tão arraigada que a visão sobre a assistência tornou-se natural na gestão das maternidades. Observou-se também que a violência obstétrica é oriunda de todo um processo cultural/institucional, em que o gestor é o responsável por reorganizar a cultura assistencial visando eliminar qualquer forma de violência na instituição, em especial a violência obstétrica.

Diante disso, o modelo tecnocrático vem trazendo uma visão reduzida do processo de parir naturalmente, induzindo as mulheres a crerem nesse mesmo princípio, acreditando que precisam de práticas mais invasivas sob a justificativa que elas não teriam capacidade de parir, com isso tornando-as inseguras na capacidade de lidar com assuntos vinculados ao parto, à dor e também à imprevisibilidade do processo de parturição <sup>(102)</sup>.

Além disso, a forma violenta como os partos vem ocorrendo, favorece a busca por cesarianas visando a fuga dos procedimentos aos quais não gostariam de se sujeitar, estabelecendo um aumento do uso das tecnologias e também das cesarianas eletivas <sup>(103)</sup>.

Percebeu-se, também, que as condições estruturais, a precariedade de recursos materiais e humanos e a sobrecarga de demandas, fazem parte da realidade dos gestores entrevistados, que passam a vivenciar desafios no campo das estruturas da gestão, correlacionadas diretamente com a produção da violência obstétricas, sendo necessário ampliar a formação em saúde para além dos profissionais de saúde assistenciais, sendo necessário ampliar a formação para toda a rede de atenção à saúde, em especial para os gestores, para os secretários de saúde, para os conselhos municipais de saúde e assim, por diante.

Outro aspecto relevante é incentivar a formação de vínculos entre profissionais de

saúde e parturientes, uma vez que isso repercute no exercício do cuidado qualificado e seguro, pois possibilita dar voz às mulheres no processo de comunicação, na escuta qualificada, no toque, na troca de experiências, na demonstração de preocupação e nas expressões de afeto, além de outros aspectos holísticos do cuidado <sup>(104)</sup>.

Outro desafio necessário a ser enfrentado pelos gestores, além da formação no campo das habilidades técnica, é o campo das emoções, pois, visar as questões dos aspectos psicológicos permite ampliar o cuidado na esfera afetiva, produzindo um cuidado afetuoso, respeitando sua autonomia, o direito de um acompanhante de livre escolha e a garantia de que serão orientadas sobre todos os procedimentos a serem realizados <sup>(104)</sup>.

Ressalta-se que o gestor tem sido apontado pelas políticas públicas de saúde como o profissional capaz de transformar esta realidade de desumanização e violência em que vivem a mulher e seu bebê. Para alcançar este objetivo, ele deve consolidar os seus conhecimentos a fim de que, baseado nas evidências científicas, possa enfrentar os obstáculos identificados, tomando decisões adequadas na garantia de um processo de nascimento qualificado, seguro, feliz, saudável e livre de qualquer tipo dano à saúde <sup>(105)</sup>.

Dessa forma, por meio do relato dos gestores, verifica-se que a Educação Continuada é a ferramenta de transformação da realidade assistencial, pode reconfigurar a lógica do cuidado ofertado às mulheres, bebês e familiares no processo de gestar e parir, favorecendo um cuidado qualificado e seguro.

Nesse aspecto, observa-se que a área da Saúde sofre constantes modificações devido à inserção de novos avanços científicos e das políticas públicas relacionadas com a Saúde Reprodutiva e, por isso, é essencial que haja capacitação dos profissionais de saúde nos diversos níveis da rede de atenção à saúde com o objetivo de prestar uma assistência qualificada e segura, sem riscos para a mulher, recém-nascido, família e profissionais de saúde. Sendo assim, a equipe multidisciplinar deve ser envolvida plenamente no processo de trabalho junto às parturientes, favorecendo a comunicação em saúde, habilidades, competências técnicas, emocionais e sociais durante todo o processo de parto e nascimento.

A EC neste campo visa, entre as técnicas apropriadas de saúde, a escuta qualificada acerca das necessidades da mulher, valorizando sua história de vida, incluindo aspectos sociais, psicológicos e emocionais que podem influenciar de modo considerável na vivência do parto, proporcionando o vínculo entre equipe multiprofissional e parturiente <sup>(106)</sup>.

Contudo, a EC vem passando, nos últimos anos, por mudanças e ampliação de sua definição, relacionando a construção do conhecimento a partir da subjetividade dos trabalhadores, valorizando a ciência como fonte de conhecimento que é dividida e não se liga

à gestão e ao controle social, colocando-se na concepção de mudanças nas Instituições de saúde em que estão inseridos os profissionais <sup>(105-06)</sup>.

Além disso, suas diretrizes gerais para a educação dos profissionais da área obstétrica do século XXI, mostram que a respectiva formação deve ser baseada na criação de áreas de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que garantam a atuação e a interação com outras categorias profissionais. Ainda, o desenvolvimento de competências deve ser pautado na busca pela integralidade da atenção em saúde, visando a formação de profissionais com aptidões para a tomada de decisões, comunicação, liderança, gerenciamento e educação permanente em saúde <sup>(105-106)</sup>.

