

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL - DINTER/UFCG

EMANUEL NILDIVAN RODRIGUES DA FONSECA

**OS IMPACTOS EM GESTANTE ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA**

SÃO PAULO

2023

EMANUEL NILDIVAN RODRIGUES DA FONSECA

**OS IMPACTOS EM GESTANTE ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA**

Versão Corrigida

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo – USP, como pré-requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia Clínica.

Linha de Pesquisa: Investigações em Psicanálise.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Safra

SÃO PAULO

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Fonseca, Emanuel Nildivan Rodrigues da
OS IMPACTOS EM GESTANTE ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA / Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca; orientador Gilberto
Safrá. -- São Paulo, 2023.
125 f.
Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto
de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

1. Gravidez . 2. Adolescência . 3. Violência Obstétrica . I. Safrá, Gilberto,
orient. II. Título.

FOLHA DE AVALIAÇÃO

FONSECA, Emanuel Nildivan Rodrigues da. **OS IMPACTOS EM GESTANTE ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**. 2023.125f. Tese (Doutorado em Ciências) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. Gilberto Safra
Orientador – IP/USP

Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antúnez
Membro Interno – IP/USP

Profa. Dra. Ana Lúcia de Medeiros Cabral
Membro Externo – UNIESP

Profa. Dra. Christiane Borges do Nascimento Chofakian
Membro Externo – PPGE/EEUSP/USP

Profa. Dra. Iracema Filgueira Leite
Membro Externo – GEPAIE/UFPB

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Antonia Rodrigues da Fonseca e Luiz Hildesuite da Fonseca, pelo amor incondicional, pelo exemplo de ética e dignidade, e por me proporcionarem acesso à educação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço **a todas e todos** que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo. Gostaria, neste momento, de listar alguns nomes que contribuíram para a conclusão deste trabalho, sem necessariamente seguir uma ordem de destaque.

A **Deus**, que ilumina sempre o meu caminho para seguir em frente, com coragem, força, fé, determinação, enfrentando obstáculos imprescindíveis para o meu amadurecimento pessoal, profissional e espiritual.

À minha **família**, em especial a Dailson por compreender minhas ausências durante esse longo processo.

Ao Prof. **Dr. Gilberto Safra**, pela competência, paciência e toda disponibilidade nesses anos de acompanhamento no doutorado.

A todo corpo docente e servidores do DINTER entre a Universidade de São Paulo e a Universidade Federal de Campina Grande, em especial as queridas Prof^{as}. **Dr^a. Betânia Maria** (UFMG) e **Claudia Rocha** (USP), vocês foram essenciais.

Aos colegas do DINTER, pela parceria durante todo esse processo, sobretudo a **Rosângela**, que dividiu bem mais que o orientador, e a **Jogilmira** por toda troca.

Aos **membros da banca**, pela disponibilidade e contribuições importantes. Vossas considerações foram e serão imprescindíveis na construção e reconstrução deste trabalho.

Às **coordenações das maternidades**, campo de estudo, que permitiram que a pesquisa pudesse ser realizada.

Ao **Estado de Alagoas**, minha escola como enfermeiro obstetra.

Às **mulheres**, em especial às gestantes, por me permitirem vivenciar satisfação profissional.

RESUMO

FONSECA, E. N. R. **Os impactos em gestante adolescente vítima de violência obstétrica**. 2023. Tese (Doutorado em Ciências) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

O presente estudo tem como objetivo investigar junto às mães adolescentes a ocorrência da violência obstétrica e seus respectivos impactos físicos, psicológicos e emocionais na vida dessas mulheres. Engravidar na adolescência pode trazer repercussões de grande impacto na vida dessas jovens e suas famílias, sendo mais comum em famílias de baixo poder econômico e pouca escolaridade. Isso aumenta os riscos à violência obstétrica, muito presente em nossas maternidades, e caracterizada, sobretudo por atingirem mais frequentemente mulheres negras e pardas. Na perspectiva de Winnicott, o desenvolvimento emocional primitivo é fundamental nos aspectos relacionados a hereditariedade e ao ambiente. Trata-se de um estudo prospectivo, exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. O delineamento para a tese busca fazer uma interface com a Teoria do Amadurecimento Humano de Winnicott. A pesquisa foi desenvolvida em maternidades públicas localizadas nas cidades de João Pessoa e Campina Grande, Paraíba. A população foi composta por todas gestantes e puérperas usuárias desses serviços e a amostra foi representada por gestantes e puérperas adolescentes na faixa etária entre 11 e 19 anos. Para a coleta de dados utilizamos o roteiro de entrevista semiestruturado. Este roteiro de entrevista foi elaborado pelo pesquisador, tendo em vista a inexistência de instrumento validado que avalie os impactos da violência obstétrica em adolescentes. A pesquisa foi dividida em duas fases: a Fase I (Estudo I), que ocorreu durante o período da internação na maternidade, onde entrevistamos 20 mulheres. E a Fase II (Estudo II), desenvolvida após quatro meses da primeira, onde obtivemos retorno de 18 mulheres. As entrevistas foram realizadas após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande. As entrevistas transcritas foram organizadas com o uso do software IRAMUTEQ. Os dados apontaram que a maioria das entrevistadas se denominam pretas e pardas, em união estável, com renda abaixo de 1 salário-mínimo, baixa escolaridade e residentes no interior do estado. As perguntas foram classificadas em cinco categorias, a fim de agrupá-las e analisá-las de acordo com a análise de conteúdo de Bardin, e correlacionadas com a teoria winnicottiana. Na análise gerou cinco classes, duas classes na primeira fase e três classes na segunda: classe 1 - Impressões sobre o trabalho de parto até a chegada na maternidade; classe 2 - Vivência no trabalho de parto na maternidade e parto; classe 3 – A violência durante o trabalho de parto; classe 4 – Impressões sobre os sentimentos durante o parto e classe 5 – Reflexões sobre as necessidades da parturiente adolescente no momento do parto. O sentimento do medo esteve presente na maioria das falas e classes. Conclui-se como necessário a importância da discussão do tema, violência obstétrica, ser desenvolvido de forma permanente nos serviços de saúde, com a participação do controle social e a implementação de políticas públicas efetivas em todo território nacional.

Palavras-chave: gravidez; adolescência; violência obstétrica.

ABSTRACT

FONSECA, E. N. R. **The Impacts on Adolescent Pregnant Women Victims of Obstetric Violence.** 2023. Thesis (Doctor of Science) - Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 2023.

This study aims to investigate the occurrence of obstetric violence and its respective physical, psychological, and emotional impacts on the lives of adolescent mothers. Becoming pregnant during adolescence can have significant repercussions in the lives of these young women and their families, especially in low-income and low-education families. This increases the risk of obstetric violence, which is prevalent in our maternity wards, primarily affecting black and mixed-race women. From a Winnicott perspective, primitive emotional development is crucial in aspects related to heredity and the environment. This is a prospective, exploratory, and descriptive study with a qualitative approach. The thesis design seeks to interface with Winnicott's Theory of Human Maturation Processes. The research was conducted in public maternity hospitals located in the cities of João Pessoa and Campina Grande, Paraíba. The population consisted of all pregnant and postpartum women using these services, and the sample was represented by adolescent pregnant and postpartum women between the ages of 11 and 19. A semi-structured interview script was used for data collection. This interview script was developed by the researcher due to the lack of a validated instrument to assess the impacts of obstetric violence on adolescents. The research was divided into two phases: Phase I (Study I) took place during the hospitalization period, where 20 women were interviewed. Phase II (Study II) was conducted four months after the first phase, with responses obtained from 18 women. The interviews were conducted after approval by the Research Ethics Committee of the University Hospital Alcides Carneiro of the Federal University of Campina Grande. Transcribed interviews were organized using the IRAMUTEQ software. The data revealed that the majority of the interviewees identified as black and mixed-race, in stable relationships, with incomes below one minimum wage, low levels of education, and residing in rural areas. The questions were categorized into five classes to group and analyze them according to Bardin's content analysis and correlated with Winnicott's theory. The analysis generated five classes, two in the first phase and three in the second: Class 1 - Impressions of labor until arrival at the maternity ward; Class 2 - Experiences during labor in the maternity ward and delivery; Class 3 - Violence during labor; Class 4 - Impressions of feelings during delivery; and Class 5 - Reflections on the needs of adolescent parturients during delivery. The feeling of fear was present in most of the statements and classes. In conclusion, it is essential to emphasize the importance of ongoing discussions on the topic of obstetric violence in healthcare services, with the participation of social control and the implementation of effective public policies nationwide.

Keywords: pregnancy; adolescence; obstetric violence.

RESUMEN

FONSECA, E. N. R. **Los Impactos en Adolescentes Embarazadas Víctimas de Violencia Obstétrica**. 2023. Tesis (Doctorado en Ciencias) - Instituto de Psicología, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2023.

Este estudio tiene como objetivo investigar la ocurrencia de la violencia obstétrica y sus respectivos impactos físicos, psicológicos y emocionales en la vida de las madres adolescentes. El embarazo durante la adolescencia puede tener repercusiones significativas en la vida de estas jóvenes y sus familias, especialmente en familias de bajos ingresos y baja educación. Esto aumenta el riesgo de violencia obstétrica, que es prevalente en nuestras salas de maternidad y afecta principalmente a mujeres negras y de ascendencia mixta. Desde la perspectiva de Winnicott, el desarrollo emocional primitivo es fundamental en aspectos relacionados con la herencia y el entorno. Se trata de un estudio prospectivo, exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo. El diseño de la tesis busca relacionarse con la Teoría de los Procesos de Maduración Humana de Winnicott. La investigación se llevó a cabo en hospitales públicos de maternidad ubicados en las ciudades de João Pessoa y Campina Grande, Paraíba. La población estuvo compuesta por todas las mujeres embarazadas y en posparto que utilizaban estos servicios, y la muestra estuvo representada por mujeres adolescentes embarazadas y en posparto en edades comprendidas entre 11 y 19 años. Se utilizó un guión de entrevista semiestructurada para la recopilación de datos. Este guión de entrevista fue elaborado por el investigador debido a la falta de un instrumento validado para evaluar los impactos de la violencia obstétrica en adolescentes. La investigación se dividió en dos fases: la Fase I (Estudio I) tuvo lugar durante el período de hospitalización, donde se entrevistaron a 20 mujeres. La Fase II (Estudio II) se llevó a cabo cuatro meses después de la primera fase, con respuestas obtenidas de 18 mujeres. Las entrevistas se realizaron después de la aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario Alcides Carneiro de la Universidad Federal de Campina Grande. Las entrevistas transcritas se organizaron utilizando el software IRAMUTEQ. Los datos revelaron que la mayoría de las entrevistadas se identificaban como mujeres negras y de ascendencia mixta, en relaciones estables, con ingresos por debajo del salario mínimo, bajos niveles de educación y residentes en áreas rurales. Las preguntas se categorizaron en cinco clases para agruparlas y analizarlas de acuerdo con el análisis de contenido de Bardin y correlacionarlas con la teoría de Winnicott. El análisis generó cinco clases, dos en la primera fase y tres en la segunda: Clase 1 - Impresiones sobre el trabajo de parto hasta llegar a la sala de maternidad; Clase 2 - Experiencias durante el trabajo de parto en la sala de maternidad y el parto; Clase 3 - Violencia durante el trabajo de parto; Clase 4 - Impresiones sobre los sentimientos durante el parto; y Clase 5 - Reflexiones sobre las necesidades de las parturientas adolescentes durante el parto. El sentimiento de miedo estuvo presente en la mayoría de las declaraciones y clases. En conclusión, es esencial enfatizar la importancia de continuar las discusiones sobre el tema de la violencia obstétrica en los servicios de salud, con la participación del control social y la implementación de políticas públicas efectivas a nivel nacional.

Palabras clave: embarazo, adolescencia, violencia obstétrica.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Amostra da Pesquisa.....	29
Quadro 2 - Fases da Análise de conteúdo de Bardin.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das participantes da pesquisa segundo idade, estado civil, raça/etnia, escolaridade, renda familiar e local de residência. Brasil, 2021.....	62
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Árvore dos sentimentos classe 1.....	69
Figura 2 – Nuvem de palavras classe 2.....	73
Figura 3 – Nuvem de palavras classe 3.....	84
Figura 4 – Árvore dos sentimentos classe 4.....	88
Figura 5 – Dendrograma de sentimentos classe 5.....	92

SUMÁRIO

CAPÍTULO I CONTEXTUALIZANDO O ESTUDO	12
1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	13
1.1 Estruturação da Tese	19
CAPÍTULO II OBJETIVOS DO ESTUDO	21
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo geral	22
2.2 Objetivos específicos	22
CAPÍTULO III REVISÃO DE LITERATURA	23
3 REVISÃO DA LITERATURA – Artigo de Revisão Integrativa da Literatura	24
3.1 Violência obstétrica como fator de impacto em mulheres vítimas: uma análise integrativa da literatura	24
CAPÍTULO IV A TEORIA DO AMADURECIMENTO HUMANO WINNICOTT	33
4 A TEORIA DO AMADURECIMENTO HUMANO DE WINNICOTT	34
4.1 Violência obstétrica e sua interface com a teoria de Winnicott	46
CAPÍTULO V PERCURSO METODOLÓGICO	49
5 MÉTODO	50
5.1 Delineamento do estudo	50
5.2 Local do estudo	51
5.3 População e amostra	51
5.4 Procedimento para coleta dos dados	52
5.5 Respondendo as Questões Norteadoras do Estudo	53
5.6 Forma de análise dos resultados	56
5.7 Aspectos éticos e legais	59
CAPÍTULO VI APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
6.1 Caracterização da amostra	62
6.2 Fragmentos das falas extraídas nas entrevistas	64
CAPÍTULO VII CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	111
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista - Avaliação do Impacto da Violência Obstétrica	111
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	113
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	116

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	120
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	122
APÊNDICE F - Termo de Compromisso de Divulgação dos Resultados.....	123
ANEXOS	124
ANEXO A – Termo de Anuência Institucional – ISEA	124
ANEXO B – Termo de Anuência Institucional – ICV	125
ANEXO C – Folha de Rosto – Plataforma Brasil.....	126

CAPÍTULO I
CONTEXTUALIZANDO O ESTUDO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O impacto da descoberta da gravidez representa para muitas mulheres a consolidação de um sonho ou desejo construído social e culturalmente. A adaptação do corpo as mudanças promovidas pela gestação, podem levar a alterações que não apenas compreendem as físicas, mas também as sociais e econômicas. Muitas adolescentes não encontram o apoio do parceiro, acentuando-se os conflitos e a desestruturação familiar (Possati *et al.*, 2017).

A gravidez na adolescência tem sido apontada pela Organização Mundial de Saúde como uma condição de risco que eleva a prevalência de complicações maternas, fetais e neonatais, além de agravar problemas socioeconômicos existentes. Como em outras condições de saúde, o prognóstico da gravidez na adolescência depende da interação de fatores biológicos, sociais, psicológicos, culturais e econômicos, tornando-se uma preocupação por parte de investigadores e organizações nacionais e internacionais (Bouzas; Cader; Leão, 2014).

O maior índice de gravidez na adolescência acontece em mulheres com nível socioeconômico menos favorecido, evidencia-se que os arranjos familiares são moldados por circunstâncias econômicas, sociais, culturais e históricas, variando de acordo com as diferentes realidades socioeconômicas (Niy *et al.*, 2019).

As adolescentes grávidas enfrentam uma série de riscos de saúde e sociais, que podem ser agravados por fatores psicossociais, como o apoio familiar, a presença ou ausência de um parceiro/pai do bebê, bem como fatores ambientais, como o acesso aos cuidados de saúde básicos. Esses fatores podem influenciar os resultados da gravidez, incluindo o peso do bebê, a possibilidade de parto prematuro e outros aspectos relacionados ao recém-nascido, além de complicações obstétricas maternas durante o parto e pós-parto (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

É fundamental ressaltar o risco de "violência obstétrica" ao qual a gestante adolescente está sujeita. Esse conceito abrange qualquer forma de violência que ocorra durante o período de gravidez, parto e pós-parto, e que possa resultar em danos físicos, emocionais ou psicológicos para a mulher ou adolescente em questão. Na prática, a violência obstétrica pode ocorrer de diversas maneiras, desde a negação de acesso ao pré-natal e dificuldades na realização de exames, durante esse período, até a recusa do direito de escolher um acompanhante, conforme estabelecido pela Lei 11.108/05. Além disso, o uso de expressões inadequadas por parte de profissionais de saúde pode causar sofrimento e afetar a saúde mental das mulheres (Brasil, 2005; Zanardo *et al.*, 2017).

Sob uma perspectiva física, a violência obstétrica é manifestada pelo uso indiscriminado de ocitocina sintética, visando à aceleração do parto, mesmo durante a fase inicial do trabalho de parto, o emprego da episiotomia, sem autorização da mulher, e a realização da manobra de Kristeller, durante o período expulsivo do parto. Isso aumenta substancialmente os riscos de complicações, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Essa forma de violência está diretamente associada ao aumento das taxas de mortalidade materna no Brasil, podendo ser considerada como seu ápice. Entretanto, é importante mencionar que recentemente o Ministério da Saúde emitiu uma portaria em que elimina o termo "violência obstétrica" e nega sua existência, bem como suas graves implicações para a saúde das mulheres (Leal, M. C. *et al.*, 2014).

Os adolescentes, que englobam indivíduos com idades entre 10 e 20 anos incompletos, compõem uma fatia significativa da população global, representando de 20% a 30%. No contexto brasileiro, estima-se que aproximadamente 23% da população se enquadre nessa faixa etária. Entre os desafios de saúde que afetam esse grupo etário, a gravidez se destaca, sendo um problema prevalente em quase todos os países, com ênfase nos países em desenvolvimento (Bouzas; Cader; Leão, 2014). O Estatuto da Criança e do Adolescente, através da Lei nº 8.069/90, define que a adolescência corresponde ao período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade (Brasil, 1990).

A palavra adolescência, deriva do termo latino, *Adolescere*, que significa tornar-se jovem, desenvolver-se, crescer. Representa uma etapa evolutiva do desenvolvimento humano. Considerada a etapa de transição entre a infância e a idade adulta, importante na formação da personalidade do indivíduo. Trata-se de uma experiência permeada pelos espaços psíquicos, dos limites externos e internos (Becker, 2004).

Podemos compreender melhor este estado de transição, quando o analisamos em sua totalidade, e consideramos os fatores psicológicos, biológicos, econômicos, sociais ou culturais, por ser esse conjunto de aspectos responsável por conferir unidade ao fenômeno da adolescência (Oliveira; Carvalho; Silva, 2008).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no Brasil, a projeção para 2023 da população feminina correspondente à faixa etária dos 10 aos 19 anos é 14.518.076 (IBGE, 2020). Estes dados representam importante aporte para o desenvolvimento de ações, sociais, econômicas, educacionais, de trabalho, justiça, culturais, esporte, lazer, objetivando atender as necessidades deste grupo alvo.

A aproximação com a temática da gravidez na adolescência, sobretudo da violência obstétrica, vem desde a formação. Durante a especialização em enfermagem obstétrica,

questionava-me sobre muitos procedimentos realizados de forma compulsória às parturientes, e que não eram justificados por evidências científicas, mas por conjunturas construídas tradicionalmente, reforçadas pela ideia do domínio do corpo da mulher, fortemente observadas nas questões sociais e de gênero. Não podemos negar que a violência obstétrica existe, e que ela transcende além das questões de gênero, perpassando as sociais e étnicas.

[...] um crescente volume de pesquisas sobre as experiências das mulheres durante a gravidez, e em particular no parto, descreve um quadro perturbador. No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligências durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica (OMS, 2014, p.1).

Documentos publicados pela Organização Mundial de Saúde (1996) demonstram ser a violência uma imposição que provoque significativamente um grau de dor e sofrimento, podendo ser evitáveis, traduzindo a violência obstétrica um tipo específico de violência contra a mulher, que perpassa a gravidez, chegando ao parto, pós-parto e planejamento reprodutivo, ligadas, sobretudo, a assistência ofertada pelos profissionais durante o cuidado (Who, 1996; OMS, 2014; Zanardo *et al.*, 2017).

Em nosso País, o termo violência obstétrica começou a ser debatido no início da década de 2000, com forte influência em experiências ocorridas em outros países da América do Sul, como Venezuela e Argentina. Além de apresentarem características no ciberativismo, encabeçado por mulheres, em sua maioria brancas e de classe média-alta, que começaram a denunciar práticas abusivas durante seus partos e o desrespeito dos serviços de saúde (Assis, 2018).

Países como a Venezuela e Argentina possuem uma legislação a respeito da violência obstétrica, ambas abordam a temática como “a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais” (Parto do Princípio, 2012).

No Brasil, alguns estados e cidades têm destaque na luta pela criminalização que ocorre devido à violência obstétrica, implementando leis e medidas que inibam essa prática danosa às mulheres. A exemplo do estado de Santa Catarina, que em 17 de janeiro de 2017 publicou a lei nº 17.097, que dispõe sobre a violência obstétrica, a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente. Essa lei define a violência obstétrica como todo o ato praticado pelo médico ou equipe do hospital, familiar ou acompanhante, que ofenda de forma física ou

verbal a mulher gestante, parturiente ou puérpera (Santa Catarina, 2017). No estado da Paraíba foi sancionada a Lei 11.009 de 14 de novembro de 2017, que dispõe sobre a colocação de placas informativas nos hospitais e maternidades públicas e privadas autorizando a presença de doulas (Paraíba, 2017). A doula é uma profissional de apoio à gestante, que oferece suporte emocional, físico e informativo durante a gravidez, o parto e o período após o nascimento do bebê. O termo "doula" deriva da palavra grega que significa "serva" ou "mulher que serve". As doulas não realizam procedimentos clínicos, como médicos ou enfermeiros. Em vez disso, o foco principal de seu trabalho é proporcionar conforto, apoio emocional, informações, técnicas de relaxamento, massagens e outras estratégias para ajudar as mulheres a lidar com a dor e o estresse do trabalho de parto.

Assim como os estados acima, tantos outros estados e cidades tem atendido as reivindicações, sobretudo de movimento pela humanização do parto e movimentos de mulheres, na busca da mudança do cenário obstétrico que tem a mulher e a criança como centro na assistência. Segundo a pesquisa da Fundação Perseu Abramo e Sesc (2010): uma em cada quatro mulheres já sofreu violência obstétrica no Brasil. A cada 100 mil internações de mulheres pretas para o parto, 22 morrem, esse número cai para a metade quando a paciente é branca (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

A morte materna causa comoção, e tem mobilizado ações de impacto a sua redução. O 3º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas visa "Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades." Quando aplicado à saúde materna, esse Objetivo de Desenvolvimento Sustentável busca especificamente reduzir a mortalidade materna e neonatal, bem como garantir o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Isso está alinhado com a meta de melhorar a saúde das mães durante a gravidez e o parto (Motta e Moreira, 2021).