Assim, promover a capacitação dos profissionais de saúde é uma das funções do gestor das maternidades públicas estudadas, focando na qualidade da assistência como missão institucional <sup>(107)</sup>. Corroborando tal afirmação, os participantes evidenciaram que há muitos profissionais graduados em saúde atuando na área da saúde reprodutiva, que se encontram despreparados para atuar na área obstétrica:

*Deixo a maturidade profissional conduzir. Eu realmente quando me formei, a minha condição era uma e ao longo do aprendizado, no exercício da minha atividade, tornou-se outra, mas falta treinamento sim.***P2**

*Em uma instituição privada que eu trabalhei o nosso grupo lá fazia parte do projeto parto adequado. Eu participei bastante na implantação desse parto adequado por que era uma instituição privada que não tinha foco nenhum no parto natural e no nosso primeiro ano de participação do projeto a gente foi premiado como a instituição de maior percentual de inversão, porque toda paciente que começou a chegar pela emergência, a gente trabalhou em cima dela, mas tinha os chefes envolvidos.***P3**

*Na minha equipe... eu tento chamar o meu colega e pergunto como ela gostaria de ser tratada, isso é pouco, temos que trocar experiências, atualizar conhecimento.***P16**

O parto pode ser experimentado como uma vivência prazerosa, uma vez que é influenciada pelo nível de autonomia e conhecimento da mulher, pelas experiências pessoais e familiares anteriores, assistência recebida durante o pré-natal e parto anteriores ou por experiências contadas por outras mulheres. O reconhecimento das experiências das mulheres no processo de parturição favorece a reconfiguração de práticas desnecessárias vividas anteriormente, além de realinhar o cuidado às mulheres <sup>(108)</sup>.

Nesse contexto, os participantes P4, P7 e P8 demonstraram grande conhecimento em relação às práticas intervencionistas utilizadas durante o parto:

*Quando me formei, a prescrição padrão, quando a mulher entrava na maternidade era: dieta zero, tricotomia. Se estivesse em trabalho de parto, era soro glicosado. Hoje temos que escutar as mulheres e conhecer as evidências científicas.***P4**

*O que eu acho mais importante nesse tempo todo que vivi, é uma conversa franca entre paciente e médico, muitas coisas são resolvidas com a orientação e com o tratamento digno e o modo de se falar diretamente com as pacientes, isso é boa prática.***P7**

*Eu não vejo que uma violência obstétrica quando a pessoa faz um Kristeller quando é necessário, quando necessário acho ótimo. Tem muitos médicos que fazem quando não é necessário. É uma violência, o Kristeller é algo muito violento no parto, fórceps, a “episio”, às vezes por preguiça de aguardar o parto humanizado, o tempo certo, vai lá e corta, fórceps. Aqui, em tantos anos, só vi um parto com fórceps.***P8**

Diante dos depoimentos dos gestores, percebe-se que a ideia de humanização deve sempre ressaltar práticas baseadas em conformidades científicas para o momento do parto. De acordo com Barros et al.<sup>(109)</sup>, a episiotomia deve ser abolida das práticas rotineiras da obstetrícia moderna, pois quando o atendimento à parturiente é feito de maneira humanizada, a assistência passa a ser menos intervencionista. Os gestores devem levar em consideração que o uso desse procedimento pode ser regulado, mas não obrigatório, em situações onde os benefícios possam ser maiores que os riscos, tais como distócia de ombro, parto pélvico, fórceps ou extrações a vácuo, variedades de posições posteriores ou em situações em que seja óbvio que a falha da sua realização possa desencadear um trauma perineal maior.

Outro aspecto importante é que as vantagens da movimentação da parturiente durante o trabalho de parto são baseadas em evidências científicas. Entre os anos 1998 e 2001, estudos que confirmaram o foco de modelo biomédico na assistência ao parto, ressaltaram que somente 11 a 20% das parturientes tiveram permissão para deambular. Já entre os anos 2003 e 2007, evidenciou-se a participação da enfermeira obstétrica na assistência, com taxa entre 47 a 52% do uso desta prática<sup>(109)</sup>.

Nesse sentido, o cuidado mais efetivo pode ser caracterizado como aquele que a parturiente é a protagonista e no qual suas necessidades são priorizadas, em detrimento das exigências dos profissionais ou das instituições de saúde<sup>(109)</sup>.

Para a manobra de Kristeller, Barros et al.<sup>(110)</sup> não conseguiram demonstrar vantagens dessa prática, recomendando evitá-la durante o parto, já que causa diversos danos à saúde da mulher e não apresenta vantagens à sua segurança, sendo descrita na RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Do mesmo modo, o Conselho Federal de Enfermagem demonstra em seu Parecer nº 338/2016, a proibição, pelos profissionais de enfermagem, da realização dessa manobra<sup>(114)</sup>.

Quanto às cesarianas, Vargens, Silva e Progianti <sup>(110)</sup> apontaram que o índice elevado dessas intervenções também ocorre na Europa (20%) e nos Estados Unidos (32%), confirmando que o mundo continua distante da meta determinada pela Organização das Nações Unidas (ONU)<sup>(115)</sup>, em que pese o fato de ser o Brasil considerado o líder mundial das cesarianas.

Diante das estatísticas em relação às condutas intervencionistas, ressalta-se a importância do gestor no cenário de assistência ao parto e nascimento. Assim, a formação em saúde mostra-se necessária quando articulada às práticas baseadas em evidências científicas, o cuidado sensível e o resgate do protagonismo da mulher no processo de parturição <sup>(116)</sup>.

Em relação às mudanças na área obstétrica, os participantes reconheceram que houve grandes transformações:

*Olha, atualmente eu vivo muito feliz aqui na maternidade, porque a gente consegue ter esses resultados satisfatórios, foi diferente de quando eu entrei há 8 anos atrás, quando eu entrei aqui, não era assim, hoje humanizamos a assistência.***P5**

*Na minha época de estágio, o que marcou foi a ignorância da profissional de saúde na hora do parto, um momento especial. Foi a ignorância verbal. Não era física, mas verbal, gritando “vamos embora, não tenho o tempo todo”. Agora as mulheres não permitem isso mais.***P10**

*A experiência melhor que estamos tendo agora é essa questão de conseguir trabalhar com muitos profissionais, na verdade há duas semanas eu consegui participar da seção clínica da obstetrícia a pedido deles, poder pensar na assistência junto faz toda a diferença.***P16**

No Brasil, nos dias atuais, observa-se o que chamamos de movimento de transição do modelo de assistência ao parto e nascimento. A visão central da mudança parte de um modelo que considera a mulher como protagonista e a assistência é centrada na mulher, reconfigurando o cuidado dos profissionais de saúde, a infraestrutura, os insumos, qualificando a assistência e garantindo a segurança do paciente<sup>(111)</sup>.