No contexto da saúde materna e obstétrica no Brasil, vários mecanismos legais foram implementados para garantir uma assistência adequada e segura. Alguns dos principais mecanismos legais e regulatórios relacionados à assistência obstétrica no Brasil incluem: Sistema Único de Saúde; Lei do Acompanhante (Lei 11.108/05; Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal; Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Programa Rede Cegonha (Brasil, 2011).

Esses são alguns dos mecanismos legais e regulatórios que buscam garantir a assistência obstétrica no Brasil, promovendo a saúde materna e neonatal, bem como a humanização do parto. O alinhamento dessas políticas e leis com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3,

contribuiu para o progresso na redução da mortalidade materna e neonatal, e na promoção do bem-estar das gestantes e recém-nascidos.

Um importante estudo realizado por Aguiar e D'Oliveira (2011), refere que as práticas violentas que permeiam a assistência ao parto e nascimento, permanecem imperceptíveis à maioria das gestantes, profissionais de saúde e gestores.

A Pesquisa Nascer no Brasil, da Fundação Oswaldo Cruz, entrevistou 23.894 mulheres atendidas em maternidades públicas, privadas e mistas, contemplando capitais e cidades do interior do Brasil, entre os anos de 2011 e 2012. Revelou altos índices de intervenções, como o uso de ocitocina (40%), amniotomia (40%), litotomia (92%), manobra de Kristeler (37%) e episiotomia (56%). Em relação à satisfação, constatou-se iniquidade na assistência recebida. Mulheres pretas e pardas, de baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade, residentes nas regiões norte e nordeste, referem menor satisfação com a assistência recebida. Quanto a saúde mental dessas mulheres, a pesquisa aponta a depressão materna detectada em 26% das mães entre 6 a 18 meses após o parto, sendo mais presente em mulheres de baixo nível socioeconômico, o que revela que a satisfação com a assistência influenciou o adoecimento (Leal e Gama, 2014).

Ainda segundo a Pesquisa Nascer no Brasil, 52% das mulheres tiveram seus filhos por cesariana, quando se trata especificamente de serviços privados chegamos aos alarmantes 88%. Não havendo indicações clínicas e obstétricas para esse número tão elevado de cirurgias, elevando com ele a exposição aumentada dos riscos de morbidade e mortalidade, bem como suas repercussões para os recém-nascidos, incluindo aumento da obesidade, diabetes, asma, alergias e outras doenças não-transmissíveis. Se levarmos em consideração as adolescentes, a cesariana foi empregada em 42% dos casos (Leal e Gama, 2014).

A pesquisa destaca que, em relação as mulheres adolescentes, elas estão submetidas a maiores riscos, por iniciarem precocemente a vida reprodutiva. Além de destacar o perfil bastante desfavorável das gestantes adolescentes entrevistadas, onde destaca, sobretudo o baixo poder econômico, baixo nível de escolaridade e baixo acesso ao pré-natal.

A gravidez na adolescência pode acarretar um risco maior de baixo peso ao nascer e a prematuridade, que são apontados como principais responsáveis pelas maiores taxas de morbidade e mortalidade no primeiro ano de vida do recém-nascido. Estudos apontam como consequência a gestação precoce, a exposição a abortos, distúrbios de ordem afetiva, tanto em relação à mulher quanto ao recém-nascido, propensão à baixa autoestima e à depressão, consequências emocionais advindas de relações conjugais instáveis (Gama *et al.*, 2001).

No âmbito da psicanálise, Donald Winnicott descreve importantes avanços na teoria psicanalítica no que se refere à conceituação de sujeito, direcionando-o à compreensão dos

processos de constituição do psiquismo nos primórdios da vida, as falhas nesses processos podem ser importantes causadoras das psicoses, a qualidade do encontro com o objeto, ou melhor, com a mãe ou quem exerce essa função, e o prazer especificamente relacionado ao encontro, não se restringe a descarga da autoconservação e ao prazer sexual, mas ao desenvolvimento do que Winnicott descreveu como self inicial com o bebê, no qual a mãe e o bebê sentem uma identificação relacionada ao desenvolvimento da preocupação materna primária.

Segundo Winnicott (1965a), o desenvolvimento emocional primitivo é fundamentado em dois aspectos: a hereditariedade, que se trata do potencial inato de desenvolvimento e maturação do bebê; e o ambiente, que apoia, falha ou traumatiza.

A violência obstétrica poderá interferir negativamente no desenvolvimento do binômio mãe-filho, conseqüentemente naquilo que o autor descreveu como self, além do desenvolvimento da preocupação materna primária (que é definido como um verdadeiro devotamento da mãe pelo filho nos primeiros meses de vida), para que uma mãe seja suficientemente boa, faz-se necessário que sua maternidade seja alicerçada em um ambiente suficientemente bom, descrito pelo histórico familiar, experiências pregressas das avós, acolhimento e assistência na hora do parto. Deste modo, a violência obstétrica poderá trazer conseqüências no desenvolvimento da preocupação materna primária, em sua relação com o bebê e em sua sexualidade futura, pois a self prejudicada poderá prejudicar a maneira como a mãe irá se posicionar frente as necessidades do bebê, dado que o mesmo neste período do desenvolvimento é totalmente dependente da presença materna.

Durante quase vinte anos atuando como enfermeiro obstetra em maternidade escola, bem como acompanhando aulas práticas com alunos da graduação e pós-graduação, percebo que práticas danosas, proscritas e que não se justifica por nenhuma evidência científica, continuam sendo empregadas. É preciso investigar que danos a prática da violência obstétrica pode causar em nossas parturientes, sobretudo em adolescentes. E assim, termos subsídios ainda mais fortes para exigir a implementação de políticas públicas eficazes para combater tal prática. Baseados nessas observações, questionamos: A prática da violência obstétrica causa impactos físicos, psíquicos e emocionais em gestantes adolescentes vítimas dessa assistência?

A relevância desse estudo, não se justifica, portanto, apenas na necessidade de ampliarmos as discussões sobre a violência obstétrica no cenário de nossas maternidades, mas sobretudo, pela importância de levantar os impactos que esse evento pode causar em mulheres adolescentes.

1.1 Estruturação da Tese

A Pesquisa aqui tratada encontra-se inserida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Pretendeu-se realizar uma abordagem sobre os impactos em mulheres adolescentes vítimas de violência obstétrica, em dois momentos: um primeiro momento ainda na maternidade e um segundo momento já passados mais de quatro meses do parto.

Esse estudo foi estruturado para ser composto por sete capítulos distintos. O primeiro capítulo, anteriormente apresentado, trata-se da introdução e justificativa, abordando elementos iniciais para a apresentação do fenômeno de interesse do estudo constituído pela violência obstétrica e seus impactos nas mulheres, em especial nas adolescentes que vivenciaram as experiências de gestar e parir. No segundo capítulo, apresentamos o objetivo geral e os objetivos específicos, que foram propostos inicialmente para o estudo.

No terceiro capítulo, apresentamos um texto acerca do tema da violência obstétrica, em forma de estudo da revisão da literatura. Esse texto constitui-se em um artigo publicado na Revista International Journal Of Development Research no ano de 2021 com o título: “Violência obstétrica como fator de impacto em mulheres vítimas: uma análise integrativa da literatura”. No artigo buscamos identificar quais os impactos físicos e mentais que a violência obstétrica ocasiona nas mulheres, seguindo as etapas propostas para a metodologia da revisão integrativa da literatura.

O quarto capítulo, destina-se a apresentação da Teoria do Amadurecimento Humano, proposta por Donald Woods Winnicott, pediatra e psicanalista inglês influente no campo das teorias das relações e do desenvolvimento, bem como realizar uma interface entre a teoria winnicottiana e a violência obstétrica.

No quinto capítulo, descrevemos o percurso metodológico desenhado para analisar as falas dos sujeitos, com apresentação detalhada das etapas a serem cumpridas inicialmente pelo desenho do estudo, culminando com o alcance e descrição das categorias após análise dos dados.

O sexto capítulo, destina-se a apresentar os resultados e as discussões sobre os dados produzidos pelo estudo, nele pretendemos descrever as categorias extraídas dos discursos dos sujeitos da pesquisa, sendo subdividido em dois textos: o primeiro a partir das categorias produzidas pelas falas dos sujeitos extraídas na primeira fase da pesquisa, e um segundo texto produzido a partir das falas dos sujeitos extraídos na segunda fase da pesquisa.

No sétimo e último capítulo, sinalizamos as considerações finais e o que foi produzido na tese, os elementos explorados nas discussões, apontando contribuições sociais e acadêmicas, que um estudo sobre violência obstétrica possa produzir, no contexto de mudança de paradigma e de modelo assistencial.

CAPÍTULO II
OBJETIVOS DO ESTUDO

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Investigar junto às mães adolescentes a ocorrência da violência obstétrica e seus impactos físicos, psicológicos e emocionais na vida dessas mulheres.

2.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil sócio, econômico e demográfico de mães adolescentes vítimas de violência obstétrica;
- Apresentar aos profissionais das maternidades pesquisadas o resultado do estudo e as políticas de boas práticas de assistência ao parto;
- Elaborar artigos que possam embasar e contextualizar a violência obstétrica no atendimento da adolescente grávida;
- Delinear através de análise qualitativa definição e conscientização acerca do processo de violência obstétrica.

CAPÍTULO III
REVISÃO DA LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA – Artigo de Revisão Integrativa da Literatura

3.1 Violência obstétrica como fator de impacto em mulheres vítimas: uma análise integrativa da literatura

Resumo

É perceptível os impactos negativos da violência obstétrica. Este trabalho tem por objetivo identificar quais os impactos físicos e mentais que a violência obstétrica ocasiona nas mulheres. Após análise dos artigos selecionados, identificou-se os impactos físicos e emocionais mais relatados na literatura. Entre os impactos físicos estão: dispareunia, dor, dificuldade de amamentar, episiotomia, posição litotômica, cesarianas sem indicação, uso excessivo de medicamentos, depilação pubiana, restrição de movimentos. Impactos emocionais: angústia, medo, constrangimento, tristeza, insegurança, impotência, depressão, perda de autonomia, insegurança com a autoimagem. Destaca-se ainda, a necessidade de mais pesquisas no campo da violência obstétrica, bem como a mudança urgente do modelo obstétrico vigente, considerando as evidências científicas, garantindo redução dos riscos e dos impactos da violência na vida dessas mulheres.

Descritores: Violência; obstétrica; saúde; humanização; parto.

Introdução

Violência obstétrica é o termo utilizado para agrupar todos os tipos de violência sofridos pela mulher durante a gravidez, o parto, pós-parto e abortamento. As agressões podem acontecer de forma verbal, institucional, moral, física e psicológica. As intervenções desnecessárias, bem como a cesariana sem real indicação, se travestem de boas práticas e são consideradas prejudiciais para a parturiente e seu conceito (Diniz *et al.*, 2015).

Nos últimos anos, a temática da violência que as mulheres vivenciam no processo de gestação, parto e pós-parto, tem ganhado destaque, principalmente no meio acadêmico, com a discussão de práticas adequadas na assistência à mulher. Ao final da década de 1980 a violência obstétrica já era tema também das políticas de saúde, com destaque para o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004). Porém, ainda que o tema estivesse na pauta feminista e mesmo na de políticas públicas, foi relativamente negligenciado, diante da resistência dos profissionais e de outras questões urgentes na agenda dos movimentos (Diniz, 2002).

A epidemiologia evidencia o aumento nos casos de violência obstétrica, de forma que uma em cada quatro mulheres afirmam já ter sofrido violência no parto, ou seja, 25% das brasileiras que são atendidas nas redes pública e privada, relatam que se sentiram violentadas (OMS, 1996; Leal, *et al.*, 2014).

Documentos publicados pela Organização Mundial da Saúde demonstram ser a violência uma imposição que provoque significativamente um grau de dor e sofrimento, podendo ser evitáveis, traduzindo a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher, que perpassa a gravidez, chegando ao parto, pós-parto e planejamento reprodutivo, ligadas, sobretudo, a assistência ofertada pelos profissionais durante o cuidado (OMS, 1996; Zanardo *et al.*, 2017).

Em nosso país, o termo violência obstétrica começou a ser debatido mais vigorosamente no início da década de 2000, com forte influência em experiências ocorridas em outros países da América do Sul, como Venezuela e Argentina. Além de apresentarem características no ciberativismo, encabeçado por mulheres, em sua maioria brancas e de classe média-alta, que começaram a denunciar práticas abusivas durante seus partos e o desrespeito dos serviços de saúde (Assis, 2018).

A ausência de orientação nas consultas de pré-natal é vista como um dos principais motivos da aceitação dos procedimentos violentos, visto que se o pré-natal for efetivo, com orientações válidas sobre todo processo de gestação e parto, a mulher terá conhecimento e empoderamento para discutir sobre quais procedimentos devem ou não ser realizados (Frigo *et al.*, 2014).

O movimento pela humanização do parto tem influenciado no resgate ao nascimento como evento fisiológico e natural, além de permitir à mulher mais autonomia e empoderamento, o conhecimento do próprio corpo e os poderes e saberes femininos, pouco valorizados no modelo biomédico. Esses poderes estariam baseados na condição biológica da mulher, na sua capacidade reprodutiva e em seu instinto materno (Tornquist, 2002).

O trabalho de parto deve estar pautado na individualidade e singularidade feminina, valorizando o protagonismo da mulher (Possati *et al.*, 2017). Para que o parto ocorra de forma satisfatória e tranquila, é primordial que seja assistido de forma respeitosa e humanizada, resguardando o bem-estar físico e emocional da mulher, favorecendo, então, a redução de riscos e complicações resultantes de intervenções desnecessárias (Rezende, 2014).

A violência obstétrica é mais um exemplo de violência de gênero, em que há a sobreposição de poder, em que o profissional age de maneira imponente sobre o corpo feminino, inferiorizando a parturiente no processo do seu próprio parto. Colocando

profissionais, medicações, manobras desnecessárias no centro do processo do nascimento (UFRGS, 2021).

Para a Psicologia, a violência contra a mulher, independente do seu tipo, causa comprometimentos à saúde física, mas o que se enfatiza são as consequências que vão além desses danos imediatos. Pois, o trauma reflete seriamente na saúde mental da mulher, principalmente vivenciado em um momento de parto ou/e pós-parto, considerado psicologicamente, como turbulento e vulnerável para a gestante e o bebê (Muniz e Barbosa, 2012).

O interesse no desenvolvimento desta pesquisa surgiu da inquietação em analisar o que temos de mais atual e relevante sobre a violência obstétrica na literatura mundial. A relevância desta pesquisa partiu da necessidade em discutir um tema de grande importância para a saúde materna. Selecionou-se como método a revisão integrativa da literatura, um dos recursos da prática baseada em evidências, possibilitando a síntese e a análise do conhecimento científico já produzido sobre a proposição em questão (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Procurando contribuir e melhorar a prática da assistência obstétrica, o presente artigo tem como objetivo identificar quais os impactos físicos e mentais que a violência obstétrica ocasiona nas mulheres.

Metodologia

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica caracterizada como revisão integrativa da literatura. Para a elaboração desse estudo as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento da questão norteadora e objetivo da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e a última etapa consistiu na apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Para nortear a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão norteadora: quais os impactos físicos e mentais que a violência obstétrica ocasiona nas mulheres?

Os artigos foram selecionados no período de novembro de 2020 a janeiro de 2021 na Biblioteca Virtual em Saúde, pela busca controlada pareada. Para a pesquisa foram utilizados os descritores “violência”, "obstétrica" e “saúde”, inter-relacionados pelo operador booleano “and”. Após a aplicação dos critérios de inclusão: texto completo disponível, idioma (português e inglês), tipo de documento (artigo) e artigos publicados nos últimos 5 anos, obteve-se 74

artigos. Critérios de exclusão: artigos repetidos, artigos de revisão, relatos de experiência, teses, dissertações e artigos que não abordassem os impactos da violência obstétrica na saúde da mulher. Após a leitura do título, descritores e resumos, elegeu-se 10 artigos como amostra final da pesquisa.

Para este percurso metodológico um protocolo de revisão integrativa foi previamente elaborado, tendo por base o uso do instrumento de coleta de dados validado por Ursi (Ursi, 2005). Para a análise do material foram criadas categorias por similaridade de conteúdo para discussão descritiva, baseada em literatura pertinente.

Resultados

Na presente revisão integrativa, analisou-se dez artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

Evidenciou-se na amostra que sete artigos foram resultados de pesquisas desenvolvidas em hospital/maternidade, seguidos de um estudo realizado em unidade básica de saúde, um estudo de revisão, e um estudo multicêntrico e multimétodo.

Dos artigos analisados, observa-se uma construção multiprofissional, com predomínio de profissionais enfermeiros, seguidos de psicólogos e médicos. Realizado em grandes centros, nove artigos, com um artigo desenvolvido em uma cidade de pequeno porte do interior do Nordeste do Brasil.

Quanto ao tipo de revista nas quais os artigos incluídos nesta revisão foram publicados, quatro foram em periódicos de enfermagem geral, duas em revistas de saúde coletiva, duas em revista de psicologia, uma em revista de saúde da mulher, uma em revista multiprofissional e em psicologia.

Quadro 1- Amostra da Pesquisa*(continua)*

AUTORES	TÍTULO	OBJETIVO	ANO
Niy DY, et al.	Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil	Desenvolver e avaliar um piloto de implementação da IHAMC em duas maternidades do Sistema Único de Saúde, em São Paulo e em Ribeirão Preto	2019
Inagaki ADM, et al.	Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública	Identificar fatores associados à humanização da assistência durante o trabalho de parto, parto e nascimento.	2018
Mágda Jardim Rocha, Erika Porto Grisi	Violência obstétrica e suas influências na vida de mulheres que vivenciaram essa realidade	Analisar as consequências da violência obstétrica na vida de mulheres que vivenciaram essa experiência.	2017
Stella Mari de Souza Colhado Cabral, Deborah Karolina Perez	Violência obstétrica: produção científica de psicólogos sobre o tema	Investigar a produção científica sobre violência obstétrica realizada por psicólogos, dados os comprometimentos emocionais que a mesma pode causar.	2019
Andrade PON, et al.	Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco	Analisar os fatores associados à violência obstétrica de acordo com as práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal em uma maternidade escola e de referência da Cidade do Recife.	2016
Isaiane da-Silva-Carvalho; Rosineide Santana-Brito	Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal	Identificar as formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal.	2016
Sônia Lansky S, et al.	Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes	Analisar o perfil das gestantes que visitaram a Sentidos do Nascer, a sua percepção sobre violência no parto e nascimento e os fatores socioeconômico-demográficos associados ao relato de violência.	2019

FONTE: Dados da Pesquisa (2021).

Quadro 1- Amostra da Pesquisa*(continuação)*

Marambaia CG, et al.	Sexualidade da mulher no puerpério: reflexos da episiotomia	Analisar a percepção das puérperas em relação à influência da episiotomia na sua sexualidade.	2020
Sousa AMM, et al.	Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais	Discutir práticas na assistência ao parto em instituições de saúde, onde atuam conjuntamente médicos e enfermeiras obstétricas	2018
Francisca Martins Silva, Milécyo de Lima Silva, Flávia Nunes Ferreira de Araújo	Sentimentos Causados pela Violência Obstétrica em Mulheres de Município do Nordeste Brasileiro	Aprender sobre sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres.	2017

FONTE: Dados da Pesquisa (2021).

Após análise dos artigos selecionados, identificou-se os impactos físicos e emocionais mais relatados na literatura. Nos artigos analisados foi possível identificar a relação entre as formas de violência obstétrica e as consequências desta, na mulher. Os impactos foram categorizados em físicos, quando relacionados a prejuízos no corpo da mulher, e emocionais, ao se relacionar com aspectos mentais.

Entre os impactos físicos estão: dispareunia, dor, dificuldade de amamentar, episiotomia, posição litotômica, cesarianas sem indicação, uso excessivo de medicamentos, depilação pubiana, restrição de movimentos.

Impactos emocionais: angústia, medo, constrangimento, tristeza, insegurança, impotência, depressão, perda de autonomia, insegurança com a autoimagem.

Discussão

No que tange às vítimas de violência obstétrica, é perceptível algumas características frequentes entre as gestantes, que é a falta de informação e o medo de perguntar sobre os processos que serão realizados na evolução do trabalho de parto. Essa situação pode levá-las a aceitar a exploração de seus corpos por diferentes pessoas, principalmente profissionais de

saúde, que podem ser vistos como os detentores do saber, através da supervalorização do conhecimento médico (Carvalho e Brito, 2017; Zanardo *et al.*, 2017).

Focalizando a violência obstétrica física, pode-se destacar a imposição de posições durante o trabalho de parto, como a restrição de movimentação, e a posição litotômica, posição que privilegia o profissional de saúde e a visualização da genitália. É possível associar a falta de iniciativa das usuárias (como deambular ou adotar uma posição diferente da litotômica) com a relação assimétrica médico-paciente predominante nos hospitais, que influenciam a adesão ao modelo padronizado de assistência por temerem repreensões. É fundamental promover, tanto de maneira direta quanto indireta, a mobilidade, tornando o ambiente mais acolhedor e disponibilizando equipamentos, como barras de apoio e bolas, para todas as mulheres em trabalho de parto. Isso deve ser acompanhado pela formação adequada dos profissionais de saúde, para garantir a aplicação das melhores práticas na assistência ao parto (Niy *et al.*, 2019).

Apesar dos vários benefícios das posições verticalizadas para a mulher e o feto, ainda existe resistência sobre as medidas adotadas no que diz respeito ao posicionamento da parturiente. A posição de decúbito dorsal, restrito ao leito, prolonga o tempo do trabalho de parto, restringe a mulher ao leito, e torna a experiência mais dolorosa (Andrade *et al.*, 2016).

A dor durante o parto é uma experiência sensorial subjetiva e o seu nível varia de acordo com as singularidades de cada pessoa. Cabe aos profissionais de saúde modificarem a ideia de que parto é sinônimo de dor e sofrimento, além de promover e incentivar o uso de Métodos Não Farmacológicos para Alívio da Dor, que atribuem sensação de conforto durante o parto. Evidências científicas demonstram que além de diminuir as percepções da dor do trabalho de parto, os Métodos Não Farmacológicos evitam a medicalização do processo, como por exemplo o uso indiscriminado da ocitocina, e reduz o tempo de trabalho de parto (Carvalho e Brito, 2017; Mascarenhas *et al.*, 2019).

Associa-se o excesso de intervenções ao desejo da mulher pela cesariana, diminuindo a confiança em seu protagonismo no parto, sendo dominada pelo medo, essas características são mais comuns em mulheres com menor escolaridade e em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Como agravante das cesarianas sem indicação, tem-se o uso rotineiro de episiotomia e do Kristeller. Tais intervenções são realizadas sem informações relativas aos procedimentos e as dúvidas das pacientes não são devidamente esclarecidas, ferindo, dessa forma, o direito à assistência centrada na mulher (Inagaki *et al.*, 2018).

Relaciona-se ainda como violência física, durante o trabalho de parto, o uso rotineiro do enema e da tricotomia, uso indiscriminado de ocitocina, práticas ineficazes e que não tem respaldo científico, pode-se acrescentar ainda a restrição hídrica e alimentar durante o trabalho

de parto. Essas práticas surgem do mesmo princípio, o de negar a mulher o direito ao protagonismo do seu próprio parto, interferências desnecessárias e que acarretam traumas físicos e emocionais, cicatrizes e medos (Sousa *et al.*, 2016).

A episiotomia é um procedimento que não previne as lacerações perineais graves, e sim aumenta a taxa de infecção puerperal e hemorragia, contribuindo para o aumento da mortalidade materna. Além disso, causa a modificação da genitália feminina, dispareunia, infecções e incontinência urinária, hematomas, dor, diminuição das atividades rotineiras durante o puerpério, além de afetar negativamente a autoimagem e a autoestima, influenciando o exercício de sua sexualidade (Marambaia *et al.*, 2020).

Sentimentos como tristeza, angústia, frustração, impotência, raiva, indignação, medo de nova gestação e parto, rejeição ao bebê e à amamentação, comportamentos sexuais e de autoimagem, causados pela episiotomia, e transtornos como depressão pós-parto e síndrome do pânico são citados em outros estudos e até por boletins do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. O estresse gerado pelo trauma, influência de maneira negativa na fisiologia da amamentação, dificultando o contato entre mãe e filho (Cabral e Perez, 2019).

A Pesquisa Nascer no Brasil, da Fundação Oswaldo Cruz, aponta a depressão materna detectada em 26%, no universo de 23.894 entrevistadas, das mães entre 6 a 18 meses após o parto, sendo mais presente em mulheres de baixo poder econômico e social, o que revela que a satisfação com o atendimento influenciou o adoecimento (Leal e Gama, 2014).

Existem consequências gerando distúrbios psicossomáticos, como transtornos alimentares e do sono, dentre outros; transtornos de ansiedade (pânico, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo); o estresse pós-traumático favorece o transtorno de adaptação no pós-parto e, por sua vez, nessa fase difícil que é o puerpério, podem favorecer o aparecimento da disforia puerperal, da depressão pós-parto e, até, da psicose puerperal (Cabral e Perez, 2019).

As mulheres criam expectativas em torno da gravidez, e quando acontece alguma situação de violência no seu processo, principalmente quando causada pelo profissional de saúde, resulta em um impacto significativo na sua saúde mental. É compreensível que o trauma se instale independentemente do tipo de violência sofrida, podendo variar em durabilidade e consequências, entre esses danos pode-se destacar o medo, angústia, constrangimento, tristeza e insegurança (Rocha e Grisi, 2017).

Ressalta-se que a violência física e a violação do direito à informação e autonomia, podem ser percebidas frente à realização de intervenções e práticas consideradas prejudiciais cientificamente, sem autorização da parturiente ou autorizadas mediante informações

distorcidas e incompletas. Situações como essas desenvolvem sentimentos de incapacidade na parturiente, insegurança, que interferem na evolução do parto fisiológico (Brandt *et al.*, 2018).

A dor do parto, no Brasil, muitas vezes, é relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com práticas institucionais que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo, os traumas deixados nessas mulheres, que sofrem com a apropriação de seus corpos e do processo reprodutivo, pacientes que, devido aos impactos negativos, necessitam de apoio psicológico, os profissionais de saúde, em geral, não têm percepção sobre o sofrimento que causam à mulher e a importância da prevenção dos danos causados pelos comportamentos agressivos (Silva; Silva; Araújo, 2017).

A percepção subjetiva acerca da violência obstétrica, tanto por parte do profissional quanto pela mulher, é considerada uma limitação. Perceber as diversas formas observadas a respeito da violência obstétrica e seus aspectos a serem tratados é de suma relevância, a fim de promover melhorias no nascimento. Torna-se importante ampliar o reconhecimento das violências, promover as mudanças necessárias com ênfase no cuidado centrado na necessidade da mulher, assegurar o acesso às boas práticas e o respeito a seus direitos de autonomia e de decisão (Lansky *et al.*, 2019).

Considerações Finais

Esta revisão integrativa abordou um tema de extrema relevância para a fundamentação do arcabouço científico, que norteia a assistência obstétrica e que vem ganhando visibilidade no que diz respeito às boas práticas relacionadas à assistência ao parto. Destarte, ao considerar a amplitude e complexidade da violência obstétrica no Brasil, faz-se necessário a adoção de medidas de prevenção, considerando os impactos dessas ações na saúde das mulheres.

A partir do levantamento bibliográfico realizado, foram identificados os principais impactos físicos e mentais da violência obstétrica na mulher. Destaca-se ainda, a necessidade de mais pesquisas no campo da violência obstétrica, bem como a mudança urgente do modelo obstétrico vigente, centrado no profissional de saúde, por políticas de assistência à gestação, parto e puerpério, que priorizem as escolhas orientadas das usuárias, considerando as evidências científicas, garantindo redução dos riscos e dos impactos da violência na vida dessas mulheres.

CAPÍTULO IV
A TEORIA DO AMADURECIMENTO HUMANO DE WINNICOTT

4 A TEORIA DO AMADURECIMENTO HUMANO DE WINNICOTT

Pediatra e posteriormente psicanalista, Winnicott associou o processo de amadurecimento humano a origem do indivíduo, considerando-o de “espinha dorsal” de seu trabalho teórico-clínico. Neste sentido, o autor associa o processo de amadurecimento humano as fases iniciais por ele vividas, e que o período é fundamental no processo de formação de sua personalidade, como em sua saúde psíquica. Neste processo o ser humano traz consigo as necessidades mais primitivas, as quais os acompanham ao longo de sua existência até a sua morte, por outro lado, as condições ambientais contribuem para a formação de uma identidade unitária, que o bebê deverá alcançar, resultando em sua maneira de interagir com o mundo, objetos externos e o delineamento de suas relações pessoais (Dias, 2017).

O mesmo autor afirma que as dificuldades, conquistas e atividades desenvolvidas pelo indivíduo, ao longo de sua existência, estão associadas ao processo de amadurecimento, proporcionando a compreensão por parte de psicanalistas, e até mesmo pais das crianças, das dificuldades emocionais e psíquicas do indivíduo, servindo de embasamento de ações de prevenção no âmbito da Saúde Psíquica, a mesma associa os distúrbios psíquicos aos estágios do amadurecimento humano.

Winnicott foi um médico pediatra que em sua atuação clínica identificou que as dificuldades enfrentadas pelos pais, que frequentavam seu consultório, estavam relacionadas aos obstáculos emocionais primitivos. Neste processo, o autor identificou dificuldades remetidas nas relações estabelecidas entre mãe-filho no primeiro estágio de vida, fato este que o motivou a ser psicanalista. Apesar de psicanalista, Winnicott não abandonou a psiquiatria, ao estudar o processo de amadurecimento e o desenvolvimento de enfermidades psíquicas concluiu que as doenças são reflexos de algum desvio no processo do amadurecimento (Mendes *et al.*, 2008).

Em 1962, no auge de sua descoberta, Winnicott afirmou:

[...] precisamos chegar à teoria do amadurecimento normal para sermos capazes de compreender as dornas e as várias imaturidades, uma vez que não damos por satisfeitos a menos que possamos preveni-las e curá-las. Não aceitamos a esquizofrenia infantil mais que aceitamos a poliomielite ou condição de vida espástica. Tentamos prevenir e esperamos ser capazes de conduzir à cura onde quer que haja anormalidade que signifique sofrimento para alguém [...]

A teoria relaciona as neuroses e psicoses ao fracasso ambiental, o qual desfavorecem a resolução de tarefas, transformando-as em conquistas. Tal teoria serve de alicerce para a

compreensão dos distúrbios psíquicos e sua correlação com os estágios iniciais do amadurecimento humano. Apesar de sua autoria, Winnicott não faz interface entre o amadurecimento humano e o surgimento de psicoses, ora ele menciona, mas não detalha com aprofundamento a correlação entre ambos (Rezende, 2014).

Assim como a de Freud, a teoria winnicottiana associa o avanço do conhecimento a suas experiências pregressas, a vida psíquica e emocional do sujeito a problemas emocionais pregressos a ele vividos como: determinantes inconscientes; elementos que constituem a vida psíquica e emocional, sejam elas conscientes ou inconscientes; Complexo de Édipo e sexualidade infantil são importantes para a vida psíquica e emocional, e o tratamento de pacientes por meio de saber, transferência (UFRGS, 2021).

A diferença entre os dois autores é que Winnicott evidencia a observação do fenômeno detalhadamente, analisando novas hipóteses no processo de amadurecimento, avaliando crenças e que a melhor maneira de o compreender é “essencialmente o ser humano sendo, sentindo-se e relacionando-se contemplado”. Os seres humanos contemplados e observados minuciosamente, podem respaldar a prática clínica de assistência psíquica ao indivíduo. Neste sentido, observar e descrever o que se identifica no atendimento com mães e bebês, permitiu o desenvolvimento de uma teoria vinculada ao contato pessoal com o indivíduo que cuidava, e os respectivos fenômenos que direcionaram a teoria do amadurecimento (Tornquist, 2002).

As observações vigentes nesta teoria, relacionadas as experiências entre a mãe e o bebê, estão associadas a maneira como foi cuidada no passado, regido pela impessoalidade e espontaneidade da mãe, tais sentimentos são expressos através das atitudes de como a mãe conduz sua relação com o filho ao longo de seus cuidados. Não se trata, portanto, de relações pessoais, mas sim, de detalhes na relação mãe-filho que permeiam e constroem a “magia da intimidade” (Tornquist, 2002).

Neste contexto, não há uma mãe suficientemente boa, nem uma relação ideal entre médico paciente, mas fenômenos observados e descritos, nos quais embasam a teoria, tais relações não podem ser definidas, apenas descritas e associadas ao desenvolvimento emocional e psíquico do sujeito, sua definição é obscura e alicerçada em fenômenos observados na prática clínica. O fenômeno que está sendo observado é articulado de maneira poética, possibilitando uma descrição mais expressiva do mesmo (Muniz e Barbosa, 2012).

Deste modo, os fenômenos devem ser impressos na observação e descrição sem que haja uma linguagem meta psicológica, apesar da ciência e de se tratar de um método científico. Neste sentido, a verdade poética está inserida na Teoria do Amadurecimento Humano, sendo a teoria ditada pela intimidade peculiar da unidade mãe-filho. Trabalhos clínicos poderiam limitar

a descrição do trabalho winnicottiano, a menos que um poeta tivesse a capacidade de descrevê-lo de diversas maneiras (Muniz e Barbosa, 2012).

A Teoria do Amadurecimento Humano não se limita a rejeição e a objetivação, mas não se comporta como um pensamento limitado a teorias fechadas as quais limitam suas expressões em uma única linha de pensamento dogmático. Trata-se de uma reflexão associada a experiência do indivíduo, aplicações impessoais de descobertas de uma realidade analista, resultante de uma desconfiança das conceitualizações abstratas, desvinculadas da experiência que se distanciam do compromisso com a verdade íntima da vítima. Apesar de sua aversão a caminhos fechados, o autor da respectiva teoria, buscou caminhos teóricos originais independentes dos conceitos de Freud e Melanie Klein (Muniz e Barbosa, 2012).

No prisma da respectiva teoria, a concepção de saúde e doença psíquica e emocional, foi fortemente influenciada pela experiência profissional e intelectual do autor, observando-se constante evolução em seus conceitos resultantes da evolução de seu pensamento, ao passo que respostas a seus questionamentos foram surgindo. A prática médica permitiu a Winnicott descrever e identificar situações cotidianas que estariam relacionadas a presença de um fator físico que influencia nas condições psíquicas do indivíduo. Neste cenário, muitas vezes os sintomas físicos de uma criança estariam relacionados a uma depressão, nesta a um distúrbio psíquico advindo da preocupação excessiva da mãe com a criança. Neste sentido, saúde não se restringe ao pleno funcionamento dos órgãos, mas a sentir-se vivo, sendo indissociável a saúde física da saúde mental (Rezende, 2014).

Neste contexto, os maiores problemas identificados em consultórios seriam resultantes de perturbações emocionais primitivas. Assim, bebês poderiam estar fisicamente saudáveis e emocionalmente doentes. Mesmo a teoria não demonstrando clareza acerca de como se daria esta influência do amadurecimento no desenvolvimento de doenças e habilidades psíquicas, permitiu que houvesse novas linhas de investigação acerca da reação entre o desenvolvimento de doenças psíquicas e alguns entraves no curso do amadurecimento pessoal do sujeito (Dias, 2017).

Tal contribuição implica na importância da satisfação das necessidades primitivas como fundamentais no amadurecimento pessoal, e sua determinação de como ele irá interagir com o mundo e com as pessoas. A atribuição a precocidade dos distúrbios emocionais e psíquicos, direcionando olhares científicos ao processo do desenvolvimento deles como elementos chave da teoria winnicottiana, rompendo paradigmas com a maneira tradicional como eram tratadas as doenças psíquicas (Fulgencio, 2016).

No que se refere ao tratamento psicanalítico, o Winnicott se considera um sucessor de Freud, mesmo não concordando com alguns aspectos da psicanálise no que se refere a observar, tratar e observar o processo. O médico utilizou alguns termos durante sua trajetória que contribuíram para descrever sua teoria como: “o analista estaria com certeza lá na hora; o analista expressa seu amor: o analista é bem mais confiável que as pessoas da vida cotidiana; demarcações entre fatos e fantasias; o analista sobrevive”. O autor da teoria se refere as descrições do método de cura e como seu tratamento é direcionado através de frases (Fulgencio, 2016).

As concepções da Teria do Amadurecimento Humano estão marcadas pela explicação do que se passa com o bebê no início de sua existência, e suas dificuldades em lidar com aflições. Ao participar do Plano de Evacuação Governamental da Segunda Guerra Mundial, Winnicott observou de perto as separações de crianças, que antes da guerra, já apresentaram dificuldades em seus lares e seriam recebidas em outros lares num processo de “adoção”, durante este processo o autor fundamentou a teoria da delinquência e distúrbios de caráter, como manifestações clínicas da tendência antissocial, desde então a descrição da Teria do Amadurecimento Humano foi realizada com riqueza de detalhes. As características da Teria do Amadurecimento Humano se opõem a psicanálise tradicional, porque ela atribui a delinquência e as doenças psíquicas a conflitos internos do ser humano e não considera o ambiente, enquanto a Teria do Amadurecimento Humano considera o ambiente o principal fator desencadeador de conflitos (Muniz e Barbosa, 2012).

Atualmente Winnicott tem sido bastante citado e estudado, uma vez que promove a integração entre a prática clínica e os conceitos freudianos. O mesmo considera o desenvolvimento a partir da dependência materna e a conquista do ambiente o qual se desenvolve, o autor defende a fusão da mãe ao bebê no qual ambos se misturam (Winnicott 1947B).

O mesmo autor destaca que a relevância do processo da relação mãe-bebê, vai desde quando o recém-nascido é totalmente dependente até a conquista de sua independência, que ocorre em três fases distintas, que são: dependência total, dependência relativa e rumo a independência. Sendo estas fases sequenciadas e sua continuidade é referida pela expressão “mãe suficientemente boa”, e o primeiro deles o mais importante uma vez que apresenta o mundo a criança.

Os estágios iniciais da vida da criança são extremamente importantes para a formação de sua personalidade, nela estão sendo alicerçadas o desenvolvimento emocional e para a saúde psíquica desde o início, sendo o nascimento uma experiência significativa. Neste contexto, o

desenvolvimento da criança estar relacionado a outro ser humano, de preferência a mãe, e que ela seja suficientemente boa porque representa seu primeiro ambiente, e para mostrá-la o mundo favorecendo um desenvolvimento satisfatório do filho.

O autor defende o desenvolvimento e amadurecimento emocional do indivíduo aos primeiros anos de vida de uma pessoa, e que muitos distúrbios psíquicos podem ser identificados ainda na infância. A maneira como o indivíduo é cuidado e como a mãe cuida do bebê refletem diretamente em seu amadurecimento, uma vez que nenhum recém-nascido sobrevive sem a presença materna.

No início da vida, as mães são essenciais, ofertando-lhe carinho e proteção, protegendo-o dos perigos externos, de modo que nada possa prejudicá-lo, para tanto, faz-se necessário que a mãe esteja plena e se sinta preparada e bem resolvida para que seja realmente aquela “mãe suficientemente boa” ou “mãe resolvida comum”, proporcionando ao seu filho um ambiente adequado de maneira que atenda a suas necessidades. Partindo-se deste pressuposto, Winnicott afirma que:

A mãe suficientemente boa (não necessariamente a própria mãe do bebê), é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração. Naturalmente, a própria mãe do bebê tem mais probabilidade de ser suficientemente boa do que alguma outra pessoa, já que essa adaptação ativa exige uma preocupação fácil e sem ressentimentos com determinado bebê. Na verdade, o êxito no cuidado infantil depende da devoção, e não de "instinto" ou conhecimento intelectual (Winnicott, 1953c [1951], p.25). Aquilo que um bebê precisa da mãe, bem no início, ou seja, pouco antes do nascimento e logo depois, é algo que tem pouco, se é que tem alguma coisa, a ver com inteligência. Parece-me razoavelmente óbvio que aquilo de que o bebê necessita é, antes de mais nada, da capacidade da mãe de dispensar atenção plena (Winnicott, 1987b, p.123).

O autor se preocupa com as interferências externas de médicos e enfermeiros, defendendo a ideia de que o exercício da maternidade é uma experiência na qual a mãe prepara todo um ambiente dela com o bebê no processo do nascimento, num ambiente no qual o parto natural é desconsiderado e pautado por interferências externas de profissionais e pediatras. As maternidades descaracterizam esta naturalidade, mesmo estando as mães preparadas para a recepção do bebê e para a experiência do parto, muitas vezes a primeira “mamada teórica” é motivo de frustração. O processo do parto deveria ser determinado pelos autores principais, não cabendo interferência de profissionais que assumem responsabilidades da mãe no momento do parto. Assim, Winnicott afirma que:

É ela que está em condições de preservar todos os pequenos detalhes de sua técnica pessoal, fornecendo assim ao bebê um ambiente emocional simplificado (que inclui os cuidados físicos) [...] Não é fácil para as mães expressarem seus sentimentos sobre as experiências que tiveram na maternidade, apesar de serem sentimentos muito fortes e nem sempre agradáveis [...] elas tem muita coisa a dizer sobre os obstáculos que atrapalham a mãe de entender-se com o seu bebê à sua própria maneira (Winnicott, 1988, p.132-133).

O modelo winnicottiano, enfatiza o bebê no colo da mãe, e sua necessidade de continuar existindo ocorre através de sua integração a mãe, nesta condição, a teoria abrange algo além da teoria freudiana, que se restringe a enfatizar a sexualidade. O paradigma da sexualidade foi superado por bases teóricas que associam a etiologia do sofrimento psíquico ao processo de amadurecimento pessoal, e não a sexualidade do indivíduo, e em fatores externos que contribuem para a perturbação do amadurecimento psíquico de três maneiras: não constituição de si mesmo no amadurecimento materno, repressão dos instintos, perda dos objetos e perda das referências (Loparic, 2005, p.57).

O autor considera o início dos cuidados ao bebê imprescindíveis para seu desenvolvimento, e quanto aos impactos que estes trazem para o amadurecimento do indivíduo. Alguns dos cuidados poderão ser interrompidos por: óbito precoce da mãe, gravidez antes do tempo considerado oportuno, depressão e dificuldades de modificar sozinha seu estado de espírito.

A etiologia dos distúrbios deve considerar as experiências vividas pelo sujeito em sua fase inicial de desenvolvimento, e como ocorreu a relação mãe-filho desde o início de sua existência. No início da vida o bebê necessita de assistência, o bebê necessita dos braços da mãe, de mudança de posição, silêncio no ambiente. Neste sentido, a execução do cuidado materno é descrita como “pressentir as expectativas e necessidades mais precoces de seu bebê, e a torna pessoalmente satisfeita sentir o lactente à vontade. É por causa desta identificação com o bebê que ela sabe como protegê-lo, de modo que ele comece por existir e não por reagir” (Winnicott 1965m [1960], p.135).

O mesmo autor afirma que “essas coisas vitais como ser segurado ao colo, mudado de lado, deitado e levantado, ser acariciado; e naturalmente, alimentado de um modo sensato, envolve mais do que a satisfação de um instinto” (Winnicott 1965vc [1962], p.67), e tais movimentos são compatíveis com o processo de entrega a maternidade. A capacidade de atender as necessidades do bebê e frustrá-los de modo que ele possa desenvolver em direção a independência, conceituam a expressão mãe suficientemente boa, ou seja, aquela mãe que sabe identificar e suprir as necessidades do filho (Muniz e Barbosa, 2012).

A mãe suficientemente boa é aquela mãe que gosta do exercício da maternidade, compreendendo as necessidades da criança e que identifica os níveis de desenvolvimento intelectual do filho, de modo que ele possa desenvolver no sentido de conquistar sua independência e de compreender em alguns momentos a ausência materna. A adaptação materna é essencial para o amadurecimento do bebê, principalmente nos seus primeiros cuidados, tal adaptação é possível quando a mãe se dispõe a ocupar-se com seu bebê. A princípio, a mãe não desperta o interesse para uma técnica materna específica, no entanto Winnicott afirma que:

[...] os cuidados maternos com o próprio bebê são inteiramente pessoais, uma tarefa que ninguém mais pode realizar tão bem quanto a própria mãe. Enquanto cientistas dão voltas ao problema, procurando provas como lhes compete fazer antes de acreditar em qualquer coisa, as mães farão bem em insistir em que elas próprias são necessárias desde o princípio. Esta opinião não se baseia, devo também acrescentar, não se baseia em ouvir as mães falarem, em palpites ou na intuição pura; é conclusão que fui obrigado a estabelecer após longas pesquisas (*ibid.*, p.98).