Mesmo com mudanças intensas alcançadas na área de obstetrícia, o Brasil ainda apresenta altas taxas de intervenções na atenção ao parto, com destaque para a amniotomia, a infusão endovenosa de ocitocina sintética, a analgesia intraparto, a episiotomia e a manobra de Kristeller. Esses são os desafios que os gestores precisam enfrentar na reorganização dos serviços<sup>(112)</sup>.

Entretanto, verifica-se por meio da fala dos entrevistados P12 e P14, que a área obstétrica, mesmo com todos os avanços, ainda necessita de diversos ajustes no que diz respeito

à estrutura do ambiente hospitalar e também à presença de mais enfermeiros especializados em obstetrícia:

*Na minha experiência, avanços no trabalho em equipe e na humanização, vejo hoje aqui para o hospital o acompanhamento do enfermeiro especificamente tanto atuando no ambulatório quanto na maternidade, antes não via.***P12**

*A gente tem um desafio pela frente porque nossa maternidade trabalha em equipe, hoje ela está em obras e estamos trabalhando com a capacidade reduzida de internação, mas temos um desafio grande que a gente quer que a nossa equipe seja composta por médicos obstetras e por enfermeiros obstétricos.***P14**

Nesse sentido, corroborando a fala dos entrevistados, a OMS recomenda que haja incentivo à formação e qualificação de maior número de Enfermeiros Obstétricos na assistência à parturiente, compartilhada com os médicos obstetras, bem como na formação de gestores para as unidades hospitalares <sup>(113)</sup>.

Ademais, nenhum país conseguiu diminuir a morbimortalidade materna e infantil sem investir fortemente na capacidade dos gestores em gerir as Unidades de Saúde, com vistas a uma gestão qualificada e seguras para os usuários do serviço de saúde, como exemplo a assistência à mulher e à família durante todo o ciclo gravídico-puerperal<sup>(114)</sup>.

Reconhece-se que os gestores das maternidades são importantes agentes de transformação do modelo tecnocrático para o modelo humanizado, uma vez que a atenção em saúde reprodutiva deve ser desenvolvida de acordo com os princípios das políticas pública de saúde nacionais e internacionais, em especial no enfrentamento a qualquer forma de violência obstétrica vivenciada pelas mulheres no processo e gestar e parir.

Foi identificado que os entrevistados demonstraram grande conhecimento teórico sobre as práticas não invasivas do parto. Isso foi um ponto positivo para a área obstétrica, pois, o conhecimento teórico enriquece o processo de intervenção na mudança de modelo e nas propostas de formação em saúde junto aos profissionais de saúde, bem como os próprios gestores.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entrevistar os gestores das maternidades públicas de alguns municípios da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, foi uma experiência intensa e construtiva, tanto para o entrevistado quanto para o entrevistador. Esses profissionais demonstraram seriedade e sinceridade em suas palavras ao relatarem sobre a sua gestão na assistência obstétrica e também sobre as suas condutas frente ao enfrentamento da violência obstétrica. Eles verbalizaram as principais fragilidades e vulnerabilidades que enfrentam na execução da gestão, bem como as suas principais ações realizadas.

Após a realização deste trabalho, ficou evidente que, mesmo com a discussão sobre os conceitos que cada gestor apresenta sobre a violência obstétrica, as condutas humanizadas e as dificuldades enfrentadas por eles na assistência às necessidades reais das puérperas, não deixaram de existir. Nesse caso, observa-se que o parto é um momento único para a mulher, porque qualquer tipo de tratamento desempenhado pelo profissional pode interferir positiva ou negativamente durante toda a sua vida.

Percebeu-se que os gestores apresentaram um conceito amplo sobre a violência obstétrica, de acordo com a sua vivência profissional e também de acordo com o que entendiam e entendem sobre o assunto. Entretanto, mesmo com a visão global sobre o conceito de violência obstétrica, verificou-se resquícios de uma assistência tecnocrática em sua gestão, já em processo de transformação, impulsionada pelas políticas públicas de saúde no campo da saúde sexual e reprodutiva, em especial a Política da Rede Cegonha.

Em relação às políticas públicas relacionadas à assistência obstétrica, a maioria dos gestores citaram a Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante 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, como principal política no combate à violência obstétrica.

Quanto à formação em serviço, foi apontada a Educação Continuada como principal ferramenta de capacitação dos profissionais de saúde para reduzir os índices de violência obstétrica nas maternidades. A Educação Continuada, para esses gestores, garante o desenvolvimento de competência profissional, visando a aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes para interagir e intervir na realidade, além de contribuir para a solução dos problemas oriundos da defasagem na formação.

Identificou-se, também, que os gestores enfrentam dificuldades para promover a capacitação desses profissionais, uma vez que a cultura da formação em saúde continuada não é um prática corriqueira nos serviços. Essas dificuldades evidenciaram a necessidade de ajustes

em toda a conjuntura que envolve profissionais de saúde, gestores e usuários no processo de avaliação da qualidade da Unidade de Saúde, visando a oferta de uma assistência qualificada, segura e satisfatória para os usuários do Sistema Único de Saúde.