O mesmo autor afirma também que:

A mãe aceita todo o trabalho porque sente (e acho correto que ela sinta) que, se o bebê tiver que se desenvolver bem e com abundância de princípios, é preciso que haja uma assistência materna pessoal desde o começo, se possível pela própria pessoa que concebe e gera o bebê, aquela pessoa que tem um interesse profundamente arraigado em aceitar o ponto de vista do bebê e adora consentir em ser o mundo todo para ele (*ibid.*, p.98).

O bebê passa a reconhecer a mãe com mais exatidão nos seus primeiros seis meses de vida a um ano, quando reconhece suas características como cheiro, calor corporal e qualidade dos cuidados. O bebê percebe a qualidade dos cuidados recebidos e tem a mãe como sua totalidade, quanto mais madura e plena a mãe estiver, mais será capaz de ofertar o amor e cuidados necessários para o amadurecimento do bebê.

Quando ocorre o afastamento da mãe e o bebê por algum motivo, o elo e esta relação de cuidado e amadurecimento é rompida, e seus prejuízos são irreparáveis após a reaproximação de ambos. Neste contexto, a necessidade da mãe é descrita por vários ângulos como: Necessidade da mãe viva – o carinho, calor e afago da mãe é insubstituível mesmo com as melhores técnicas de cuidado materno; A mãe é necessária para apresentar o mundo ao bebê: atendendo o bebê em suas necessidades como a apresentação do seio no processo de aleitamento materno, as situações de proteção frente ao perigo, interação e etc., contribuindo

para a formação do mundo criador da criança, e a mãe é necessária na tarefa materna de desencanto: a mãe quebra a ilusão de que o mundo é regido por suas necessidades e imaginação, sendo este processo pautado por um extenso desmame, no qual a mãe auxilia o filho a aceitar que o mundo não é gerenciado por seus anseios. Vale ressaltar que este processo só ocorre na relação mãe-filho se a mãe tiver significado para a criança.

A Teoria do Amadurecimento Humano destaca que a independência do indivíduo ocorre paulatinamente, onde em cada fase vivida o sujeito adquire habilidades de acordo com seu grau de amadurecimento. Em relação a isto, Winnicott afirma:

Todos os estágios do desenvolvimento emocional podem ser mais ou menos datados. Presumivelmente todos os estágios do desenvolvimento têm uma data em cada criança. Apesar disso, essas datas não apenas variam de criança para criança, mas também, ainda que fossem conhecidas com antecipação no caso de uma certa criança, não poderiam ser utilizadas para prever o desenvolvimento real da criança por causa do outro fator, o cuidado materno (Winnicott 1960c, p.43).

No início de sua existência, o bebê depende totalmente da mãe, tanto fisicamente como psicologicamente, com a evolução do amadurecimento humano o bebê vai adquirindo habilidades e se tornando cada vez mais independente da mãe, adquirindo uma independência relativa. Neste sentido, o bebê vai se adaptando cada vez mais ao ambiente e se tornando mais independente da mãe, no entanto, enquanto o ser humano existir será sempre dependente do ambiente em que vive e das pessoas com quem convive. Para que o indivíduo tenha capacidade de adquirir amadurecimento, faz-se necessário que perceba os cuidados recebidos pela mãe, ou mãe substitua, uma vez que não haja esta percepção, o processo de amadurecimento humano será prejudicado. Em relação a este processo o autor afirma:

Em outras palavras, sem as técnicas que permitem cuidar do bebê de um modo suficientemente bom o novo ser humano não teria chance alguma. Através dessas técnicas, o centro de gravidade do ser no interior do contexto ambiente-indivíduo pode dar-se ao luxo de estabelecer-se no centro, no cerne em vez de na casca. O ser humano que agora passa a desenvolver uma entidade a partir do centro pode localizar-se no corpo do bebê, começando assim a criar um mundo externo ao mesmo tempo que adquire uma membrana limitadora e um interior. De acordo com esta teoria, não havia no início um mundo externo, ainda que nós, enquanto observadores, pudéssemos ver um bebê dentro de um ambiente. Até que ponto isto pode nos decepcionar é demonstrado pelo fato de que muitas vezes o que acreditávamos ser um bebê revele-se posteriormente, através da análise, um ambiente desenvolvendo-se falsamente na forma de um ser humano, ficando o indivíduo em potencial oculto em seu interior (Winnicott, 1958d [1952], p.166).

A mãe representa o ambiente facilitador nos primeiros dias de vida da existência do bebê, o processo de maturação ocorre com a adaptação da mãe as necessidades do bebê. Este processo da adaptação materna é sutil, e deverá determinar a adaptação da mãe e das pessoas que interagem com o indivíduo. Para que este processo ocorra de maneira saudável, faz-se necessário que os cuidados sejam suficientemente bons. Neste sentido, os cuidados fazem com que o bebê se sinta vivo, seus cuidados deverão ser proporcionados pela mãe, e qualquer falha que ocorra neste processo poderá comprometer o amadurecimento pessoal do sujeito. Os cuidados da mãe levam o bebê a compreender o relacionamento mãe-filho como uma unidade, conforme afirmativa abaixo:

A mãe que é capaz de se dedicar, por um período, a essa tarefa natural, é capaz de proteger o vir-a-ser de seu nenê. Qualquer irritação, ou falha de adaptação, causa uma reação no lactente, e essa reação quebra esse vir-a-ser. Se reagir a irritações é o padrão da vida da criança, então existe uma séria interferência com a tendência natural que existe na criança de se tornar uma unidade integrada capaz de ter um self com um passado, um presente e um futuro. Com uma relativa ausência de reações e irritações, as funções corporais da criança dão a base para a construção de um ego corporal. Desse modo se lançam, as bases para a saúde mental futura (Winnicott 1965r [1963], p.82).

Após algum tempo, a mãe identifica a finalização da dependência total do filho e vai reavendo a própria vida, ao mesmo tempo que ele se torna mais independente de suas necessidades. Deste modo, ocorre o processo de independência relativa, na qual a mãe vai estabelecendo falhas nas necessidades do filho e obtendo respostas de seu desenvolvimento por ele revelado. Exemplo disto é a espera do bebê pelo alimento, por mais tempo ao identificar sinais de que sua refeição está sendo preparada na cozinha, como ruídos oriundos daquele ambiente. A dependência relativa é mencionada pela seguinte afirmação:

Um estágio de adaptação a uma falha gradual dessa mesma adaptação. É parte do repertório da grande maioria das mães prover uma desadaptação gradativa e isso está bem orientado para o rápido desenvolvimento que o lactente revela (Winnicott 1965r [1963], p.83).

O estágio de independência relativa pode ser descrito como a fase em que a mãe pode passar algum tempo fora de casa, e o bebê percebe sua dependência com o ambiente e a mãe por outro lado, tenta confortá-lo para que ele não sinta raiva ou insegurança. Quando a mãe demora mais tempo que o normal, o bebê começa a se sentir ansioso, identificando sua dependência para com a mãe, revelando os cuidados que a mãe o proporciona e a necessidade

de sua presença. A independência ocorre gradualmente, e paralelo a isto, o filho adquire capacidade de cuidar de si mesmo conforme afirmação abaixo:

A maturidade individual implica movimento em direção à independência, mas não existe essa coisa chamada “independência”. Seria nocivo para a saúde o fato de um indivíduo ficar isolado a ponto de se sentir independente e invulnerável. Se essa pessoa está viva, sem dúvida há dependência! (Winnicott 1971f, p.3).

O amadurecimento depende da tendência do indivíduo e dos cuidados ofertados pelo ambiente. Inicialmente o ambiente é ofertado exclusivamente pela mãe, que é compreendido como parte dele. Tal relação pode ser explicada pela seguinte afirmação:

A integração está intimamente ligada à função ambiental de segurança. A conquista da integração se baseia na unidade. Primeiro vem o "eu" que inclui "todo o resto que é o não-eu". Então vem "eu sou, eu existo, adquire experiências, enriqueço-me e tenho uma interação introjetiva e projetiva com o não-eu, o mundo real da realidade compartilhada". Acrescente-se a isso: "Meu existir é visto e compreendido por alguém"; e ainda mais: "É-me devolvida (como uma face refletida em um espelho) a evidência de que necessito de ter sido percebido como existente" (Winnicott 1965n [1962], p.60).

Quanto mais adaptável as necessidades do bebê for o ambiente, mais promissor será o amadurecimento humano do indivíduo. As falhas neste ambiente poderão interferir negativamente em sua maturidade, por outro lado o autor afirma que o ambiente não estrutura a criança, mas contribui para que desenvolva suas habilidades, quanto a isto Winnicott afirma:

Desde o início, mesmo quando o bebê está vivendo num mundo subjetivo, a saúde não pode ser em termos apenas individuais. Posteriormente torna-se possível pensar numa criança saudável num meio-ambiente não-saudável; essas palavras, no entanto, não fazem sentido no começo [...] (Winnicott 1971f [1967], p.5).

O ambiente bom favorece a evolução de dependência relativa para independência absoluta, proporcionando ao bebê toda estrutura necessária para o processo de amadurecimento, atravessando o processo de dependência absoluto até o processo de independência relativa, rumo à independência completa.

Winnicott descreve a “preocupação materna primária”, que se caracteriza por um período de preocupação que acompanha a mulher desde os primeiros dias da gestação até as primeiras semanas do puerpério, este processo não é bem descrito pelo autor, mas sugere um estado esquizoide da mulher, ou de uma possível doença, caso não estivesse grávida. O mesmo

autor afirma que parte de sua personalidade predomina temporariamente. Neste processo a mãe não percebe que pode apresentar um estado de sensibilidade intensa. Esta condição é descrita por Winnicott como:

É claro que ao mesmo tempo, continuam sendo elas mesmas, e têm consciência de uma necessidade de proteção enquanto se encontram neste estado que as torna vulneráveis. Elas assumem a vulnerabilidade do bebê. Assumem também que, no decurso de alguns meses, serão capazes de sair desta situação especial (Winnicott 1968d, p.83).

A mãe tem a capacidade de identificar as necessidades básicas do bebê, identificando-se com ele ao descobri-las. Neste processo, Winnicott afirma que a mãe sente a necessidade evoluindo para a recuperação do estado de preocupação materna.

A Teoria do Amadurecimento Humano defende a primeira mamada teórica como o processo inicial do amadurecimento humano, que dura nos quatro primeiros meses de vida do sujeito coincidindo com período de dependência da mãe, e sendo suficientemente boa, atende por completo as necessidades do latente, uma vez que tais necessidades são atendidas a mãe e o objeto encontrado tem o mesmo significado.

Logo após o nascimento, a capacidade de adaptação mãe-bebê é pautada pelas experiências vividas, vale ressaltar que esta adaptação é uma necessidade vivida por ambas as partes. A capacidade de amamentar por parte das mães está relacionada a suas experiências pregressas, de sua psicologia, de sua própria história e da integridade dos mamilos, após a superação de todos os obstáculos, enfim, a mãe e o bebê iniciam o relacionamento.

A amamentação representa o estágio inicial mãe-bebê, que representa mais que uma simples alimentação, mas a satisfação de outras necessidades que vão além da alimentação em si, consiste no marco do primeiro momento de interação mãe-filho. Winnicott defende como um momento essencial para a formação do vínculo mãe-filho e do início do estágio de amadurecimento do indivíduo. A oferta do peito pela mãe ao bebê demonstra a preocupação da mãe com suas necessidades, proporcionando um ambiente favorável ao amadurecimento humano. Para que o ambiente seja favorável faz-se necessário que o bebê esteja apto a criar seu próprio mundo.

Neste período, a criança não identifica os seios como parte de sua mãe, que parte das sensações agradáveis estão associadas ao ambiente proporcionado pela mãe e pela sua pele, este momento representa a primeira expectativa da espera do bebê, que procura algo que não sabe exatamente o que é e onde encontrá-lo. Com o objetivo de autossatisfação, o bebê idealiza o seio como parte dele. Neste sentido Winnicott afirma:

O seio é criado e recriado pelo bebê repetidas vezes pela capacidade que tem de amar ou pode-se dizer pela necessidade. Desenvolve-se nele um fenômeno subjetivo, que chamamos "seio da mãe". A mãe coloca o seio real exatamente onde o bebê está pronto para criá-lo, e no momento exato. (Winnicott 1953c [1951], p.26).

Neste sentido, em sua imaginação, o bebê acredita num mundo criado por ele, onde mama em um seio dele e que o fornece leite, e esta satisfação é promovida pela disponibilidade da mãe, de maneira que ela se torna imperceptível aos olhos dele.

Para que ocorra um relacionamento saudável mãe-bebê, faz-se necessário boas condições nas maternidades, desde os primórdios o ambiente deverá ser favorável a satisfação das necessidades do recém-nascido. Em contrário senso, boa parte dos profissionais que realizam a assistência mãe-bebê, e na assistência a mãe nas primeiras semanas de puerpério, são despreparados para assistir este binômio sem realizar atitudes que interfiram no processo de satisfação das necessidades primitivas do recém-nascido. O autor sugere a orientação de enfermeiros e médicos da área, no sentido de evitar interferir negativamente na formação do vínculo mãe-filho.

Uma mãe suficientemente boa poderá contribuir na conquista das três habilidades que são adquiridas durante a mamada teórica, as quais podem ser perdidas e adquiridas ao longo da vida conforme afirma o autor:

A dissecação das etapas do desenvolvimento é um procedimento extremamente artificial. Na verdade, a criança está o tempo todo em todos os estágios, apesar de que um determinado estágio pode ser considerado dominante. As tarefas primitivas jamais são completadas, e pela infância afora sua não-conclusão confronta os pais e educadores com desafios, embora originalmente elas pertençam ao campo da puericultura (Winnicott 1988, p.52).

As três habilidades desenvolvidas após o estágio da primeira mamada são holding e sua integração no tempo e espaço; o alojamento da psique no corpo e sua personificação e o início do contato com a realidade. A maneira como a mãe atua no atendimento as necessidades primitivas determina a aquisição e realização das tarefas realizadas pelo bebê, conforme Winnicott descreve abaixo:

Ao mesmo tempo que a mãe facilita, de forma especializada, cada uma das tarefas do bebê, o conjunto dos cuidados maternos constitui o ambiente total, e o modo de ser da totalidade dos cuidados configura um mundo para o bebê. O primeiro mundo em que o bebê habita é necessariamente um mundo subjetivo, cuja característica central é ser confiável. A confiabilidade ambiental significa, sobretudo, previsibilidade: a mãe evita que alguma coisa

inesperada surpreenda o bebê, interrompendo a sua continuidade de ser; a mãe é confiável quando, em meio às necessidades sempre variáveis do bebê, que ora está tranquilo, ora excitado, mantém regulares, constantes e consistentes a si mesma e ao ambiente, de tal modo que, com o tempo, o bebê vai sendo temporalizado, tornando-se, plena repetição das experiências, capaz de reconhecer coisas e de predizer acontecimentos (Dias, 2003. p. 168).

Segundo o autor, qualquer falha no processo de amadurecimento primitivo, poderá impactar no processo de desenvolvimento da personalidade e doenças psíquicas, e que somente a mãe poderá alicerçar este processo de acordo com sua postura ao atender as necessidades primitivas do bebê. Assim, a condição primordial da existência do recém-nascido, física ou psicológica, está vinculada a presença da mãe ou de um adulto que cuide dele.

4.1 Violência obstétrica e sua interface com a teoria de Winnicott

Winnicott foi um pediatra que escreveu a Teoria do Amadurecimento Humano, a qual se refere aos cuidados e as contribuições do aleitamento materno, seus cuidados relacionados ao binômio mãe-filho no processo de amamentação e os impactos na formação psicomotora do ser humano. Além disto, Winnicott identificou a influência do aleitamento materno na formação da personalidade do indivíduo, afirma ainda que para se ter uma personalidade saudável, e a formação de um vínculo saudável mãe filho, o processo de amamentação do bebê, mesmo que não seja necessariamente materno, esteja rodeado de um cuidado e acolhimento. Neste contexto, não necessariamente o aleitamento materno se refere apenas ao leite vindo da mãe, mas a maneira como a mãe alimenta e acolhe o bebê no momento tão importante de sua vida (Kruel e Souza, 2014).

Muitas são as campanhas relacionadas ao aporte do aleitamento materno acerca das contribuições no desenvolvimento psicomotor do bebê, no entanto, para que o vínculo ocorra faz-se necessário um ambiente favorável a esta formação, bem como da disponibilidade afetiva da mãe. O acolhimento da parturiente, o estímulo a relação mãe filho e o fortalecimento do vínculo desde o pré-natal até a sala de parto, poderão interferir nesta formação, uma vez ocorrendo ações que contribuam para a contrariedade da mãe no momento do parto, este vínculo poderá ser prejudicado e causará impactos na maneira como o recém-nascido se percebe e se posiciona em relação a vida (Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2007).

Para que a mãe tenha condições de proporcionar um aleitamento materno adequado ao bebê, faz-se necessário que o ambiente esteja adequado, e que a mãe se sinta segura a fim de ofertar um cuidado que possa contribuir positivamente para o desenvolvimento de sua saúde

mental futura, bem como de emoções saudáveis. Interferências nesta relação, práticas de violência obstétrica, trazem impactos físicos e psíquicos podendo prejudicar a disponibilidade afetiva da mãe e conseqüentemente comprometer o exercício materno pleno (Sarmiento e Sebutal, 2008).

Durante o processo de amamentação, além de alimentar, ocorrem as trocas afetivas que podem contribuir positivamente com o desenvolvimento psicológico do bebê, da mesma forma, podem ser negativas quando a mãe encontra obstáculos neste período. Muito são os fatores que influenciam neste processo como fatores subjetivos, sociais e ambientais, além dos cuidados direcionados a mãe nos momentos que antecedem o parto (Gomes *et al.*, 2019).

Vale ressaltar que o ato de amamentar é entendido pela mãe como sua competência e capacidade de exercer a maternidade, fazendo com que a mulher encontre prazer e realização, além de interferir em aspectos psicológicos futuros na formação da personalidade do indivíduo. Muitas vezes, durante os cuidados, o profissional se posiciona de maneira invasiva, a fim de “orientar” a amamentação, por outro lado ocorre a separação mãe e bebê com frequência, tais fatores poderão prejudicar este vínculo. Vale ressaltar que embora não se trate de um alimento psíquico, vem associado a fatores sociais, emocionais e culturas da mãe. Uma vez prejudicado este processo, a mãe se sente frustrada, portanto, é importante enfatizar a importância do aleitamento para além das vantagens físicas e nutricionais, faz-se necessário um olhar voltado para o fortalecimento do vínculo mãe-filho (Kruel e Souza, 2014).

Apesar da importância, muitos profissionais de saúde referem a falta de políticas e estudos voltados para esta temática, que além de ser direcionado para a mãe, deve se estender a família. O aleitamento materno exclusivo, voltado para assistência que compreenda também o envolvimento da família. Alguns autores sugerem a formação de rede de apoio, de trabalhos em grupo e educação popular, que embora seja relevante não é priorizado (Tachibana *et al.*, 2014).

A família representa o primeiro grupo no qual a criança interage, tal interação embasa suas atitudes e na forma como aquele sujeito irá se posicionar frente a sociedade. No começo de sua existência a relação mãe-filho é extremamente dependente, fato que impede seu amadurecimento, neste contexto, os valores, vínculo e oportunidade de trocas alicerçam a formação futura da personalidade do ser. Vale ressaltar que, minimizar a violência poderá comprometer tal interação que ocorre desde o nascimento e será referência para o resto da vida da criança (Tachibana *et al.*, 2014).

A Teoria do Amadurecimento Humano enfatiza a importância da mãe no amadurecimento do indivíduo, desde a infância até a fase adulta, e para que ocorra esta

tendência, faz-se necessário um ambiente facilitador que envolva este processo, assim uma mãe plena e o exercício da maternidade sem intercorrências são elementos fundamentais neste processo (Sarmiento e Sebutal, 2008).

O ego da criança e da mãe devem estar alinhados, e nos primórdios da gestação, a gestante vivencia a preocupação materna primária, que se bem resolvida e cheia de realizações, impactam no desenvolvimento saudável da criança, caso contrário, a mãe identifica deficiência no desenvolvimento da criança desde os primeiros dias (Gomes, 2019).

O processo de amamentação é o momento no qual a mamãe devota se doa para o seu bebê, não sendo necessário maior conhecimento para que isto aconteça, mesmo as mães de grau de menor esclarecimento podem amamentar seu filho no ato de doação. A maneira como ela é vista e acolhida pela família e sociedade poderão influenciar no exercício da maternidade, e conseqüentemente no amadurecimento do desenvolvimento e formação da personalidade da criança. O autor enfatiza o companheiro e a família, porém fatores socioeconômicos e culturais também podem influenciar neste processo (Kruel e Souza, 2014).

CAPÍTULO V
PERCURSO METODOLÓGICO

5 MÉTODO

Durante as aulas e leituras nas disciplinas ofertadas no Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica, percebi conceitos e relações muito presentes de teorias da psicanálise e os princípios que regem o movimento pela “humanização do parto e nascimento”. E como autores, como Winnicott, expressava conceitos tão interligados com a atual defesa da construção e implementação de uma assistência de qualidade às mulheres e seus bebês. Assim, a minha prática assistencial tomava um novo olhar e rumo: a observação de como implementar meu percurso metodológico, e isso favorecesse minha investigação sobre a violência obstétrica. De acordo com Winnicott, o aleitamento materno, a disponibilidade afetiva da mãe bem como sua plenitude e disponibilidade materna influenciam no desenvolvimento físico e psíquico do bebê.

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo prospectivo, exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2006), as metodologias da pesquisa qualitativa podem ser compreendidas como as capazes de fazer a interlocução entre a questão do significado e da intencionalidade intrínseco às relações, atos e as estruturas sociais, tomadas tanto no seu começo, quando na sua modificação, como construções humanas significativas.

Como relatam Poupart *et al.* (2008), a utilização dos métodos qualitativos foi, e continua sendo, considerados um meio de dar conta do ponto de vista dos atores sociais, e de considerá-los a fim de compreender e interpretar as suas realidades. As condutas sociais não poderiam ser entendidas, nem explicadas sem considerar as perspectivas dos atores sociais.

O delineamento proposto para a tese, busca fazer uma interface com a Teoria do Amadurecimento Humano de Winnicott. Para ele, as pessoas responsáveis pelo cuidado da mãe e do bebê deveriam funcionar como suporte ao atendimento prestado, e não assumir o papel e a responsabilidade da função materna, interferindo por vezes, na fisiologia do nascimento e nos primeiros contatos entre mãe e filho, direcionando como se deve fazer: do parir ao amamentar.

É ela que está em condições de preservar todos os pequenos detalhes de sua técnica pessoal, fornecendo assim ao bebê um ambiente emocional simplificado (que inclui os cuidados físicos) [...] Não é fácil para as mães expressarem seus sentimentos sobre as experiências que tiveram na maternidade, apesar de serem sentimentos muito fortes e nem sempre agradáveis [...] elas tem muita coisa a dizer sobre os obstáculos que atrapalham a mãe de entender-se com seu bebê à sua própria maneira (Winnicott, 1988, p. 132-133).

Na contribuição de Winnicott para a construção de um novo paradigma, após algumas décadas de estudo, ele apresentou um enunciado de duas de suas teses teóricas sobre a etiologia dos distúrbios psíquicos: 1. Que o processo perturbador não é o desenvolvimento sexual, mas o amadurecimento emocional, e 2. Que o fator externo, ou seja, do ambiente facilitador, incide de maneira decisiva na etiologia de distúrbios psíquicos. Assim ele detalhou os três modos básicos de perturbação do processo de amadurecimento: a não-constituição do si mesmo; a repressão dos instintos e a perda do objeto e ou a perda do quadro de referência já constituído, com a conseqüente perda do si mesmo (Loparic, 2005).

O ambiente nas instituições responsáveis pela assistência ao parto e nascimento no Brasil, representam a “castração” dos instintos femininos, com conseqüente perda da autonomia dos corpos das mulheres, gerando por vezes danos físicos, e ou, emocionais.

Para Winnicott, mais importante que oferecer a mãe uma estrutura hospitalar com equipamentos avançados, seria ter a mãe o direito a contato prévio com uma equipe que lhe passasse segurança e uma ligação de confiança com um membro dessa equipe, sendo este capaz de fornecer informações suficientes sobre o processo de gestar e parir, afastando as informações incorretas, alguém que realmente possa ajudá-la, caso precise. Não esquecendo do processo natural que a mãe está vivendo, tão natural que “quanto maior a parte que se conceder à natureza, melhor será para a mãe e o bebê” (Winnicott, 1957f. p.157).

Nesse estudo investigamos as experiências vividas por mães adolescentes e a ocorrência da violência obstétrica, bem como os impactos causados.

5.2 Local do estudo

Foi realizado em maternidades públicas localizadas nas cidades de João Pessoa e Campina Grande, estado da Paraíba. A escolha do local se deu por ser essas cidades responsáveis em concentrar o maior número de atendimentos obstétricos de baixa, média e alta complexidade no estado da Paraíba, bem como ser o local de atuação do pesquisador como enfermeiro assistencial e docente, respectivamente.

5.3 População e amostra

A amostra estudada foi composta de 20 mulheres na primeira fase da coleta e de 18 mulheres na segunda fase, construída utilizando a ferramenta da amostragem por saturação teórica, operacionalmente definido, quando na avaliação do pesquisador, os dados obtidos

passam a apresentar repetição ou redundância, não sendo mais relevantes a inclusão na pesquisa de novos participantes e, portanto, não devendo persistir com a coleta dos dados (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

Foi composta por mães adolescentes, com idade entre 11 e 19 anos, que aceitaram de livre escolha participar do estudo, bem como do consentimento de seus responsáveis legais quando coube.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: a aceitação das usuárias em participar do estudo, e ou, seu responsável legal; serem mães adolescentes que vivenciaram uma violência obstétrica; os critérios de exclusão: não falarem o idioma português; apresentar deficiência auditiva, e ou, intelectual.

5.4 Procedimento para coleta dos dados

Para a coleta de dados utilizamos um roteiro de entrevista semiestruturado, denominado Avaliação do Impacto da Violência Obstétrica (APÊNDICE A), contendo informações acerca das características socioeconômicas e questões abertas, que abordam os impactos gerados pela assistência prestada a essas mulheres durante o processo de parturição. Este roteiro de entrevista foi elaborado pelo pesquisador, baseado em Rodrigues (2014), tendo em vista a inexistência de instrumento próprio e validado que avalie os impactos da violência obstétrica em adolescentes. Para Richardson (2009, p. 208), “a entrevista é uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas”. Possibilitando melhor aproximação entre elas.

A pesquisa foi dividida em duas fases: a Fase I (Estudo I), que ocorreu durante o período da internação na maternidade, no período pós-parto, avaliando os impactos mediatos à internação hospitalar e a Fase II (Estudo II), que foi desenvolvida após quatro (4) meses da primeira, antecedida de prévio contato telefônico/WhatsApp, objetivando identificar os impactos tardios provocados pela assistência prestada. Durante a Fase II (Estudo II) utilizamos apenas a segunda parte do roteiro de entrevista.

As entrevistas foram realizadas após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, certidão CAAE: 42552220.0.0000.5182, nas segundas, quartas e sextas, nos turnos matutino e vespertino, de modo a contemplar um maior número de usuárias. Todas as entrevistas ocorreram com prévio acordo com a direção das unidades.

Na Fase I, que ocorreu entre os meses de abril e junho de 2021, todas as entrevistas foram gravadas e após a gravação de cada entrevista, utilizamos diário de campo, visando à realização dos registros das impressões sobre o contato com as usuárias, o local onde se deu a entrevista e as dificuldades encontradas durante a coleta. Buscando evitar situações constrangedoras por parte da amostra, as entrevistas respeitaram a privacidade e foram realizadas em local adequado. As gravações foram transcritas com até 24 horas após a coleta, garantindo a manutenção da riqueza dos dados coletados. Após a transcrição foi realizado uma segunda leitura do documento, acompanhada da escuta da gravação, e uma terceira leitura minuciosa, desta vez sem o equipamento, a fim de extrair melhor a essência do texto transcrito. A amostra foi identificada com a letra E, sendo E1 a primeira entrevistada, e E20 a última.

Na Fase II, realizamos um contato prévio por número de telefone fornecido durante a Fase I, com o intuito de previamente ser agendado nova entrevista, ocorrida nos meses de novembro e dezembro de 2021. Das 20 mulheres contatadas na primeira fase, obtivemos resposta de 18 nessa segunda fase, ficando ausente nessa etapa a E11 e E16. Foi oferecido a opção de resposta às entrevistas através do *Google Meet* ou *WhatsApp Web*, porém, todas optaram em responder pelo *WhatsApp Web*. As entrevistas foram transcritas, após a transcrição foi realizada uma segunda leitura do documento, acompanhada da escuta do áudio da gravação, e uma terceira leitura minuciosa.

As entrevistas duraram em média trinta e cinco minutos, sem recusas na Fase I. Na Fase II não obtivemos retorno de 02 participantes.

5.5 Respondendo as Questões Norteadoras do Estudo

Enquanto pesquisador, tive a experiência de assistência ao parto vivenciada por um histórico familiar marcado por boas práticas obstétricas, naturais do cotidiano, minha mãe nordestina, sertaneja a qual teve cinco filhos, comigo foi o quinto, mais novo de todos eles, neste período quando já havia na cidade o hospital, onde as parturientes seriam atendidas, minha mãe Dona Antônia, teve seu quinto filho em casa, assim como os meus irmãos. No convívio com os amigos, eu conversava com os coleguinhas e meus familiares e a pauta era sempre muito normalizada e diluída no cotidiano, tanto que cresci considerando o parto como um evento natural, familiar, doméstico e inerente ao processo da maternidade.

Quando minhas irmãs se tornaram adultas, uma delas teve o filho através de um parto normal, foi instrumental e hospitalizado, realizado num grande centro do País, despertando-me um questionamento sobre a prática de um parto normal instrumentalizado e outras intervenções,

não tão normais quanto aquelas que conhecia ao ouvir falar da parteira dona Candinha. Minha outra irmã, nascida de uma família que o parto normal seria natural e a melhor opção, conforme ouviu falar durante sua vida pregressa, tentou parto normal, mas não conseguiu e como teve de recorrer à cirurgia cesariana, sua outra filha também nasceria de cesariana, como anteriormente seria rotina quando a mulher tinha o primeiro filho desta maneira os demais também seriam.

Os anos se passaram e me tornei adulto, ingressando no curso de Enfermagem, e já com pretensão de ser um futuro enfermeiro obstetra, mas preocupado por ser homem e trabalhar com partos e mulheres, porém ao observar diversos obstetras homens resolvi seguir carreira, na tentativa de desmistificar o paradigma do parto normal através da realização de uma assistência humanizada e pautada nas boas práticas de assistência ao parto.

Ao chegar na disciplina de obstetrícia ouvi falar nas boas práticas, no entanto aquele parto normal do qual tinha convivido durante a infância, já não existia mais na minha realidade urbana, e aí me deparei com um parto hospitalocêntrico, com intervenções agressivas e desnecessárias, fato este que me deixou inquieto. Ao trabalhar no Programa de Saúde da Família, em uma cidade do interior da Paraíba, tive a oportunidade de realizar assistência a um parto, não planejado, em domicílio, e ainda de compreender a possibilidade de poder atuar em partos com o mínimo de intervenções e com maiores benefícios para a mulher. Foi então que busquei realizar uma especialização em enfermagem obstétrica, e tive a oportunidade de ingressar na Universidade Federal de Alagoas, através do financiamento do Ministério da Saúde e da Política de Humanização. Já estávamos nos anos 2000, e surgia a primeira onda de formação de enfermeiras e enfermeiros obstetras no Brasil, e com isso a tentativa de implementação da mudança do modelo obstétrico brasileiro centrado no profissional médico. Surgiram as primeiras oportunidades de concursos para a especialidade na enfermagem, foi então que fui aprovado para enfermeiro obstetra da Casa Maternal Denilma Bulhões, da Prefeitura Municipal de Maceió – Alagoas, uma verdadeira escola e ambiente de fortalecimento da minha prática e trajetória profissional, foram oito anos de muitas nascimentos e renascimentos que pude presenciar. Nesse período, tive minha prática como enfermeiro obstetra transformada, muitas oportunidades de realizações de congressos, cursos, capacitações e articulações com muitos profissionais que apresentavam a linha da humanização do parto e nascimento como direcionamento da sua prática. Nesse período, dividia-me entre os plantões na Denilma, no Hospital Universitário da Universidade Federal da Paraíba e a atividade docente. Realidades e cenários completamente distintos. Na Denilma me sentia autônomo, exercendo a enfermagem que acreditava, e que apresentava as melhores evidências científicas, no Hospital Universitário Lauro Wanderley, sentia-me restrito a um modelo rígido e

intervencionista, o que me inquietava ainda mais, pois ali estávamos formando futuros profissionais. Aos poucos fui conseguindo transformar os meus plantões na Denilma e no Hospital Universitário Lauro Wanderley como momento de multiplicar saberes e práticas transformadoras, e capacidade de realizar mudanças.

Esse e outros fatos da minha prática profissional, enquanto enfermeiro obstetra, despertaram-me o interesse na pesquisa nessa área, logo ingressei no mestrado. Lá chegando encontrei um cenário no qual se discutiu sobre assistência ao trabalho de parto humanizado no país, e a difusão da Política Nacional de Humanização, bem como nas Conferência Nacional da Assistência ao Trabalho de Parto Humanizado.

Apesar de veementemente discutido, a adesão a prática da humanização foi baixa e a persistência de ações tradicionais permaneciam durante muito tempo, no entanto a nova linha de pensamento se contrapôs ao modelo privatista e hospitalocêntrico, tentando resgatar o verdadeiro sentido do parto, o nascimento como um evento natural e sublime, defendendo também as intervenções apenas quando indicadas e baseada em evidências e na evidência da prática. Conheci profissionais que aderiram a assistência através de boas práticas obstétricas, e percebi não está sozinho nessa luta pela mudança do cenário do parto. Mas ainda assim era comum, ou ainda é, encontrar profissionais adeptos de práticas desnecessárias e agressivas as quais podem causar impactos físicos, psicológicos e emocionais que podem persistir até o fim da vida de muitas mulheres, deixando sequelas, configurando nitidamente a violência obstétrica.

Descobri que as práticas realizadas desde o início da humanidade e o parto que conheci, seria o parto que valorizasse a autonomia da mulher, com presença de intervenções científicas, realmente pautadas em uma assistência integral, e que seria necessário resgatar estas práticas de maneira espontânea, com respeito a mulher e não cheio de regras traduzidas como “parto humanizado”, como um pleonasma, um evento que já existia, mas tratado com outra nomenclatura, foi então que despertei a necessidade de estudar a ocorrência de intervenções apenas quando necessário e reorientar uma assistência fundamentada no modelo hospitalocêntrico, no qual o médico é o principal ator, num modelo baseado em um parto como evento natural, sendo os principais protagonistas a mãe e o bebê, baseada em tecnologias leve e leveduras, utilizando de recursos e intervenções mais invasivas, apenas em casos de intercorrências comprovadamente necessárias.

A partir de histórias como esta, é possível superar práticas e atitudes que contribuem para o fortalecimento da violência obstétrica nos serviços de saúde, implantar e conscientizar cada vez mais os profissionais quanto as boas práticas de atenção ao parto, e a reintrodução da

leveza do renascimento de um parto natural, e com o mínimo de intervenções possível. Atualmente, eu estou concluindo minha tese de doutorado, docente de uma instituição pública, ocupante de um cargo de gestão num Hospital Universitário, e a partir de respostas encontradas no questionamento da pesquisa, pude observar que fatores culturais influenciam na percepção das mulheres acerca do parto natural, que o parto natural foi substituído e devastado pela cultura de um parto realizado em um ambiente hospitalar, no qual muitas vezes as necessidades da mulher não são consideradas e que apesar de tudo, é possível reorientar as boas práticas e regatar o que seria um parto humanizado, natural, com a adaptação e readequação dos espaços nos serviços de saúde e participação efetiva do controle social, elencando a mulher, seu filho e a família como atores principais deste processo.

5.6 Forma de análise dos resultados

Após as entrevistas serem transcritas direto em um banco de dados do Word, sendo a amostra identificadas como E1 a E20, mantendo-se o anonimato das entrevistadas.

Com a intenção de realizar a codificação, os dados foram lidos repetidamente, para que assim fosse realizado uma melhor mineração e atingirmos o centro de compreensão das falas textuais.

As unidades de registros foram configuradas como recortes dos conteúdos manifestos pelos participantes, e que reuniram características em comum na essência das falas, classificando e agrupando conteúdos semelhantes, posteriormente escolhidas para a realização do procedimento de codificação. Além do agrupamento de conteúdo, foi possível correlacionar e ordenar os acontecimentos a temas coerente aos conteúdos analisados.

Foi realizada a construção do banco de dados numa tabela do word e posteriormente processado com o auxílio do Iramuteq, Software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. Ele permite fazer análise estatística e qualitativa sobre corpus textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras. A análise textual é um tipo específico de análise de dado, na qual tratamos de material verbal transcrito, ou seja, de textos. Sendo possível analisar textos, entrevistas individuais ou coletivas, como também utilizar a análise textual com a finalidade relacional.

Os dados foram organizados após uma leitura repetida diversas vezes, e posteriormente feita a codificação do material produzido durante as entrevistas realizadas nas etapas I e II da fase de coleta, e assim foi admissível a qualificação das possíveis categorias, atendendo os

princípios de Bardin (2011): exclusão mútua; homogeneidade; pertinência; objetividade e fidelidade; produtividade e logo em seguida a análise e discussão dos respectivos resultados. Após a realização da coleta de dados realizada durante as duas fases das entrevistas, as perguntas foram classificadas em cinco categorias a fim de agrupá-las e analisá-las de acordo com a análise de conteúdo de Bardin.

Após o agrupamento das falas, aplicamos a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin,

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, o qual utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Este tipo de análise é marcado pela presença ou pela ausência de um dado característico do conteúdo ou de um conjunto de características, num determinado fragmento de mensagem. Pode funcionar sobre o corpus reduzido e estabelecer categorias mais discriminantes (Bardin, 2011, p.115).

Segundo a autora supracitada, para o pesquisador que trabalha com a Análise de Conteúdo o que interessa são os saberes oriundos do material após a análise dos dados, sejam originários de qual discurso for. A Análise de Conteúdo é uma técnica que trabalha com a palavra presente no texto, e que de forma prática e objetiva permite a produção de inferências do conteúdo da comunicação replicáveis ao seu contexto social. Qualifica a existência do sujeito, suas percepções acerca da existência ou ocorrência de alguns fenômenos, o pesquisador deverá ser empático e sensível quanto a correlação de seus questionamentos e o objeto de estudo.

Engloba um conjunto de estratégias de análise do objeto de estudo associado a um conjunto de significados, descrevendo o objeto a partir das falas e textos estudados, permitindo um desfecho para o problema estudado. Possibilita a inserção de inferências e permite ao autor analisar criteriosamente o objeto estudado.

A Análise de Conteúdo substitui a opinião pessoal do pesquisador, por procedimentos padronizados que transforma material bruto em dados passíveis de tratamento científico e interpretação. Para isso, o texto é decomposto e estudado em função das ideias ou das palavras que ele contém, escolhidas em razão de suas relações com o objetivo da pesquisa. Para Bardin (2011), o pesquisador necessita entender o sentido da comunicação, como o papel de receptor, e, principalmente, desviar o olhar, buscando outra significação, outra mensagem, outra interpretação passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira.

A análise foi realizada seguindo as quatro principais etapas destacadas pela autora: 1) organização da análise, compreendendo o processo de transcrição das entrevistas, leitura exhaustiva e organização dos relatos de acordo com a classificação temática; 2) codificação,

sendo realizado o recorte das falas dos participantes a partir das unidades de registro e enumeração segundo a frequência das falas; 3) categorização, sendo realizado nesta etapa a aproximação e agrupamento das unidades de codificação, de acordo com as categorias que emergiram das falas, seguindo os objetivos da pesquisa; e, por fim, a 4) inferência, buscando-se a reflexão e interpretação dos dados coletados, a partir da visão dos pesquisadores e embasamento teórico de outros autores (Bardin, 2011).

Conforme supracitado a análise de conteúdo de Bardin, foi organizada e analisada a partir do quadro abaixo:

Quadro 2- Fases da Análise de conteúdo de Bardin

Fases	Atividades realizadas
Pré-análise	História e inquietações do pesquisador (nascimento cultural e familiar do parto normal); O levantamento de dados bibliográficos realizados e registros documentais; Hipóteses do estudo; Escolha da amostra e entrevista; Leitura exaustiva das entrevistas.
Codificação, sendo realizado o recorte das falas dos participantes a partir das unidades de registro e enumeração segundo a frequência das falas.	Período no qual o material foi explorado, sequenciado e tabulado; Inserção dos dados no Iramutec, sempre com o desafio de correlacionar a percepção a ocorrência da violência obstétrica.
Categorização, sendo realizado nesta etapa a aproximação e agrupamento das unidades de codificação, de acordo com as categorias que emergiram das falas, seguindo os objetivos da pesquisa.	Foram definidas as categorias, hierarquizadas e utilizadas as técnicas de exaustão do discurso; As etapas foram enumeradas e hierarquizadas.
Inferência, buscando-se a reflexão e interpretação dos dados coletados, a partir da visão dos pesquisadores e embasamento teórico de outros autores.	Após a inferência, os dados encontrados foram fundamentados na literatura e posteriormente discutidos.

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Ao realizar as entrevistas, após a escolha da amostra criteriosa, a fase mais desafiadora foi identificar a violência obstétrica como uma prática corriqueira dos serviços de saúde, e a persistência do modelo biomédico, no qual as ações são vinculadas a práticas que tornam mais confortável as necessidades do profissional envolvido, e não nos atores principais, que seria o binômio mãe-filho.

A presença da cultura como um fator preponderante nas decisões e atitudes femininas, no que se refere ao processo do parto e nascimento, além das boas práticas da infância do pesquisador, que outrora segue como um desafio para o Ministério da Saúde reimplantar e adquirir a segurança dos profissionais e pacientes na adesão de boas práticas.

Ao utilizar o Iramutec, foi possível identificar a árvore de similitude e correlação do discurso a percepção das mulheres, trilhando o caminho de classificação das categorias, identificando ainda a similitude de cada uma delas. Ao classificar percepção, as categorias foram representadas por nuvem de palavras em duas categorias, a nuvem gerada era idêntica uma à outra, neste sentido observa-se que embora sejam diferentes, apresentaram maior similitude, e que o medo, a dor e a ansiedade se confundem entre si.

Concomitantemente ao processamento no Iramutec, os principais discursos foram tabulados, e neles identificados relações entre a violência obstétrica e os impactos causados no desenvolvimento da preocupação materna primária, no ambiente propício ao estabelecimento do vínculo mãe-filho e suas contribuições, frente a postura materna, frente a dependência da mãe e do favorecimento do holding, ambiente ideal para a realização dos cuidados primários, a sensação de continência na qual o sujeito se sinta amparado e protegido, que deverá ser pautado em um ambiente calmo, sem atividade, que proporcionam o profundo contato entre mãe e bebê, bem como a manifestação do sentimento de unidade entre duas pessoas, que originam os processos mais básicos de identificação.

Durante o processo, foi-se correlacionando os aspectos da violência obstétrica e sua interface com a teoria de Winnicott, que menciona o processo de amamentação como peça fundamental no desenvolvimento físico e psíquico do bebê, e que a violência obstétrica contribui negativamente neste processo, causando impactos físicos e psíquicos para a mãe, facilitando ainda a perda da autonomia corpórea, contribuindo para redução da disponibilidade afetiva daquela parturiente.

5.7 Aspectos éticos e legais

A pesquisa utilizou dados de prontuários das mulheres nas primeiras 24 horas pós-parto, durante a internação nas Maternidades. Portanto, consta em anexo Termo de Compromisso para

Utilização de Informações de Prontuários em Projeto de Pesquisa (ANEXO A). As entrevistas foram realizadas perante o aceite das participantes, sendo as mesmas informadas sobre a finalidade, os objetivos, o método, os benefícios, riscos, relevância e garantia do anonimato. Foi solicitado a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) por parte do seu responsável, seguido do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), ou do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) quando se tratou de mulheres maiores de 18 anos, em duas vias, permanecendo uma com a participante e a outra com o pesquisador.

Foi esclarecido as participantes do estudo o direito em desistir da participação voluntária, a qualquer momento da pesquisa, sem que isso acarretasse danos a sua pessoa ou represálias em relação a assistência prestada. Respeitando os princípios éticos, manteremos o anonimato e o sigilo sobre as informações coletadas.