Outro aspecto importante relatado foi que todos os gestores afirmaram conhecer as práticas intervencionistas. Nesse caso, eles evidenciaram como práticas a cesariana, a manobra de Kristeller e o uso de ocitócitos. Esses achados vão ao encontro da necessidade da desconstrução do modelo tecnocrático e do maior investimento no modelo humanizado, visando reorganizar a lógica assistencial. Essa desconstrução deve ser considerada pelos gestores por meio da co-gestão participativa com a equipe multidisciplinar, visando qualificar o serviço e a assistência ao parto e nascimento, valorizando práticas assistenciais respaldadas pelas melhores evidências científicas, bem como garantir investimento na capacitação desses profissionais de saúde no cuidado às mulheres, bebês e familiares que vivenciam a saúde reprodutiva.

Almeja-se, com a pesquisa, ter contribuído para a identificação de ações utilizadas pelos gestores no enfrentamento à violência obstétrica, foco que não está centralizado em um profissional de saúde, mas no processo de gestão, de assistência e estrutura organizacional da rede de atenção à saúde das mulheres no campo da reprodução humana, permitindo inferir que fundamentar o modelo assistencial assumido pela gestão na maternidade, facilita a implicação dos profissionais de saúde na configuração do processo de trabalho qualificado e seguro para as mulheres e seu bebês no parto e nascimento.

## REFERÊNCIAS

1. Gallo RBS, Santana LS, Marcollin AC, Ferreira CHJ, Duarte A, Quintana SM. Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**. 2011; 39(1):41-8.
2. Fundação Perseu Abramo. Pesquisa mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado 2010. [Internet]. Brasil: Publicado em 03 Dez 2012 [Atualizado em 11 Abr 2013; citado em 16 Fev de 2016]. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>.
3. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstétricas. **Rev RENE**. Fortaleza, CE; 2014 Jul-Ago; 15(4):720-8.
4. WHO - World Health Organization. **Care in Normal Birth**: a practical guide [Internet]. Geneva: Publicado em 1996 [Citado em 16 Fev 2016]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/who\\_frh\\_msm\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/who_frh_msm_96.24.pdf)
5. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciências & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, RJ; 2005 Jul-Ago; 10(3):651-657.
6. Diniz CSG, Bastos MH, Riesco ML. Empowering women in Brazil. **The Lancet**, London; 2007 Nov; 370(9599):1589-1598.
7. Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo SP; 2008 Jul-Set; 17(3):138-151.
8. ABENFO - Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstétricos. **Maternidade segura** [Internet]. Brasília, DF: Publicado em 2009 [citado em 16 Fev 2016]. Disponível em: [http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56\\_a.pdf](http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf)
9. Aguiar D'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunicação, saúde, educação**. Botucatu, SP; 2011 Jan-Mar; 15(36):71-91.
10. Rede Parto do Princípio. **Violência Obstétrica: Parirás Com Dor** [Internet]. Brasília, DF: Publicado em 2012 [citado em 16 Fev 2016]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>
11. Andrea D. Na hora de fazer, não gritou [Internet]. Barra Funda, SP: Pública: **Agência de Reportagem e Jornalismo Investigativo**, publicado em 2013 [citado em 16 Fev 2016]. Disponível em <http://apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazer-nao-gritou/>
12. Brasil. **Lei nº 11.108, de 7 de Abr 2005**. Do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato [Internet]. **Diário Oficial da União** 08 Set 2005 [citado em 16 Fev 2016]. Disponível em <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>

13. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. Limerick; 2001 Nov; 75(1):S5-S23.
14. Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicas os serviços públicos de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, SC; 2004 Jul/Set; 13(3):391-400.
15. Diniz CSG. Humanização da Assistência no Parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ; 2005 Jul/Set; 10(3):627-637.
16. Aguiar JM. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [Tese doutorado]. São Paulo, SP: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.
17. Aguiar JM, D'Oliveira, Schraiber LB. Violência Institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, RJ; 2013 Nov; 29(11):2287-2296.
18. Rodrigues DP. **Violência obstétrica no processo do parto e nascimento da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro**: percepção de mulheres/puérperas. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ; 2015.
19. Barboza LP, Mota A. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador. 2016;5(1): 119-129
20. Cunha CCA. **Violência obstétrica**: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais. 2015. [Internet] [Monografia]. Rio de Janeiro: Brasília
21. Gomes ARM et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. São Paulo: **Revista Recien**. 2014; 4(11):23-27
22. Arsie JG. **Violência obstétrica**: uma violação aos direitos fundamentais da mulher. 2015. [Internet] [Monografia]. Florianópolis: UFSC.
23. Santos MG. **A violência obstétrica sob o olhar dos profissionais de saúde**. 2017. [Internet] [Dissertação]. Goiás: UFG
24. Zanardo GLP et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**. 2013. 29(2): 1-11.
25. Rodrigues DP et al. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **Revenferm UFPE on line**. Recife. 2018; 12(1):236-46
26. Rodrigues FAC et al. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprod Clim**. 2017; 32(2):78-84.
27. Possati AB et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc Anna Nery Rev Enf.**, 2017; 21(4):1-6.

28. Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Esc Anna Nery Rev Enf.**, 2017; 21(1): 1-8.
29. Ramos WMA. **Assistência da enfermeira obstétrica ao parto baseado em evidências**. 2016. [Internet] [Dissertação]. Rio de Janeiro: UNIRIO
30. Santos ADR et al. Episiotomia: a dor de um parto. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit.** 2017; 4(1):131-38.
31. Pitangui ACR et al. Ocorrência e fatores associados à prática de episiotomia. **Rev enferm UFPE on line**. Recife. 2014; 8(2):257-63.
32. Leal MC et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2014; 30 Sup:S17-S47, 2014.
33. Anjos CS, Wetsphal F, Goldman RE. Cesárea Desnecessária no Brasil: Revisão integrativa. **Enf Obst.** 2014; 1(3):86-94.
34. Silva TC et al. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2017; 7(7):1-8.
35. Cassiano AN et al. Expressões da violência institucionalizada ao parto: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**. 2016 out; 44:465-77.
36. Alvarenga SP, Kalil JH. Violência Obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações. 2016; 14(2): 641-49.
37. Rebello MTMP, Neto JFR. A Humanização da Assistência ao Parto na Percepção de Estudantes de Medicina. **Rev Bras Edu Med**. 2012; 36(2):188-197.
38. Alves DFC et al. Processo de humanização da assistência de enfermagem à parturiente: revisão integrativa. **Sanare**. Sobral. 2017; 16(02):68-76.
39. Pinheiro BC, Bittar CM. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia**. 2012; 37:212-27.
40. Junior ARF et al. Percepções de profissionais de enfermagem sobre a humanização em obstetrícia. **Sanare**. Sobral. 2015; 14(2):27-35.
41. Calvacanti PCS et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 2013; 23(4): 1297-1316.
42. Diniz SG et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para a sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, 2015; 25(3):377-376.

43. Almeida OSC, Gama ER, Bahiana PM. Humanização do parto: atuação dos enfermeiros. **Rev Enferm Contemp.** 2015 Jan./Jun.;4(1):79-90.
44. Rezende, R, Oliveira, JEE de, Friestino, JKO. A educação permanente em enfermagem e o uso das tecnologias: uma revisão integrativa. **R. Interd.** 2017, 10, (1): p. 190-199
45. Miccas, F.L, Batista,S.H.S.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev Saúde Pública.** 2014 48(1):170-185
46. Rocha, MDS da. **A importância da educação permanente para a equipe de enfermagem em um serviço de urgência e emergência.** 2014. 16 fls. Monografia (Especialista em urgência e emergência) – UFSC, Santa Catarina, 2014
47. Barth, PO et al. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** 2014. 16(3):604-11
48. Alencar,APA. Educação Permanente: Estratégia Resolutiva na Enfermagem.**Id on Line Rev. Psic.** 2016. 10 (30):1-10
49. Falkenberg, MB et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva** 2014. 19(1): 1-10.
50. Peixotto, LS et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermeria global.** 2013. 29(1) p.324-40
51. Pedott, K. **A importância da educação continuada na instituição hospitalar.** 2012. 22fls. Monografia (Especialista em gestão hospitalar e serviços de saúde) – Universidade do Contestado de Concórdia, Concórdia, Abril, 2012
52. Cardoso,PFA. **Análise de experiências de educação permanente na gestão federal do sistema de saúde.** 2016. 138 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2015
53. Sardinha, LP et al. Educação Permanente, Continuada e em Serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería global.** 2013. 29(3): p.234-240
54. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo, SP: Atlas; 2008.
55. Bogdan RC, Biklen SK. Qualitative research for education: an introduction to theories and methods. 4th Ed. New York: Pearson Education Group; 2003.
56. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de Metodologia Científica. 5.ed. São Paulo, SP: Atlas; 2003.
57. Figueiredo AM, Souza SRG. Como elaborar projetos, monografias, dissertações e teses: da redação científica à apresentação do texto final. 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: Lumen Juris; 2008.

58. Manzini EJ. A entrevista na pesquisa social. São Paulo, SP: Didática; 1990.
59. Bardin L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2009.
60. Lüdke M, André MED. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo, SP: Epu-EDUSP; 2001.
61. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 8 ed. São Paulo: Cortez; 2013.
62. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface**. 2017; 21(60):209-20.
63. Maia RS, Araújo TCS, Maia EMC. Violência Obstétrica: Apontamentos da Produção Científica. **Revist. Port.: Saúde e Sociedade**. 2017;2(3):576-590.
64. Carvalho ISC, Brito RS. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. **Enfermeria Global** 47, jul, 2017.
65. Souza AB et al. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 2016 set/dez.; 25(3):115-128.
66. Zanardo GLP et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, 2017; 29: e155043.
67. Rodrigues DP et al. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **Revenferm UFPE on line.**, Recife, 2018 jan.; 12(1):236-46.
68. Possati AB et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc Anna Nery Rev Enf**, 2017; 21(4):e2016036.
69. Barros TCX et al. Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 2018 fev.; 12(2):554-8.
70. Rebello MTMP. Neto JFR. A Humanização da Assistência ao Parto na Percepção de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2012; 36(2):188-197.
71. Silva RC et al. O discurso e a prática do parto humanizado em adolescentes. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3):629-36.
72. Maia, MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e Ethos profissional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(5):1041-1044, mai, 2011.
73. Frutuoso LD, Bruggeman OM. Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Out-Dez; 22(4): 909-17.
74. Barbosa LC, Fabro MRC, Machado GPR. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Av Enferm**. 2017;35(2):190-207.

75. Ortega MDCB et al. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2015maio-jun.; 23(3):404-10.
76. Ferreira, RG. A educação permanente na formação contínua dos profissionais de enfermagem. **Revista Sustinere** [Internet], 3.2 (2015): 128-142. Disponível: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/18127>.
77. Cunha MA, Mamede MV, Dotto LMG, Mamede FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Anna Nery Rev Enf** [Internet] 2009;13(1):pág23 [acesso em 03 dez 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100020>.
78. Estumano VKC et al. Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. São Paulo: **Revista Recien**. 2017; 7(19):83-91.
79. Moreira MADM et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2014; 20(10):3231-42.
80. Cassiano AN et al. Expressões da violência institucionalizada ao parto: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**.2016 out; 44:465-7
81. Cardoso FJC et al. Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 2017 set.; 11(9):3346-53.
82. Ferreira LMS et al. Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto: a percepção da mulher. **Revista Cubana de Enfermería**, 2017; 33(2): pág 22.
83. Gradim CVC et al. Violência no parto: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, 2017 mar.; 11(3):1299-1308.
84. Velho MB et al. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **RevBras Enferm**, Brasília, 2010 jul-ago; 63(4):652-9
85. Ferreira ES, Silva TKB, Camilo JC. Enfermagem: assistência humanizada as pacientes em trabalho de parto. **Nip**. 2016; 1(2):1-10.
86. Neumann A, Garcia C. A percepção da mulher acerca do acompanhante no processo de parturição. RCS [Internet]. 18jun.2013 [citado 01dez 2018];11(20):113-22. Disponível:<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1509>
87. Dodou HD et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Esc Anna NeryRev Enf.**, 2014;18(2):262-69.
88. Santos ECP et al. Conhecimento e aplicação do direito do direito do acompanhante na gestação e parto. **Enferm. Foco** 2016; 7(3/4):61-65.

89. Carvalho VF et al. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. **Saúde soc.** [online]. 2014; 23(2):572-581. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000200017>
90. Pinheiro BC, Bittar CML. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia**, 2012 jan/abr.; 37:212-227.
91. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**. [Internet] 2010; 38(5):pág 58 [acesso em 02 dez 2018]. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>
92. Bezerra AL, Queiroz Érica, Weber J, Munari D. O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. **REE** [Internet]. 30º de setembro de 2012 [citado 2 de dezembro de 2018];14(3):618-25. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/12771>.
93. Neco KKS, Costa RA, Feijão AR. Sistematização da assistência de enfermagem em instituições de saúde do Brasil: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**. Recife. 2015; 9(1):193-20.
94. Nunes DH, Mousquer TO, Zuse CL. A sistematização da assistência de enfermagem: um relato de experiência. **Vivências**. 2011; 7(13):38-4
95. Oliveira JDG et al. Percepção de enfermeiros obstetras na assistência à parturiente. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 2016 out.; 10(10):3868-75.
96. Camacho KG, Progianti JM transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2013 jul/set;15(3):648-55
97. Reis TR et al. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Rev Gaúcha Enferm**. 2015; 36(esp):94-101.
98. Malheiros PA et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2):329-37.
99. Sousa, AMM et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery Rev Enf.**, 2016; 20(2):324-31.
100. Takemoto AY, Corso MR. Parto humanizado e a assistência de enfermagem: uma revisão da literatura. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, 2013 maio/ago.; 17(2):117-127.
101. Côrtes, CT et al. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2018;26:e2988
102. Alves DFC et al. Processo De humanização na assistência de enfermagem à parturiente: revisão integrativa. **SANARE**, Sobral, 2017 jul/dez.; 16(2):68-76.

103. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2013; 18(4):1059-1068.
104. Ferreira LMS et al. Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto: a percepção da mulher. **Revista Cubana de Enfermería**, 2017; 33(2): pág. 24
105. Brasil. Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União** [internet]. Brasília; 2005 [citado 08 Janeiro 2019]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2019/11108>
106. Reis TR et al. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(esp):94-101.
107. Malheiros PA et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2):329-37.
108. Sousa, AMM et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery Rev Enf*, 2016; 20(2):324-31.
109. Barros TCX et al. Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, 2018 fev.; 12(2):554-8.
110. Vargens OMC, Silva ACV, Progiante JM. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. *Esc. Anna Nery Rev Enf* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dez 06]; 21(1):e20170015. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452017000100215&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452017000100215&lng=en). Epub Feb 16, 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170015>
111. Takemoto AY, Corso MR. Parto humanizado e a assistência de enfermagem: uma revisão da literatura. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, 2013 maio/ago.; 17(2):117-127.
112. Ferreira LMS et al. Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto: a percepção da mulher. *Revista Cubana de Enfermería*, 2017; 33(2): pág. 2
113. Brasil. Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União** [internet]. Brasília; 2005 [citado 08 Janeiro 2019]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2019/11108>

114. Winters JRF, Prado ML, Heidemann ITSB. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. **Escola Anna Nery Rev Enf** [Internet. 2016;20(2):248-53. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127745723006>

## APÊNDICES

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
(RESOLUÇÃO nº 466/12 - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE)

**Título do Projeto:** A Violência Obstétrica: com a palavra os gestores das maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro.

**Pesquisador Responsável:** Valdecyr Herdy Alves.

**Instituição pertencente o Pesquisador Responsável:** Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense.

**Telefone para contato do Pesquisador:** (21) 2629-9456; (21) 2629-9234.

**Nome do voluntário:** \_\_\_\_\_.

**Idade:** \_\_\_\_\_.

**R.G.:** \_\_\_\_\_.

O (A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulada: *A Violência Obstétrica: com a palavra os gestores das maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro*, de responsabilidade do pesquisador Dr. Valdecyr Herdy Alves.

O projeto de pesquisa tem como objetivo: Identificar a assistência obstétrica no campo da saúde reprodutiva da mulher na Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro na perspectiva dos gestores de saúde; caracterizar como se apresentam o conceito e a lógica de enfrentamento ao desrespeito a partir da percepção dos gestores de saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista semiestruturada individual, como o registro em um diário de campo. A entrevista será gravada em aparelho digital, com a sua autorização, e transcrita na íntegra.

Os desconfortos ou riscos associados à sua participação na pesquisa são constrangimento, desconforto com a temática abordada durante a coleta de dados. Ressalta-se que o pesquisador é treinado, e capacitado para a aplicação do instrumento de coleta de dados, com o propósito de evitar os riscos aos participantes, e se compromete a resguardar a integridade física, psíquica e emocional dos participantes. Além, da medida de manter a privacidade da sua participação na coleta de dado, com a aplicação da entrevista em uma sala preservada.