Os dados sobre o tema estudado, possibilitaram entender melhor o cenário da assistência ao parto na Paraíba e, portanto, sugerir mudança na política pública voltada às instituições e aos profissionais que trabalham na assistência obstétrica. O estudo se fez necessário para que possamos descobrir os impactos físicos, psicológicos e emocionais provocados pela violência obstétrica na vida de mulheres adolescentes, durante e após a internação hospitalar, e com isso propor estratégias de redução da violência, beneficiando as usuárias e melhorando a assistência ao parto e nascimento, garantindo um cuidado livre de danos e mais seguro para a mulher e o recém-nascido.

Os riscos da pesquisa estão relacionados a prováveis constrangimentos em responder a entrevista. Buscando evitar prevenir situações constrangedoras por parte da amostra, as entrevistas foram realizadas em local mais adequado possível.

Todos os preceitos éticos de pesquisas com seres humanos, contidos na Resolução 466/12, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (CNS, 2012), foram considerados nesse estudo, e os protocolos de pesquisa devidamente preenchidos conforme as normas do Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro da UFCG, com aprovação emissão de certidão CAAE: 42552220.0.0000.5182.

CAPÍTULO VI
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização da amostra

Dentre as mulheres entrevistadas, 10 (dez) estavam entre os 18 e 19 anos de idade, 6 (seis) apresentam 17 anos e 4 (quatro) estão entre 14 e 15 anos. A grande maioria, 15 (quinze), apresentam união estável, 14 (quatorze) se denominam pardas, com escolaridade entre 4 e 11 anos de estudo, 11 (onze) refere receber renda familiar menor que 1 (um) salário-mínimo, e 17 (dezesete) residem no interior do estado. Conforme demonstra tabela 1 abaixo.

Tabela 1 – Caracterização das participantes da pesquisa segundo idade, estado civil, raça/etnia, escolaridade, renda familiar e local de residência. Brasil, 2021.

(continua)

Participante	Idade	Estado Civil	Raça/etnia	Escolaridade	Renda Familiar (SM)	Procedência
E1	18	União estável	Preta	4 a 7 anos	1 a 2 SM	Interior
E2	15	União estável	Parda	4 a 7 anos	1 a 2 SM	Interior
E3	17	União estável	Branca	4 a 7 anos	1 a 2 SM	Interior
E4	17	União estável	Parda	8 a 11 anos	< 1 SM	Interior
E5	18	União estável	Parda	8 a 11 anos	< 1 SM	Interior
E6	19	Solteira	Parda	8 a 11 anos	< 1 SM	Interior
E7	19	União estável	Parda	8 a 11 anos	< 1 SM	Interior
E8	17	Solteira	Parda	4 a 7 anos	< 1 SM	Capital/metro
E9	16	União estável	Parda	8 a 11 anos	< 1 SM	Capital/metro

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Tabela 1 – Caracterização das participantes da pesquisa segundo idade, estado civil, raça/etnia, escolaridade, renda familiar e local de residência. Brasil, 2021.

(continuação)

E10	19	União estável	Parda	8 a 11 anos	< 1 SM	Capital/metro
E11	17	União estável	Branca	4 a 7 anos	< 1 SM	Interior
E12	15	Solteira	Parda	4 a 7 anos	< 1 SM	Interior
E13	14	União estável	Preta	8 a 11 anos	1 a 2 SM	Interior
E14	17	União estável	Parda	8 a 11 anos	< 1 SM	Interior
E15	18	União estável	Parda	8 a 11 anos	1 a 2 SM	Interior
E16	18	União estável	Parda	4 a 7 anos	< 1 SM	Interior
E17	18	União estável	Parda	4 a 7 anos	1 a 2 SM	Interior
E18	19	União estável	Parda	4 a 7 anos	< 1 SM	Interior
E19	17	Solteira	Branca	4 a 7 anos	1 a 2 SM	Interior
E20	18	União estável	Branca	4 a 7 anos	1 a 2 SM	Interior

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

A tabela 1 acima, apresenta o recorte das mulheres atendidas na rede pública de saúde do estado da Paraíba, composta em sua maioria por mulheres pretas e pardas, com baixa escolaridade e renda menor ou igual a um salário-mínimo. Essas mulheres pretas e pardas apresentam maior risco de sofrerem violência durante o parto, seja física ou emocional (Leal *et al.*, 2014). Essa violência pode ocorrer com qualquer mulher, mas a raça influi diretamente no risco de sofrer violência obstétrica. O racismo presente em nossa sociedade, faz com que

algumas práticas discriminatórias sejam comuns no dia a dia da população negra, afetando o atendimento às gestantes pretas e pardas (Leal *et al.*, 2017).

Quando questionamos o que as entrevistadas sentiam ao chegar à maternidade, a maioria, 12 (doze), relatavam que sentiam “dor e medo”. A dor é o principal sintoma relatado durante o trabalho de parto, porém o medo pode estar associado a vários fatores, entre eles a forma como as mulheres são recebidas e conduzidas durante o processo de parturição. Existe um estereótipo da mulher negra parideira, que suporta a dor e, portanto, suporta maiores intervenções desnecessárias, sendo as reclamações das parturientes, por vezes ignoradas. Em um estudo realizado pela Fiocruz em 2017, intitulado “A cor da dor” com entrevistas e avaliação de 23.894 prontuários, revelou, entre outros achados, que mulheres negras receberam menos anestesia local, durante a episiotomia, quando comparada a mulheres brancas (Leal *et al.*, 2017).

6.2 Fragmentos das falas extraídas nas entrevistas

Citaremos alguns fragmentos de falas extraídas durante as entrevistas realizadas na primeira fase da coleta, e que serão utilizadas na análise do estudo. Não se trata aqui, a princípio, da aplicação da técnica de Análise de Conteúdo proposto por Bardin, e sim de impressões sobre o trabalho de parto e parto relatadas pelas mulheres durante as entrevistas.

Vivências durante o trabalho de parto antes da chegada à maternidade:

“Foi tranquilo, deu pra suportar. Eu só sentia dores, cólicas, só. No início do trabalho de parto eu fiquei mais tranquila, eu ainda estava em casa”.

“Eu sentia muita, muita dor, e ficou muito demorado antes de chegar aqui, eu já estava como muito medo, porque na outra maternidade falou que não tinha estrutura para ter minha filha, porque o bebê estava prematuro”.

“Eu comecei a sentir a cólica, aí tive um pequeno sangramento, e quando foi no outro dia de manhã a gente falou com o carro da prefeitura e vieram trazer a gente, eu e minha mãe”.

“Minhas dores aumentaram eram umas doze horas, com aquelas dores finas, dores finas. E quando bateu as dez horas veio aí veio as contrações maiores, que é dores de cinco em cinco

minutos, de dois em dois minutos, uma dor atrás da outra. Aí começou sair secreção de mim, de onze horas. Começou sair secreção, secreção, aí era secreção e eu sentia muita dor. Eu andava pra frente e pra trás, pra frente e pra trás direto. Ia ao banheiro fazia xixi de instante e instante, fazia direto. E a criança continuava mexendo, se encaixando já pra nascer. Aí eu avisei meu companheiro que eu estava sentindo muita dor, aí ele perguntou se estava saindo alguma coisa, eu falei que estava. Foi que ele falou assim: então chegou a hora. Aí falei então vamos. Foi que liguei pra minha mãe e falei que minha filha já ia nascer, aí ela falou espera que eu vou também. Tomei um banho e arrumei a bolsa e vim pra cá”.

“Foi muito ruim assim, eu sentia muita dor, aí ficou meio ruim. Eu sentia medo, mas eu pensava em Deus. Pensava nas coisas que as pessoas falavam pra mim, pra eu ter calma, que tudo ia dar certo e pronto”.

Vivências durante o trabalho de parto na maternidade:

“Quando cheguei aqui foi boa, todo mundo me atendeu bem, apesar que achava que ia ser diferente, mas foi bem. Cheguei com medo, mas passou quando fui atendida na chegada”.

“Quando eu cheguei aqui, eu nem sei o que falar. Eu cheguei, sentei, esperei que só a gota, foi atendida depois de mais de uma hora, já estava morrendo de dor. O médico deu um toque, ai pronto. Mandou ir para outro canto esperar, demorou também ainda. O medo era maior quando cheguei. Não tive outra coisa, só medo mesmo de parir”.

“Medo, emoção, uma mistura de sentimentos. Foi bom por saber que eu ia ter meu filho, mas também foi ruim porque eu não estava preparada para aquele momento”.

“Fiz a ficha e fui atendida lá embaixo, já estava com quatro dedos de dilatação. Aí me levaram para sala de parto e as dores eram demais. Nunca tinha sentido tanta dor. Um alívio porque sabia que a menina já estava segura pra nascer ali. Mesmo momento vinha o medo daquela dor que só aumentava. Eu subir com minha mãe e me colocaram numa cadeira. Não tinha lençol na cama. Eu não conseguia comer, não tinha vontade. Só depois de mais de nove horas da noite chegou à enfermeira pra escutar o coração de minha filha e me deu lençol e absorvente. A massagem só minha mãe quem deu pra aliviar aquela dor”.

“Demoraram muito pra eu ser atendida, eu disse que estava perdendo líquido, que minha bolsa tinha estourado, as elas diziam que era normal e que tinha como esperar. Só quando eu já estava cansada de esperar que fosse atendida e internada. Era o medo que eu já tinha em casa, que aumentou com a demora no atendimento. Aquela bolsa ali estourada, e eles deveriam fazer logo uma cesárea pra tirar meu filho”.

“Eu diria que uns cinquenta por cento. Tem as pessoas que vem, que explicam, que são simpáticas, que tem um bom atendimento. Já tem outras que são ao contrário né, são o inverso né. Eles não perguntaram, explicaram que ia ter que induzir por conta que seria prejudicial se deixasse ocorrer naturalmente, não foi uma pergunta, afirmaram o que iam fazer, eu não tive opção de escolher”.

Vivências durante o parto:

“Disseram bem depois que ia ser cesárea, levaram para uma sala e fizeram esperar, estava morrendo de dor, demoraram ainda. Lá estava só e ninguém falava muito não. Foi mais ou menos. Acho que eles deviam olhar mais para a gente. Alguma coisa para diminuir a dor e acalmar a gente. Quando me deram a anestesia, ali eu apaguei, quando vi, a menina já tinha nascido. Aí me deu emoção, me deu alegria quando eles me mostraram. Aí levaram e só vi depois”.

“Foi tranquilo, dolorido. Eles me explicaram sobre a anestesia, o que eu poderia fazer ou que eu não podia. Tudo que eles iam fazer me perguntavam. Eu sentir tudo isso. Dor, dor na barriga, dificuldade para caminhar, medo, insegurança e as outras também. Hoje eu ainda sinto desconforto para andar, não consigo me abaixar”.

“Não me impediram de nada. Quem me acompanhou foi minha mãe, eu queria ela porque acho que é um acolhimento melhor. Uma mulher entende outra. No começo eu não estava sentindo muita dor, era mais cólicas. Depois começou a vim as contrações demoradas, se brincar eu até cochilava. Depois eu comecei a sentir umas dores atrás da outra, aí rapidinho ela nasceu. A enfermeira me colocou deitada com as pernas pra cima e não me cortaram e nem nada, nem soro colocaram, também nem peguei ponto. A posição foi que me colocaram, disseram que era melhor pra mim que naquela posição eu não ia me machucar tanto”.

“Durante o trabalho de parto eu digo que o pior foi não ter deixado meu esposo subir por conta da pandemia. O parto foi rápido, dolorido, mas foi rápido e graças a Deus que deu tudo certo. Não foi necessário realizar o corte, foi bem rápido. Eu não pude andar por conta da sonda e do remédio que eu estava tomando no soro. Não recebi nenhuma massagem, nenhuma técnica, tive que ficar imóvel na cama. A minha filha assim que nasceu veio pros meus braços, passou um bom tempo pra depois a pediatra vim pegar pra poder examinar ela”.

O que entende por Violência obstétrica?

“Não sei, não sei expressar o que seja. ”

“Não sei não. Eu sei o que é violência, que é quando a pessoa comete alguma coisa com você que não é permitido”.

“Eu nunca ouvir falar no termo e eu não entendo. Violência eu sei o que é, que é quando alguém faz algo errado com outro”.

“Eu sei não, nunca ouvir falar nesse termo”.

“Do meu primeiro filho eu acho que eu tive sim, porque quando eu cheguei aqui eu tinha quatorze anos, ninguém falou nada, explicou nada, apenas me mandaram pra cima. Não quiseram realizar uma cesárea, e na hora do trabalho de parto mesmo me botaram numa sala sozinha, minha mãe não pode entrar acompanhar nesse tempo. E por conta do parto como foi natural, eu tive uma laceração como eles falam, e eu acho que isso poderia ter sido evitado se eles tivessem feito o corte, se tivesse feito a episiotomia, o corte, isso teria evitado a hemorroida que eu tenho hoje”.

“Nunca ouvir falar, mas acho que são atos que fazem que a gente não quer que faça com a gente, aí fazem contra a nossa vontade”.

“Não fizeram nada não, só eu que fiz assim com o braço dela na hora que ela estava empurrando minha barriga”.

“O que eu tive nesse parto. Nem lençol na cama tinha e a maneira como fizeram meu parto é um tipo de violência. ”

“Eu tinha visto uma palestra na outra gravidez sobre esse assunto. Que é quando fazem alguma coisa com a gente sem que a gente tenha deixado. Não respeitar nossa vontade. Qualquer pessoa na maternidade pode fazer isso com a gente, até o próprio marido. Acho que é mais ou menos isso”.

Após coletar as entrevistas, foi realizada a exploração do material, as quais foram transcritas, selecionadas e agrupadas para buscarmos a similaridade entre os dados coletados, e assim pudemos construir o direcionamento para as interpretações desses dados.

Durante a análise geraram cinco classes, duas classes na primeira fase e três classes na segunda, como apresentaremos a seguir:

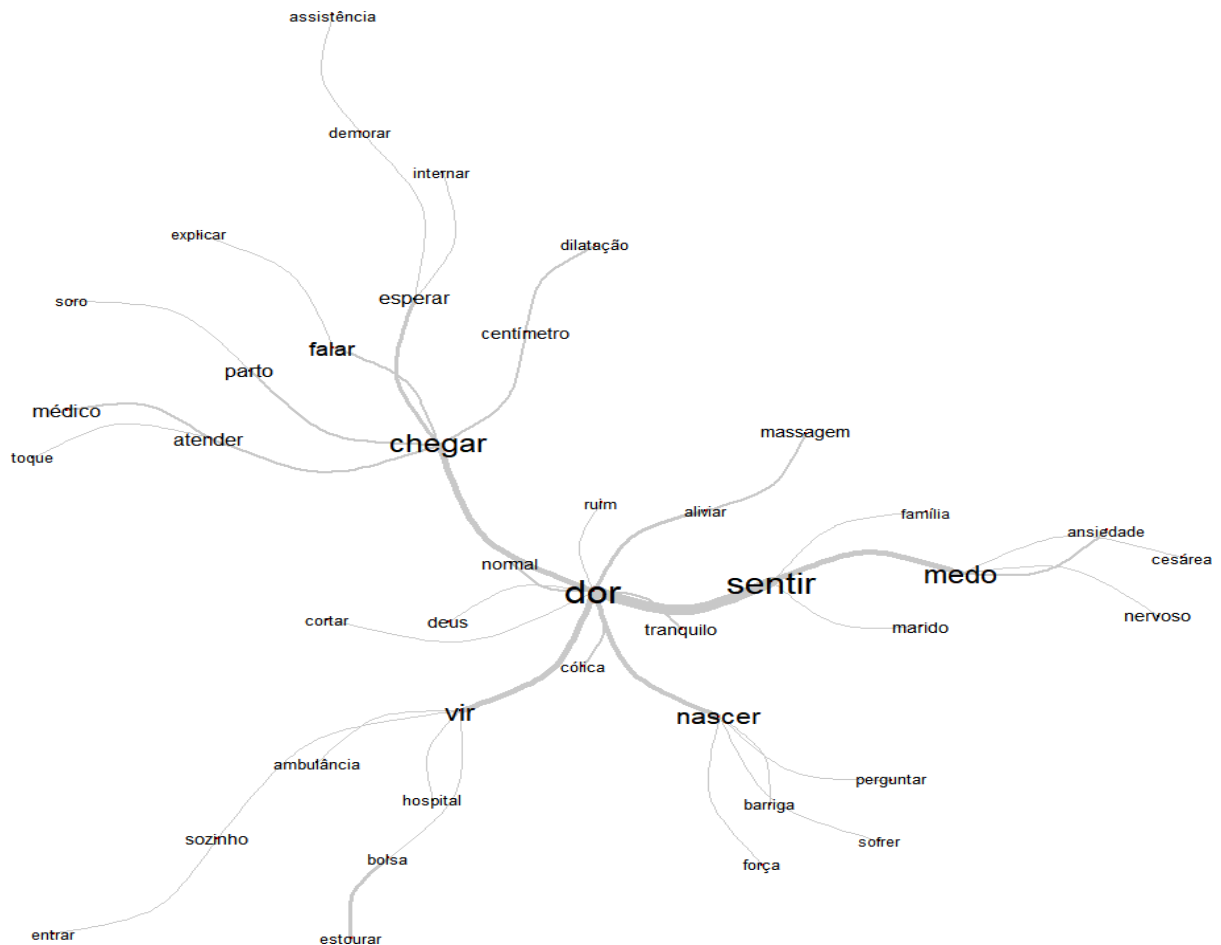
Classes que emergiram na primeira fase das entrevistas

Durante a primeira fase da entrevista, após todos os procedimentos éticos necessários, as pacientes relataram o parto, um momento importante, e referiram dor, medo e ansiedade, contemplando as três primeiras categorias, as quais foram representadas graficamente pela “árvore de sentimentos”, nomeada desta forma pelo autor por expressar sensações subjetivas e emocionais durante o trabalho de parto por parte de mulheres adolescentes.

Santos e Giovanella (2016), afirma que desde a descoberta da gravidez, as adolescentes vivenciam dificuldades, expectativas e muitas vezes ocorrem alterações no âmbito familiar. Quando chegada a hora do parto, traz consigo ansiedade, pânico, medo da dor e dos desconhecidos (situações que vão enfrentar posteriormente). Os sentimentos desenvolvidos foram influenciados pela expectativa da maternidade frustrada, e muitas vezes pela falta de apoio e acolhimento do serviço de saúde. Fato que foi corroborado durante a coleta de dados do presente trabalho. Conforme o gráfico abaixo:

CLASSE 1 - Impressões sobre o trabalho de parto até a chegada na maternidade

Figura 1 – Árvore dos sentimentos classe 1



Fonte: dados resultantes da análise do *software* IRAMUTEQ (2021).

Observa-se que o principal sentimento foi de dor e medo, fato que está associado a dificuldade de acesso ao serviço, medo de acontecer alguma coisa e a dor característica do trabalho de parto, conforme o gráfico acima observa-se uma sequência de dor, sentir (ansiedade e medo). Firmino et al (2020), afirma que a dor, o medo de senti-la e o medo são os sentimentos mais comuns que antecedem o trabalho de parto, sendo amenizadas com a tão esperada chegada do bebê. Tais sentimentos são ratificados pelas afirmativas abaixo:

“... Acho que eles deviam olhar mais para a gente. Alguma coisa para diminuir a dor e acalmar a gente...”

“... Eu sentir muita ansiedade e muito medo também, porque eu vi como eles me trataram e fiquei com muito medo de como eles iam tratar meu bebê...”

O mesmo autor supracitado, afirma que as mulheres normalizaram a dor do parto como algo enviado por Deus, e que embora seja insuportável, faz-se necessária para a criança vir ao mundo, esta percepção na maioria dos casos atenua e até faz com que este momento seja ressignificado com a chegada da criança, como na amostra, de outro estudo, em contrário senso,

as mulheres do estudo, a maioria delas, apresentaram gravidez indesejada, baixo poder econômico e de cor parda, fatores estes que as tornam mais expostas a situações de violência, bem como dificultam o acesso a medidas de controle da dor.

Assim como as mulheres e os movimentos de humanização, as condutas dos profissionais e as normativas institucionais, não conseguiram imprimir uma mudança significativa no cenário obstétrico nas maternidades estudadas. Desde o início dos anos 2000, com a criação da Política de Humanização e Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento pelo Ministério da Saúde, que estratégias com foco na formação e capacitação dos profissionais, bem como na reestruturação da rede materno infantil, vem sendo fomentadas.

O apoio governamental seria fundamental, e a integração da rede poderá contribuir para a segurança da parturiente no trabalho de parto, tais sentimentos contribuem para interferência na relação mãe-bebê e podem impactar diretamente no desenvolvimento da criança. Segundo a teoria de Winnicott, a maneira como a mãe é assistida durante o trabalho de parto pode impactar em sua disponibilidade afetiva, e no exercício da maternidade plena, prejudicando os primeiros momentos de vida da criança e sua plenitude materna com tais interferências (Kruel e Souza, 2014)

A mãe apresenta preocupações nos dias próximos ao parto, de como será o desenvolvimento de seu filho, em que fatores podem contribuir, segundo a teoria winnicottiana, quanto mais segura aquela mãe se sente, seu contexto familiar e aspectos psíquico sociais poderão influenciar diretamente na maneira como aquela mãe vai exercer a maternidade, tanto em aspectos positivos, e ou, negativos. Como se trata de uma amostra na qual a maioria das gestantes são de baixo nível socioeconômico, expostas a violência obstétrica no serviço público, torna-se necessário o planejamento e implantação de ações que possam minimizar os danos e traumas vividos pela parturiente atendida no serviço público de saúde.

Por outro lado, os historiadores bíblicos consideram a dor do parto “um castigo”, uma oportunidade de reparação do pecado. Como menciona em Gênesis Cap. 3 da Bíblia (2010), a respectiva sentença: “...multiplicarei grandemente o teu sofrimento, em meio a agonia, terás os teus filhos...”

A dor é referenciada desde os mais antigos, como algo ruim, e no momento tão difícil e tão importante para a vida de uma mulher, a dor é tida como a maior delas, mas como necessária, na mitologia é mencionada como o ‘bem e o mal’, já o homem das cavernas refere-se a dor como algo mal, provocada por inimigos e danosa (Pinheiro *et al.*, 2010).

É tão comum nos depararmos com o medo e a ansiedade presente nas mulheres que chegam às triagens obstétricas, sobretudo nas maternidades públicas que atuo, e ou atuei. Para

muitas, aquele é o primeiro contato com o ambiente que terão seus bebês, e também com os profissionais que irão assisti-las. Esse ambiente pode se tornar hostil já na primeira impressão, normalmente caracterizados por superlotação, tempo de espera “longo”, baixa empatia por parte dos profissionais que as assistem, e a ambiência por vezes precária do local. Gerando aumento no medo e ansiedade das parturientes, por vezes já oriundos do pré-natal. Em se tratando de gestantes adolescentes, com baixa instrução, carregando uma gestação por vezes não planejada, podemos perceber que esses sintomas estarão mais presentes, corroborando com os autores abaixo.

No ambiente da maternidade, historicamente as mulheres convivem com medo e ansiedade relacionada ao momento do parto, inclusive em alusão a outros tipos de dores, e após a experiência do parto, confirma ou não a ideia que já tinha antes da chegada do tão esperado dia. A vivência da maternidade é resultante de experiências vividas pelas mulheres de referência da parturiente, de sua mãe, avós e tias, além de suas próprias experiências, também podendo ser prazerosa ou traumática, dependendo do seu conhecimento durante o pré-natal e parto. O medo, a ansiedade e sofrimento se intensificam ao se deparar com profissionais mal preparados, marcados pelo temor e dor física durante os primeiros sinais de trabalho de parto até a chegada na maternidade (Rett *et al.*, 2017).

O medo se faz presente neste momento, pois a parturiente irá enfrentar o desconhecido, como ambiente, profissionais e de sua própria insegurança a fatores relacionados ao processo do parto. Na maioria das vezes, os profissionais envolvidos na assistência as parturientes são despreparadas para realização de técnicas humanizadas como música, massagem, exercícios etc., dispondo de técnicas conservadoras e desnecessárias, contribuindo cada vez mais para o aumento da dor e da ansiedade, ultrapassando o limite da dor física (Rett *et al.*, 2017).

O ambiente do parto e os profissionais que prestam assistência a mulher, devem ser capazes de tornar esse momento o mais prazeroso possível. Nós, profissionais de assistência ao parto, devemos ter a capacidade de implementar técnicas de alívio da dor, respeitando o fisiologismo, o corpo da mulher e a capacidade dela em vivenciar a experiência de gestar e parir. As intervenções desnecessárias devem ser evitadas e a empatia para com a paciente devem estar presentes durante o cuidado prestado.

É necessário priorizar a dor, controlando-a através de meios medicamentosos ou não, o profissional de saúde deverá estar preparado para compreender a mulher em sua integralidade, identificando suas necessidades e contribuindo para uma assistência obstétrica humanizada, a fim de que haja a participação ativa da paciente, reconhecendo-a como um sujeito ativo neste processo, contribuindo para satisfação de suas necessidades e expectativas, relacionadas a dor

e ao parto, neste sentido é fundamental que o profissional procure entender a dor em seu histórico sociocultural, como uma vivência diferenciada para cada ser, contribuindo para desconstrução do estigma e ressignificação do trabalho de parto (Rett *et al.*, 2017).

Corroborando com o resultado, em um estudo realizado num hospital em Caruaru-PE com treze mulheres acerca da percepção da dor durante o parto, todas elas referiram como uma dor insuportável, mas necessária para que ocorresse a maternidade, como sendo a condição primordial para que ocorresse o nascimento do filho e a chegada da maternidade (Firmino *et al.*, 2020).

Durante todo esse tempo de atuação profissional, observo que a dor não é o principal complicador que assustam as mulheres e põem medo ao trabalho de parto e parto, bem como a condições estruturais das nossas maternidades públicas. O que mais gera medo e aumentam a sensação de dor, é a forma como são assistidas, configurando claramente como situações de violência obstétrica promovidas por profissionais que deveram cuidar e proporcionar o ambiente mais acolhedor e seguro. Incontáveis vezes já me deparei com depoimento de mulheres sobre a forma como foram assistidas e como gostariam de terem sido, revelando que bastariam, na maioria dos casos, apenas do emprego de tecnologias leves por parte dos profissionais. Sem contar os inúmeros depoimentos revelando satisfação do parto, pelo simples fato de ter sido permitida a presença do companheiro ou terem lhes oferecido um banho morno.

Os traumas poderão ser minimizados através de estratégias que possam contribuir para desmistificação da dor, do acolhimento da equipe e fazer com que esta mulher se sinta plena no momento considerado tão importante. Ratificando os resultados Krue e Souza (2014), afirmam que a maneira como esta mulher desenvolve sua maternidade é influenciada por uma série de fatores, dentre eles como é acolhida pelo companheiro, família e equipe, como se trata de uma assistência prestada no serviço de saúde é necessário o preparo e olhar da equipe voltado não somente para o trabalho de parto em si, mas para uma assistência acolhedora estendida a mãe e ao ambiente no qual está inserida.

Tal realidade poderá ser desconstruída através de práticas humanizadas e acolhedoras, segundo um estudo realizado no hospital municipal de Franca, as mulheres relataram a dor como uma experiência difícil, porém atenuada pelo acolhimento dos profissionais através da empatia não só da equipe, mas de alguns acompanhantes, fato que corrobora a possibilidade de mudança de realidade com as mudanças nas práticas da assistência humanizada ao trabalho de parto (Pinheiro *et al.*, 2010).

O mesmo autor associa a percepção da dor com aspectos negativos e positivos, o primeiro no que se refere a todo o processo insuportável do medo, ansiedade e as sensações

físicas até a chegada na maternidade, podendo ser atenuada por práticas humanizadas, atendendo a mulher de uma maneira holística, a segunda como sendo necessária e transitória tendo em vista a chegada do bebê. Neste sentido, a dor deverá ser encarada como uma prioridade, e a contenção de fatores que possam agravar as sensações negativas do parto poderá contribuir positivamente para uma assistência de qualidade e menos traumática.

CLASSE 2 - Vivência no trabalho de parto na maternidade e parto

A classe 2 foi representada pela expressiva nuvem de palavras, representa a descrição do momento do trabalho de parto e como a parturiente descreveu sua vivência durante o trabalho de parto na maternidade, até a consumação do parto propriamente dito.

Para Pinheiro *et al.* (2010), muitas mulheres, desde criança, tem uma ideia formada sobre como seria a experiência da “dor” do parto, como a amostra é composta por adolescentes grávidas, a maioria parda e de classe social mais baixa, esta impressão poderá ser ainda mais evidente, tendo em vista a vulnerabilidade a que estão expostas. Ao analisar a classe 2, a nuvem de palavras destaca o medo como o sentimento mais evidente, seguido de solidão e sentimento de desamparo, muitas delas não conseguiram explicar ou definir a violência como uma probabilidade de ocorrer, fato que evidencia a violência obstétrica como uma situação as quais as parturientes poderiam estar expostas, mas elas não conseguiram ainda expressar de forma clara o que seria exatamente esta violência, conforme a nuvem de palavras abaixo:

Figura 2 – Nuvem de palavras classe 2



Fonte: dados resultantes da análise do *software* IRAMUTEQ (2021).

Em consonância com o resultado, Tostes e Seidl (2016), afirmam que há diversos fatores desencadeadores do medo durante o maior acontecimento na vida de uma mulher, como reflexo da cultura e um complexo de sentimentos que poderão influenciar negativamente na vida da parturiente, por outro lado o medo poderá estar associado as circunstâncias da gestação e experiências pregressas negativas, vividas pela paciente e seus familiares.

O medo está associado a um conjunto de sensações, a dor intensa vivida durante o parto, expectativas e contexto emocional no qual aquela mulher vivencia, na dimensão emocional se caracteriza por uma experiência individual e subjetiva. Na dimensão fisiológica, as sensações físicas vividas pela parturiente e no plano sociocultural está vinculado a valores, práticas relacionadas as pessoas e a classe social a qual pertence, e na dimensão institucional no acesso aos serviços de saúde e características do mesmo (Tostes e Seidl, 2016).

A amostra do presente estudo se constitui por mulheres pardas e de classe baixa, que na maioria das vezes realizam o pré-natal na atenção básica, e não sabem como será o parto e que local serão atendidas, bem como este serviço se organiza, fatores que contribuem negativamente para sua segurança, por outro lado a cultura do medo se faz presente desde o cristianismo, quando o medo foi descrita como uma sensação singular e subjetiva, até os dias atuais, com a quebra do paradigma da sociedade patriarcal, aumentou a insegurança e a geração de conflitos, estresse, ansiedade e situações que precedem dor e medo (Giaxa e Ferreira, 2011).

No que se refere ao parto, a cultura da dor e medo persistem, e muitas vezes a mulher tem uma ideia de que da cirurgia cesariana como uma boa alternativa. Como as mulheres de classe baixa não tem ideia de como será o parto como método, o medo poderá ser agravado pelo desconhecido (Dib., 2018).

Winnicott (1979), afirma que a mulher experimenta no final do período gestacional, e nos primeiros dias de vida do recém-nascido, a preocupação materna primária na qual o bebê e suas necessidades são seu objeto principal de preocupação e cuidado, em uma identificação ambígua, na qual um se torna continuidade do outro em uma verdadeira self, sentimentos de incertezas e inseguranças poderão contribuir negativamente no estabelecimento de uma self, como descrita pelo autor, e na maneira como a mãe irá conduzir e ofertar tais cuidados. Conforme expressado pelas mães nas falas abaixo:

“... Eu sentir medo, agonia, com medo do meu bebê nascer antes e eu não queria ficar aqui...”

“...Medo, emoção, uma mistura de sentimentos. Foi bom por saber que eu ia ter meu filho, mas também foi ruim por que eu não estava preparada para aquele momento...”

Ratificando a ideia observa-se a seguinte afirmação:

[...] Em seu *holding* mais precoce do bebê, a mãe, com um alto custo emocional para si mesma, absorve o impacto do tempo (por exemplo, privando-se do sono de que necessita, do tempo que necessita para renovação emocional oriunda de estar comoutrem que não o bebê, e do tempo que necessita para fazer alguma coisa sozinha que não envolva o bebê) (Ogden, 2010, p. 122-123).

Por outro lado, a vivência da mãe relacionada a maternidade, impacta em seus sentimentos e sua disponibilidade afetiva direcionada a seu filho, é importante que a equipe direcione os olhares a construção do vínculo mãe-filho, identificar suas necessidades a fim de direcionar uma assistência mais individual e holística (Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2007).

Na prática, podemos nos deparar com muitas mulheres que apresentam dificuldade em estabelecer uma disponibilidade afetiva para com seu filho, e a equipe tem importante papel na identificação precoce dessa indisponibilidade materna. O pós-parto é um período de ajustes, adaptação e novas responsabilidades para a mãe, e é essencial que ela esteja emocionalmente presente e disponível para o bebê durante essa fase. É importante criar um ambiente amoroso, acolhedor e seguro para o bebê, e essa segurança a mãe sentirá mais facilmente se for acolhida por profissionais que prestem uma assistência respeitosa, em um momento tão crucial para sua vida, do seu filho e de sua família, desenvolvendo um ambiente emocionalmente saudável.

As primeiras horas são importantes para que a mãe possa adaptar-se e emprestar seu corpo para o filho que acabara de chegar, quanto menos invasivo e mais acolhedora for a assistência melhor será a formação deste vínculo. Segundo a Teoria do Amadurecimento Humano, na fase final da gestação, a mãe apresenta preocupações acerca de como será seu filho e seu papel mediante a maternidade, e a maneira como esta mulher interage com companheiro, família e sociedade poderá impactar positivo ou negativamente neste processo, é importante que a mulher se sinta acolhida, para que ela se torne cada vez mais disponível emocionalmente para seu filho (Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2007).

Durante a fase final da gestação e no período pós-parto, as mulheres geralmente experimentam várias mudanças emocionais e psicológicas, o que inclui preocupações acerca do futuro filho, seu papel como mãe e como isso afetará seus relacionamentos e interações com o companheiro, família e sociedade. Os profissionais de saúde e toda rede de apoio devem ser capazes de fazer com que a mulher se sinta acolhida, apoiada e compreendida, provavelmente ela se tornará mais disponível emocionalmente para o filho. Na prática, percebemos que uma mulher acolhida adequadamente apresenta redução no nível de estresse e a ansiedade, permitindo que a ela se concentre em seu bem-estar e no do filho.

Além disso, um ambiente de suporte também pode proporcionar à mãe a oportunidade de expressar suas preocupações e medos, e receber orientação e incentivo para enfrentar os desafios da maternidade. Essa interação positiva e acolhedora pode ter um impacto positivo no vínculo entre mãe e filho, bem como no desenvolvimento emocional da criança. Cabe mencionar que cada mulher é única, e suas experiências durante a gravidez e a maternidade podem variar amplamente. O apoio emocional e o acolhimento da mulher durante a gestação e a maternidade, são fatores importantes que podem influenciar positivamente sua disponibilidade emocional para com o filho e, conseqüentemente, ter um impacto benéfico em sua relação e desenvolvimento. Reforçamos a importância de políticas públicas que centralizem a assistência na mulher e no bebê.

A Política Nacional de Humanização do parto, sugere a desmistificação de crenças e tabus relacionadas ao trabalho do parto, além de uma assistência integral e humanizada, na qual a mulher desenvolva autoconfiança, autonomia e controle. Acatando sua autonomia e controlando a capacidade de escolha pela mulher, neste sentido o profissional deverá intervir no controle da dor, do medo e da insegurança, minimizando situações traumáticas. Para tanto, faz-se necessário que o profissional esteja preparado e que tenham empatia, ética, liberdade e sensibilidade, compreendendo e acolhendo seus medos e identificando suas necessidades (Brasil, 2022). Apesar da importância, a Política Nacional de Humanização não enfatiza aspectos emocionais e as contribuições do acolhimento para minimizar traumas, e mesmo diante de sua implantação, muitas mulheres são vítimas de violência obstétrica durante a assistência ao parto, que causando impactos que podem comprometer o desenvolvimento futuro da criança.

Em outro estudo, realizado na região sul com 43 mulheres, todas elas referiram medo do parto, e a identificação de fatores precipitadores do medo, como a percepção sobre o parto, situações pregressas vividas pela mulher e sua família, e a assistência inadequada por parte dos profissionais, incluindo violência obstétrica (Santos, 2017).

O principal fator precipitante do medo é o de prejudicar a mulher ou a criança, a utilização de técnicas invasivas como parto fórceps, de sequelas com a mãe ou o bebê, gerando um quadro de ansiedade, insegurança e incertezas que são bem mais evidentes nas mulheres usuárias do serviço público, as quais muitas vezes são recebidas por profissionais despreparados e mais vulneráveis a violência obstétrica. O parto vaginal é considerado doloroso, acompanhado de mal-estar, sofrimento e sacrifício, situações e concepções que poderão ser desconstruídas ao longo dos anos, com a mudança de postura dos profissionais que atendem na rede (Santos, 2017).

O medo do desconhecido é considerado um fator importante, e poderá se intensificar no trabalho de parto, agravado pela insegurança e o medo de se agravar durante o trabalho de parto, além da probabilidade de causar danos ao bebê.

Por se tratar de uma experiência subjetiva, a dor é construída ao longo das gerações e por vezes sua cultura é imposta por familiares e pela sociedade, decorrente de situações negativas, vividas por outras pessoas e seus próprios familiares, fato este que se agrava em mulheres negras, e ou, de classe social mais baixa. Por outro lado, além do medo da dor o medo de prejudicar o bebê também se evidencia neste período (Dib, 2018).

O uso rotineiro de práticas desnecessárias, como manobra de Kristeller, parto fórceps, episiotomia e ocitocina exógena, descaracterizam um trabalho de parto saudável, contribuindo para o aumento do medo e da insegurança, que por vezes são transferidos para os médicos e outros profissionais de saúde, potencializando cada vez mais sentimentos negativos. Estas práticas, quando desnecessárias, são contextualizadas como violência obstétrica, contribuindo para intensificação da cultura do medo e da dor cada vez mais evidente (Brasil, 2022). Uma vez realizadas, tais ações poderão causar angústia, dor e desalento a estas mulheres, e consequentemente comprometer sua disponibilidade afetiva para o desenvolvimento pleno da maternidade.

É importante trabalhar no período do pré-natal o conhecimento do próprio corpo, como uma gestação evolui e na desconstrução de mitos, crenças e opiniões transferidas de geração em geração no contexto familiar vivenciado pela mulher. Tais fatores contribuem para insegurança e fragilidade feminina, além de fortalecer a indústria farmacêutica.

Faz-se necessário que os profissionais, de maneira interdisciplinar, contribuam para desconstruir crenças e culturas que só contribuem para o aumento do medo e a ansiedade na mulher, e que os profissionais sejam treinados e conscientizados acerca de métodos que possam minimizar o medo e a ansiedade, transformando uma realidade de frustração e medo em um momento realmente especial, que é a chegada de um filho (Tostes e Seidl, 2016). Tais frustrações poderão impactar na maneira como a mãe acolhe a criança no processo de amamentação, trazendo consequências para o desenvolvimento da criança (Sarmiento e Sebutal, 2008).

Classes que emergiram na segunda fase das entrevistas

Percebe-se por meio dos relatos que algumas ansiedades emergiram no momento do parto, dificultando o estabelecimento da preocupação materna primária e a relação com o bebê e com o companheiro:

- **Solidão:** o fato de a parturiente ter se sentido só contribuiu para que no momento do parto ela se sentisse desamparada e sem sustentação (*holding*), o que facilitou o aparecimento de ansiedades persecutórias e situações de pânico. O relato explicitou que essa experiência a desorganizou, elemento que pode ter dificultado o estabelecimento da relação com o bebê. Conforme afirmações abaixo:

“...fiquei muito sozinha, sem me explicarem o que estava acontecendo, isso hoje eu sei que foi violência...”

A mãe que adquire o estado de preocupação materna primária e a provisão ambiental suficientemente boa, proporciona um *setting* no qual a constituição do bebê pode se dar (Winnicott, [1956]1978). A solidão poderá interferir neste processo, pois um ambiente não sendo suficientemente bom, poderá contribuir com a formação de uma mãe que não seja suficientemente boa, trazendo-a sensação de insegurança, medo e dificuldade de sua identificação com o bebê. O *holding* possibilita um suporte adequado, a mãe, identificada com o bebê, possibilita que fragmentos da atividade motora e sensorial comecem a se congregar (Winnicott, [1945]1978).

Desse modo, fracassos maternos desenvolvem fases de reação à invasão que interrompem o continuar a ser do bebê, aniquilando a *self*, desenvolvendo sintomas de desamparo, ansiedade e a não satisfação adequada das necessidades do bebê e sua identificação com a criança.

A solidão durante o parto pode ser uma experiência desafiadora e emocionalmente intensa para algumas mulheres. O parto é um momento significativo e delicado em que a mulher precisa de apoio, empatia e acompanhamento para lidar com as dores e os sentimentos associados ao processo. Algumas mulheres podem enfrentar a solidão durante o parto devido à falta de um acompanhante presente ao seu lado. Isso pode acontecer por diversos motivos, como questões relacionadas a políticas hospitalares, restrições impostas pela pandemia de COVID-19 ou simplesmente por não terem alguém de sua confiança disponível no momento.

Durante a pandemia de COVID-19, o direito a presença do acompanhante foi restrito, e as mulheres apresentavam com frequência esse sentimento de solidão presente durante o parto. Muitos profissionais contrários a presença do acompanhante de livre escolha da mulher, encontraram durante a pandemia, terreno fértil para implementar sua prática “anti-

acompanhante”. E o direito conquistado desde 2005, e a duras penas implementado, passava então por readequações, e em alguns casos por cessação do direito.

“...eu estava praticamente sozinha, não deixaram nem minha mãe acompanhar ela para fazer a triagem depois que o bebê nasce...”

O depoimento acima imprime o desconforto psicológico, e a dificuldade de um ambiente favorável a formação da preocupação materna primária, que sente sua função materna por invasões ambientais que interferiram na formação da self.

“...Era muito agitação, não tinha ninguém me acalmando ou entendendo meu sofrimento...”

Em algumas situações, a mulher pode sentir-se isolada emocionalmente durante o parto, devido a problemas de comunicação com a equipe de saúde ou com seu parceiro. Isso pode resultar em sentimentos de incompreensão e desconexão. Por vezes, essas mulheres podem se sentir abandonadas ou desamparadas durante o parto, especialmente se não receberem o apoio e a presença emocional que desejam de seus entes queridos ou da equipe de saúde.

A solidão durante o parto pode ser agravada pelo medo e ansiedade associados ao processo, tornando a experiência ainda mais emocionalmente difícil.

A formação suficientemente boa do sentimento de continuidade do ser do bebê só é viável se a mãe se encontra numa preocupação materna primária saudável. A interferência do holding dificulta a formação de uma preocupação materna primária, uma vez que o ambiente está sendo invadido por situações que trazem desconforto e frustração materna. E a preocupação que seria atender as necessidades do filho e tê-lo como um verdadeiro devotamento, é influenciada por interferências ambientais que impedem a postura de sustentação materna frente as necessidades da criança, a self descrita por Winnicott.

Na perspectiva winnicottiana, a constituição de cada sujeito singular resulta de um processo histórico no qual a qualidade do cuidado por ele recebido tem um papel crucial para a atualização, ou não, das tendências naturais que resultam da inserção do sujeito na natureza (Plastino, 2009, p. 74).

Os cuidados recebidos pela mãe, em seu contexto familiar e assistencial, interferem em como aquela mãe desenvolve a preocupação materna primária, e a sustentação de um ambiente favorável ao desenvolvimento da criança e sua postura frente a suas necessidades futuras.

- **Ausência de Explicação:** algumas das parturientes relataram que sentiram falta de explicações que as ajudasse a assimilar os procedimentos utilizados pela equipe, que tiveram qualidade invasora. A literatura assinala que a explicação auxilia a pessoa a colocar sobre domínio do eu a experiência com qualidade disruptiva. Ausência de palavras que pudesse acalmar as pacientes, para ajudá-las a compreender o que se passava também se manifestou-se

como falta de sustentação holding. Nesses casos, emergiram intensas ansiedades persecutórias, com ideias de morte, o que parece ter tornada a experiência do parto um tanto quanto traumática.

Conforme afirmações abaixo:

“...sensação de medo no decorrer do atendimento, eu acharia que o atendimento seria horrível pelas histórias que eu tinha escutado...”

“... Eu vivenciei crises de pânico com crises de ansiedade depois do parto, estou tendo que ser acompanhada pela psicóloga por conta disso. Ficava, ou melhor, fico ainda desconfiada quando outras pessoas pegam na minha bebê...”

“... Até hoje eu fico muito ansiosa, não consigo sair de casa e deixar minha filha com alguém. Nem penso em engravidar novamente, porque a gente não é bem cuidada na maternidade do SUS...”