O estudo traz como benefício desvelar a assistência obstétrica no campo da saúde reprodutiva diante a percepção dos gestores, e a partir desse pensamento trazer a questão do direito da mulher a uma prática frente aos seus valores e suas necessidades, contribuindo para a qualidade da assistência.

Você receberá orientações acerca da temática, e as informações que prestar durante a entrevista, além de relevantes para que o pesquisador possa compreender e analisar o seu conteúdo, serão utilizadas com a garantia de sigilo e anonimato em qualquer fase do estudo, isto porque quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será preservada por meio de um pseudônimo escolhido aleatoriamente pelo pesquisador.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que você trabalha.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem em área da saúde da mulher com foco na assistência obstétrica.

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações: E-mail: [etica@vm.uff.br](mailto:etica@vm.uff.br) - Tel/fax: (21) 26299189.

Você receberá esse termo original com a assinatura dos pesquisadores envolvidos, onde constam os respectivos nomes e telefones, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Valdecyr Herdy Alves  
(21) 995051765  
[herdyalves@yahoo.com.br](mailto:herdyalves@yahoo.com.br)

---

Enimar de Paula  
(021) 98265-0838  
E-mail: [enimar.enfermagem@msn.com](mailto:enimar.enfermagem@msn.com)

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Assinatura

**APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

ENTREVISTA Nº |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES**

- a. Nome:
- b. Data de Nascimento:
- c. Sexo:
- d. Formação:
- e. Instituição Pública ou Privada:
- f. Ano de Formação:
- g. Pós-Graduação:
- h. Curso:
- i. Tempo de Atuação na área:

**2. PERGUNTAS ABERTAS**

- a) Para você, o que é violência obstétrica no contexto do parto e nascimento?
- b) Quais são as políticas públicas de saúde que vão ao encontro do enfrentamento da violência obstétrica?
- c) Na unidade de saúde em que você atua como gestor, quais são as estratégias utilizadas para o enfrentamento/combate à violência obstétrica?
- d) Você deseja contribuir com alguma experiência abordando a temática?

## ANEXOS

## AUTORIZAÇÕES

### A - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO - HUAP



#### DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA

Declaro tomar ciência e autorizar, como Diretor Acadêmico do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), a coleta de dados da pesquisa intitulada: “**A Assistência Obstétrica nas Maternidades Públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: Com a Palavra os Gestores**”. Esta pesquisa deverá trazer contribuições científicas, acadêmicas e sociais para os sujeitos pesquisados e para os pacientes, sendo o pesquisador Enimar de Paula, ciente de suas responsabilidades; bem como o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), ciente de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar, conforme a Resolução CNS 466/2012.

Niterói, 11 de julho de 2016.

**PROF. RUBENS ANTUNES DA CRUZ FILHO**  
Diretor Acadêmico do HUAP

Hospital Universitário Antonio Pedro  
Rua Marquês do Paraná 303 – Centro – Niterói – RJ – CEP: 24033-900  
Tels: 2629-9408/9409/9421 Fax: 2629-9418  
e-mail: [direcao@huap.uff.br](mailto:direcao@huap.uff.br)

## B - HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA – HEAL



GOVERNO DO  
**Rio de Janeiro**

SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL  
HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA  
CENTRO DE ESTUDOS E APERFEIÇOAMENTO

### DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos que esta instituição tem interesse em participar do projeto **A Assistência Obstétrica nas Maternidades Públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: Com a palavra, os gestores**, proposto pelo pesquisador Dr. **Valdecyr Herdy Alves**, autorizando sua execução.

Declaramos ainda, conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável por sua avaliação.

Niterói - RJ, 22 de Março de 2017.

DIREÇÃO MÉDICA

Verônica Alcoronado de Miranda  
CRM: 52.37248-8  
Gerencia de Ensino e Pesquisa  
HEAL / 196

**HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA**

R. Teixeira de Freitas, nº 30  
Fonseca, Niterói - RJ, 24130-610  
Tel.: (21) 3601-7283

**C - HOSPITAL MUNICIPAL ALZIRA REIS – HMAR**



**NITERÓI**  
PREFEITURA

ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
MATERNIDADE ALZIRA REIS VIEIRA

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaramos que esta instituição tem interesse em participar do projeto **A Assistência Obstétrica nas Maternidades Públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: Com a palavra, os gestores**, proposto pelo pesquisador **Dr. Valdecyr Herdy Alves**, autorizando sua execução.

Declaramos ainda, conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável por sua avaliação.

Niterói - RJ Maio de 2017.

*Adriana Cersosimo*

DIREÇÃO MÉDICA

Dra. Adriana Cersosimo  
Direção Geral MMARVF  
FMS 436.446

**D- HOSPITAL MUNICIPAL DA MULHER GONÇALENSE – HMMG**

ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL LUÍS PALMIER  
HOSPITAL DA MULHER GONÇALENSE

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaramos que esta instituição tem interesse em participar do projeto **A Assistência Obstétrica nas Maternidades Públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: Com a palavra, os gestores**, proposto pelo pesquisador **Dr. Valdecyr Herdy Alves**, autorizando sua execução.

Declaramos ainda, conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável por sua avaliação.

Niterói - RJ, de Março de 2017.

**Mauro Bustamante**  
Direção Geral - HLP  
CRM 52 50601-1

DIREÇÃO MÉDICA

**HOSPITAL DA MULHER GONÇALENSE**  
Praça Estephânia de Carvalho, s/n°;  
Centro - São Gonçalo  
Tel: (21) 2199-6155

**E- HOSPITAL MUNICIPAL CONDE MODESTO LEAL - HMCML**

Prefeitura de  
**MARICÁ**  
do Rio de Janeiro

ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL CONDE MODESTO LEAL

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaramos que esta instituição tem interesse em participar do projeto **A Assistência Obstétrica nas Maternidades Públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: Com a palavra, os gestores**, proposto pelo pesquisador **Dr. Valdecyr Herdy Alves**, autorizando sua execução.

Declaramos ainda, conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

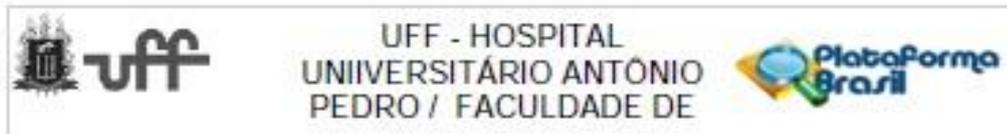
Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável por sua avaliação.

Niterói - RJ, de Março de 2017.  
Carlos Eduardo D. C. Dias  
CRM 52.74992-3  
Diretor Geral H.M.C.M.L.

---

DIREÇÃO MÉDICA

## ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA FACULDADE DE MEDICINA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NAS MATERNIDADES PÚBLICAS DA REGIÃO METROPOLITANA II DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: Com a palavra, os gestores.

**Pesquisador:** Valdecyr Herdy Alves

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 59722816.4.0000.5243

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.090.537

#### **Apresentação do Projeto:**

A violência obstétrica tem sido objeto de pesquisa em diversos estudos, demonstrando não se restringir às práticas dos profissionais de saúde por enfocar, também, o despreparo institucional para a realização do parto humanizado conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Trata-se de estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Os dados coletados serão submetidos à análise de conteúdo, segundo o pensamento de Laurence Bardin. Pretende-se entrevistar as coordenações das maternidades públicas dos Municípios integrantes da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, para que seja possível compreender a assistência obstétrica junto às mulheres.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Identificar a assistência obstétrica no campo da saúde reprodutiva da mulher na Região Metropolitana II do Estado do RJ na perspectiva dos gestores de saúde.

**Objetivo Secundário:** Caracterizar como se apresentam o conceito e a lógica de enfrentamento ao desrespeito a partir da percepção dos gestores de saúde

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** É importante destacar que os riscos da pesquisa são constrangimento, desconforto com a

Endereço: Rua Marques de Paraná, 303 4º Andar  
 Bairro: Centro CEP: 24.030-210  
 UF: RJ Município: NITERÓI  
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: rlica@vm.uff.br



UFF - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO  
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 2.090.037

temática abordada durante a coleta de dados. Ressalta-se que o pesquisador é treinado, se tornando capacitado para a aplicação do instrumento de coleta de dados, com o propósito de evitar os riscos aos participantes, e se compromete a resguardar a integridade física, psíquica e emocional dos participantes. Benefícios: Os benefícios inerentes ao projeto são: Promover uma discussão e reflexão sobre a assistência obstétrica com os gestores municipais, gestores locais e coordenadores de saúde, com o propósito de mudança de uma lógica na assistência obstétrica na Região Metropolitana II do Estado do RJ, com foco em um modelo humanizado; Promover uma mudança nas práticas da assistência obstétrica com o propósito do resgate da mulher em sua autonomia e direito a uma assistência com o mínimo de intervenções; Capacitação de gestores e profissionais de saúde na assistência obstétrica com foco no direito da mulher a uma assistência de qualidade, humanização do parto e nascimento, mudanças de práticas institucionais consideradas nocivas e inserção de novas práticas com o propósito de assegurar a autonomia da mulher no processo parturitivo; Conscientizar os gestores de saúde sobre a importância de discussão nos municípios da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, sobre o desrespeito, que tem se tomado um grave problema na saúde reprodutiva da mulher, e a sua discussão institucional contribuirá para uma reflexão e agilização de medidas de enfrentamento, como também para a melhoria a assistência obstétrica na região.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O pesquisadores cumpriram todas as pendências e retirou do estudo a Unidade de Itaboraí

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

As cartas foram devidamente anexadas.

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

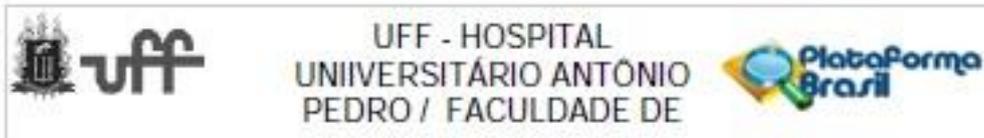
Não há mais pendências para esse projeto, desta forma está aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_767293.pdf	24/05/2017 11:23:42		Aceito
Outros	carta.docx	24/05/2017 11:21:38	Valdecyr Herdy Alves	Aceito

Endereço: Rua Marques de Paraná, 303 4º Andar  
Bairro: Centro CEP: 24.030-210  
UF: RJ Município: NITERÓI  
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br



Continuação do Parecer: 2.090.527

Outros	cartas.docx	24/06/2017 11:18:31	Valdecyr Herdy Alves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	doc.doc	20/10/2016 11:56:37	Valdecyr Herdy Alves	Aceito
Outros	novo.docx	12/08/2016 16:56:10	Valdecyr Herdy Alves	Aceito
Folha de Rosto	doc.docx	04/08/2016 16:16:08	Valdecyr Herdy Alves	Aceito
Outros	entrevista.docx	29/07/2016 23:20:47	Valdecyr Herdy Alves	Aceito
Outros	huap.jpg	29/07/2016 23:20:21	Valdecyr Herdy Alves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	29/07/2016 23:19:21	Valdecyr Herdy Alves	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	29/07/2016 23:19:12	Valdecyr Herdy Alves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 30 de Maio de 2017

Assinado por:  
José Carlos Carraro Eduardo  
(Coordenador)

Endereço: Rua Marques de Paraná, 303 4º Andar  
Bairro: Centro CEP: 24.030-210  
UF: RJ Município: NITEROI  
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: stica@vni.uff.br