É importante reconhecer que cada mulher vivencia o parto de maneira única, e nem todas se sentirão solitárias durante esse momento. Algumas mulheres podem preferir ter um espaço mais íntimo e tranquilo durante o parto. Contudo, o que percebemos na prática é que mesmo essas mulheres que buscam um ambiente mais íntimo, sentem a necessidade de estarem cercadas por profissionais de saúde com habilidade para realizar uma assistência segura e qualificada, sobretudo em momentos que apresentem situação de risco para ela, e ou, seu filho.

Segundo Plastino (2009), o cuidado é uma atividade que enaltece o reconhecimento da alteridade do objeto, a partir de uma dimensão ética que envolve o respeito e a atenção às condições necessárias ao desenvolvimento do *self*. “*Ethos*”, é importante salientar que o cuidado envolve empatia, acolhimento e comunicação, além de ações que vão além da comunicação verbal. A maneira como a parturiente é acolhida no estabelecimento de saúde, as explicações para o conhecimento do novo e a maneira como é cuidada, influenciam em um ambiente favorável a formação de uma mãe suficientemente boa, por outro lado sentimentos negativos desenvolvidos numa assistência fira e pautada na insegurança, falta de explicações dificultam a relação de continuidade “*self*”.

O mesmo autor, afirma que a prática do cuidado envolve a motivação ética da consideração pelo outro e por suas necessidades, que se relaciona com a redução do narcisismo neoagente entre os cuidados e desenvolvendo um espaço de atenção e dedicação para com o outro.

Para abordar a questão da solidão durante o parto, é fundamental que as instituições de saúde e as equipes considerem o bem-estar emocional da mulher, e permitam a presença de um acompanhante de sua escolha sempre que possível. Além disso, fornecer um ambiente de apoio,

compreensão e empatia pode ajudar a reduzir a sensação de solidão, e melhorar a experiência geral do parto.

A teoria winnicotianna corrobora com o autor, refletindo o ambiente como propício ou não para o desenvolvimento de uma mãe suficientemente boa, a maneira como a mãe é cuidada reflete no ambiente de cuidado que proporcionará a seu bebê. A falta de comunicação, interfere na postura daquela mãe frente as necessidades da criança, a comunicação silenciosa entre ela e o filho sofre interferências de fatores externos, como o cuidado, desse modo sua comunicação, que neste caso é a falta de comunicação entre profissionais e a parturiente, interferem na incapacidade desta mãe de proporcionar a criança um holding, ambiente seguro para o bebê.

Winnicott ([1963]1983), afirma que o relacionamento e a comunicação significativa são silenciosos como o repousar, que consistiria num estado com identidade própria, faz-se necessário que a mãe possa vivenciar um repouso tranquilo e com uma assistência humana e acolhedora. Neste sentido, a falta de comunicação pautada numa assistência fria e desumana, poderá interferir na identidade da mãe e sua comunicação silenciosa com o bebê, sendo a preocupação materna primária invadida por sentimento de insegurança e perseguição. Confirmando os resultados o autor explica:

Talvez para o lactente haja comunicação com a mãe-ambiente, trazida à evidência pela experiência de sua inconsistência. O lactente é perturbado, e isso pode ser tomado pela mãe como uma comunicação se a mãe puder se colocar na pele da criança, e se ela puder reconhecer a perturbação do lactente como estado clínico. Quando a sua consistência domina a cena pode-se dizer que o lactente se comunica simplesmente por continuar a existir, e por continuar a se desenvolver de acordo com os processos pessoais de maturação, mas isso dificilmente merece o nome de comunicação (Winnicott, [1963]1983, p. 166).

A mãe sente a necessidade de viver experiências sólidas, uma vez que a maternidade é fundamentada em expectativas, insegurança e medo mediante a experiência da maternidade e o desenvolvimento da preocupação materna primária, que se inicia na gestação e permanece nos primeiros dias de vida do recém-nascido. Faz-se necessário conscientizar os profissionais acerca da importância de uma assistência acolhedora, comunicação adequada a fim de proporcionar um ambiente propício a formação do vínculo mãe-filho saudável.

[...] Na perspectiva winnicottiana, a constituição de cada sujeito singular resulta de um processo histórico no qual a qualidade do cuidado por ele recebido tem um papel crucial para a atualização, ou não, das tendências naturais que resultam da inserção do sujeito na natureza (Plastino, 2009, p. 74).

Neste sentido, a comunicação direta é extremamente significativa, uma vez que favorece a vivência da unidade com o objeto primário, numa relação de identidade que origina o sentimento de existir, de sentir-se real.

Para mulheres que sentem dificuldade em entender o que acontece durante o parto, é essencial buscar apoio emocional e de preparo para o parto, antes, durante e após o processo. Isso pode incluir a realização de um pré-natal de qualidade, com a participação do parceiro (a), apoio dos familiares e amigos, bem como profissionais de saúde atentos e empáticos para expressar seus sentimentos e obter o suporte necessário. A presença de uma doula também pode ser uma opção para fornecer suporte emocional e físico durante a gestação e parto.

- **Interferência na vida sexual:** alguns pacientes relataram que a utilização de pontos como parte dos procedimentos utilizados, as levou a ter dificuldades na relação sexual com os companheiros, o que parece ter dificultado o restabelecimento da vida erótica da paciente, estabelecendo memórias traumática da experiência de parto. Conforme depoimentos abaixo:

“... Eu tenho muito medo de ter relação porque até hoje dói onde teve os pontos, e também muito medo de engravidar novamente...”

“...A única coisa que ainda incomoda até hoje são os pontos que levei. Na relação eu sinto mais dor do que antes...”

“... Eu fiquei sem querer ter relação até um dia desses, porque tinha medo de doer por causa dos pontos...”

A maternidade traz consigo rupturas fundamentadas na ambivalência de sentimentos, envolvendo a necessidade de desvincular-se do corpo anterior, da identidade de filha, da vida de casal, do foco exclusivo em si mesma e dos próprios interesses, a fim de criar um novo espaço psíquico para o bebê. (Winnicott, 1978). O mesmo autor afirma que a priori, a mãe se preocupa com a criança e desenvolve um sentimento de devotamento para o bebê, neste contexto, o apoio da família, a assistência que obteve durante a experiência do parto e o convívio com seu companheiro poderão influenciar no desenvolvimento da preocupação materna primária.

A preocupação primária (self) estabelecida, a maneira como a mãe vai manipular a criança e realizar seus cuidados, são reflexos da relação que estabelece com o ambiente e seu companheiro, sendo a sexualidade prejudicada, e sua relação com o companheiro poderão interferir na preocupação materna ideal para que a mãe possa desenvolver seus cuidados com o bebê, tais preocupações poderão ser refletidas na criança e conseqüentemente no desenvolvimento futuro daquele bebê.

O ambiente afetado por preocupações externas, como a sexualidade, poderá impactar no desenvolvimento da criança, possibilitando que ela não desenvolva todo o seu potencial. O bebê afeta e é afetado por situações proporcionadas pelo ambiente.

A self é desenvolvida a partir do ambiente feminino do ser, que se relacionada com atividade ou passividade a qual interage com o elemento masculino, ao fazer impulso em relação aos objetos. “O elemento masculino *faz*, ao passo que o elemento feminino (em homens e mulheres) *é*.” (Winnicott, 1975, p. 115)

Aspectos que interferem na retomada da sexualidade e sua experiência relacionada ao parto, poderão comprometer o ambiente suficientemente bom para a formação do vínculo mãe-filho saudável, comprometendo o desenvolvimento futuro da criança.

A perda pelo interesse da sexualidade poderá estar relacionada ao fracasso da experiência materna, comprometendo um ambiente favorável ao desenvolvimento da preocupação materna primária suficientemente boa, e na contribuição do sentimento de continuação de ser do bebê. Assim, suas experiências, seu convívio com o companheiro e a retomada da sexualidade poderão influenciar no desenvolvimento da mãe com a preocupação materna primária adequada e no holding.

Em relação as expectativas da maternidade e ao desenvolvimento da preocupação materna primária, ao se processar as entrevistas tabuladas no Iramutec observe-se os seguintes resultados e sentimentos, que conforme descritos anteriormente foram desenvolvidos a partir de situações de violência obstétrica vividas por estas mulheres em sua maioria pobres, negras vivenciando uma gravidez indesejada.

Winnicott (1979), afirma que a experiência da maternidade em seu estágio final e durante os primeiros dias de puerpério são pautadas pela preocupação primária materna, na qual a mãe e o filho se relacionam numa sintonia a qual um e o outro desenvolvem um sentimento de identidade e continuidade. Os cuidados recebidos pela parturiente, sua relação com o companheiro e sua experiência familiar contribuem na formação da preocupação materna primária, quanto mais saudável esta for, mais saudável será o desenvolvimento da criança. O sentimento de desvinculação da identidade anterior, fatores culturais influenciam na formação de um ambiente favorável ou não para estabelecer um vínculo mãe-filho saudável.

CLASSE 3 – A violência durante o trabalho de parto

Observou-se que as entrevistadas apresentaram dificuldades de entender e descrever o que seria violência, e muitas vezes este assunto foi mais evidente na segunda fase da entrevista,

quando elas tentaram descrever a violência obstétrica com uma determinada insegurança acerca da ocorrência ou não de violência durante a assistência ao parto, de acordo com a nuvem de palavras abaixo:

Figura 3 – Nuvem de palavras classe 3



Fonte: dados resultantes da análise do *software* IRAMUTEQ (2021).

Ao analisar a nuvem de palavras acima, após o nascimento do bebê, a mãe refere o sofrimento relacionado ao medo e referem como violência algo que não deveria ou poderia ser feito. Uma das entrevistadas referiu ter assistido uma palestra sobre violência obstétrica, no entanto apesar do medo associado a ansiedade e apesar de não saber descrever de maneira precisa, referiram uma expectativa negativa sobre a violência obstétrica. Como as mulheres apresentaram dificuldades de lidar e entender a violência, descreveram de uma maneira muito superficial e associaram a palavra ao medo de que realmente viesse ou de ter ocorrido (Lansky *et al.*, 2019).

O que percebemos na prática é que historicamente as mulheres são colocadas em situações de violência durante o parto, normatizadas por profissionais de saúde, pela literatura médica e por fim pelas próprias mulheres, que não conseguem perceber quando são violentadas. O papel dos movimentos de mulheres e de profissionais de saúde na busca por melhorias da assistência ao parto, tem proporcionado a elaboração de políticas pública e publicações de documento e diretrizes importantes na busca da mudança do modelo assistencial obstétrico brasileiro. Dos anos de 2000 a 2017, víamos numa crescente evolução das políticas públicas, com uma evolução, ainda que pequena, na mudança do cenário ao parto. De 2019 a 2022,

tivemos retrocessos, e ou, estagnação desse processo de evolução positiva nas políticas de atenção à saúde da mulher, com impacto na assistência ao parto e nascimento.

Concordando com o nosso estudo, uma pesquisa realizada nacionalmente afirma que o conceito sobre violência se dissocia da classe social na qual a mulher está inserida, que quanto maior o nível de escolaridade maior a percepção sobre as práticas de violência obstétrica, que a maioria delas estão relacionadas a realização de estratégias e condutas contraindicadas, não consentidas e desnecessárias. A mesma pesquisa afirma que, quanto menor a renda, mulheres negras, adolescentes e solteiras estão mais vulneráveis a violência obstétrica. Entre as práticas mais comuns, estão o uso desnecessário de ocitocina externa, a demora no atendimento ao serviço, a dificuldade de acesso a métodos analgésicos e episiotomia desnecessária (Lansky *et al.*, 2019).

A violência é um importante problema de Saúde Pública, uma a cada quatro mulheres parturientes sofreram algum tipo de violência obstétrica que vão desde gritos, procedimentos dolorosos não informados ou sem consentimento, falta de analgesia e negligência. Podendo ser considerada uma violência de gênero, pois constitui uma relação de poder social e estar relacionada a mulheres (Tostes e Seidl, 2016).

Em uma pesquisa realizada com 23.940 mulheres, identificou-se algum tipo de violência, sendo a maioria delas por práticas prejudiciais que muitas vezes prejudicam a mulher ou o bebê. No tocante as intervenções, a maioria delas está relacionada a episiotomia, manobra de Kristeller e ao uso excessivo de ocitocina. O conceito de violência é bastante complexo e o problema permeia maternidades públicas e privadas e contribuem para uma experiência do parto cada vez mais frustrante (Tostes e Seidl, 2016).

Essas práticas são inaceitáveis e podem ter consequências físicas e emocionais significativas para a mulher, incluindo traumas, ansiedade e depressão pós-parto. É fundamental combater a violência obstétrica por meio da conscientização, da educação, da formação adequada das equipes de saúde e da implementação de políticas e diretrizes que respeitem os direitos das mulheres durante o parto. Além disso, é importante encorajar mulheres a relatarem casos de violência obstétrica e buscar apoio e proteção de seus direitos.

A violência obstétrica contribui para o aumento de mortes evitáveis no país e de internações na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, o Brasil tem uma taxa de mortalidade infantil significativa de (14/10000), sendo igual ou superior a países menos desenvolvidos como o Chile. A violência obstétrica é um tema relevante de Saúde Pública, desconstruir estas práticas é necessário, através de trabalhos de conscientização de gestores e profissionais envolvidos na assistência a parturiente. Deste modo, a cultura da cesariana é fortalecida pelo medo e

desconforto de mulheres expostas a situações constrangedoras, desagradáveis e traumáticas (Lansky *et al.*, 2019).

O que percebemos na prática profissional, são relatos de mulheres que expressam o desejo por uma cesariana, na busca por fugir da violência obstétrica, que segundo elas estão presentes durante um parto normal. A violência obstétrica vende às mulheres a ideia de que a escolha pela cesariana as livrará dessa prática danosa. Nesse cenário, temos no Brasil um percentual de cesariana bem acima dos 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde, e um percentual de mais de 80% de cesariana dos partos realizada na rede privada (Leal e Gama, 2014).

As mulheres não têm pleno conhecimento das escolhas disponíveis em relação às intervenções às quais estão sujeitas, mesmo que essas questões tenham sido amplamente discutidas desde a implementação da Política Nacional de Humanização. Além disso, a capacidade de identificar situações de violência está relacionada ao nível de educação e à classe social. Como a amostra do presente estudo é composta por mulheres negras e de baixo poder aquisitivo, apresentaram maior dificuldade de reconhecer as situações de violência obstétrica durante a assistência ao parto, fato que evidencia a necessidade de mudança no auxílio ao parto nestas mulheres como uma urgência, além da necessidade de conscientizá-las sobre seus direitos durante a gestação, no trabalho de parto e no pós-parto (Brasil, 2022).

Outra diferença está relacionada ao estado civil das mulheres, as solteiras, separadas, com baixo nível socioeconômico e negras estão mais vulneráveis a discriminação, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, intervenções desnecessárias e até mesmo a exposição e falta de acompanhante (Firmino filho *et al.*, 2020). Ainda de acordo com o mesmo autor, mulheres que se encontram neste perfil são 9 vezes mais expostas a situações de violência obstétrica de que mulheres que ganham acima de cinco salários-mínimos, casadas e brancas. Quando repercutem nos recém-nascidos, essas complicações, muitas vezes, levam os bebês a serem internados em unidades neonatais, ocorrendo a separação precoce entre a mãe e o filho.

A Organização Mundial de Saúde, se refere ao direito feminino de uma assistência digna e respeitosa, a Política Nacional de Humanização afirma o direito da mulher parir, e ser a protagonista de uma participação ativa na hora do parto, a constituição afirma que todo ser humano tem o direito de uma assistência gratuita e de qualidade em sua integralidade. Apesar de leis que reforçam a assistência à saúde livre de danos, preconceito, tabus, conceitos limitantes e até mesmo a falta de profissionais preparados, não isentam estas mulheres do risco de sofrer violência. É importante elaborar políticas públicas que reforcem a exclusão de riscos

as quais a gestante, principalmente negra, soleira e de classe social menos favorecida, seja protegida de situações que possam causar danos, para ela e seu filho (Dib, 2018).

O maior obstáculo encontrado nos relatos, é o reconhecimento da violência obstétrica, visto que é tão difícil quanto a violência doméstica. Existe uma lacuna entre a descrição real de uma violência sofrida e dos maus tratos sofridos, e realmente descrevê-los como violência obstétrica. Reconhecer maus tratos como recusa a um procedimento, não informação de outros, negativa ao direito ao acompanhante, são fatos recentes por vários motivos e não há uma cultura da informação acerca desta temática. Diversos fatores influenciam diretamente nos índices de violência obstétrica, como a falta de informação adequada, relação de poder entre os profissionais e as mulheres na assistência ao parto, influenciando na autonomia e na preservação da integridade física e psicológica, nas escolhas e na tomada de decisão (Lansky *et al.*, 2019).

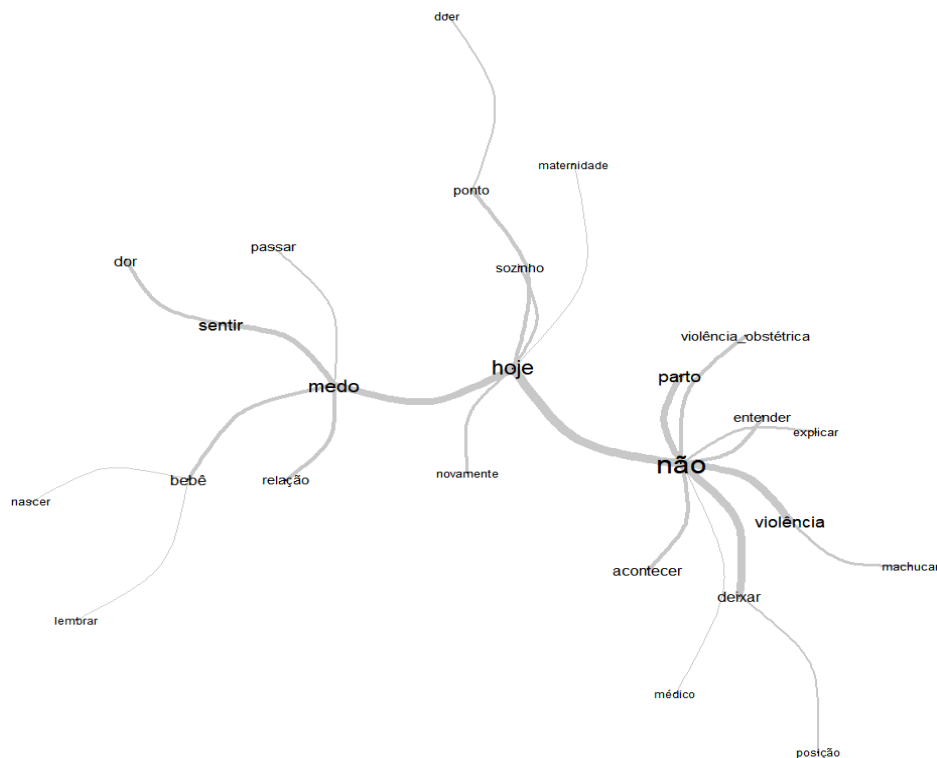
Identificar e combater a violência obstétrica é de suma importância, uma vez que suas consequências interferem diretamente na maneira como a mulher percebe seu papel como mãe e sua disponibilidade afetiva, por outro lado, pode levar ao aumento da internação, comprometendo cada vez mais o vínculo mãe-filho, fundamental para a formação futura da personalidade e desenvolvimento da criança (Gomes, 2019).

Há vários tipos de violência obstétrica, suas principais consequências impactam diretamente no estabelecimento da self e de um ambiente de sustentação da mãe ideal para o desenvolvimento das habilidade do bebê, sentimentos de medo, insegurança e a maneira como a mãe é cuidada e acolhida segundo a teoria de Winnicott, poderão invadir este ambiente de modo que a mãe não se torne suficientemente boa e o desenvolvimento de um ambiente que não seja suficientemente bom, pautado em interferências que refletem na maneira como a mãe irá cuidar da criança e satisfazê-la. A comunicação, a maneira como os profissionais de saúde realizam intervenções contribuem negativamente para a construção de um ambiente saudável para o desenvolvimento de uma mãe suficientemente boa.

CLASSE 4 – Impressões sobre os sentimentos durante o parto

A impressão do sentimento da adolescente após a segunda fase da entrevista, foi representada pela “árvore de sentimentos” na qual a maioria delas, embora tivesse relatado alguma forma de violência, expressaram a não ocorrência, fato este que evidencia maior necessidade de exploração sobre o tema e maior conscientização por parte dos profissionais e gestantes durante o envolvimento em ações educativas.

Figura 4 – Árvore dos sentimentos classe 4



Fonte: dados resultantes da análise do *software* IRAMUTEQ (2021).

Apesar de relatos de intervenções desnecessárias, demora no atendimento, exposição e falta de um acompanhante na sala de parto, boa parte das mulheres referiram a não ocorrência da violência obstétrica durante a assistência ao parto, fato difícil de compreensão por parte das usuárias, uma vez que, conforme mencionado anteriormente, tanto a violência obstétrica quanto a doméstica são difíceis de serem informada, devido à complexidade das ações e do próprio tema, quando vivenciado pelas mulheres (Nakata; Colombiano; Rodrigues, 2022). As práticas desnecessárias são expressas pelos depoimentos abaixo, e geram consequências físicas e psíquicas para a mãe e o recém-nascido, comprometendo a formação de um ambiente saudável e da self estabelecida por Winnicott (1979):

“... Passei uns dias sentindo dor na barriga, porque empurram na minha barriga na hora que ela estava nascendo...”

“... Eu fiquei sentindo umas dores na barriga, e bem vermelha, precisou empurrar para ajudar a bebê nascer. Não sei o porquê, mas quando me perguntam se quero ter outro filho, fico com um pouco de medo...”

“.... Até hoje eu ainda tenho aquela lembrança do povo empurrando minha barriga e eu apagando e com medo de matar meu filho...”

Segundo Winnicott (1979), a preocupação primária materna, poderá ser comprometida por fatores que representam “invasão” no processo de identificação plena da mãe e sua disponibilidade afetiva. A experiência negativa da assistência ao trabalho de parto e ações desnecessárias poderão interferir na formação de um ambiente plenamente saudável para o desenvolvimento da criança, e pela maneira como aquela mãe irá ofertar seus cuidados ao bebê. Faz-se necessário conscientizar os profissionais acerca da importância de uma assistência integral e humanizada, a fim de minimizar sentimentos negativos que poderão comprometer o vínculo mãe-filho e o pleno desenvolvimento futuro da criança.

A experiência da maternidade saudável contribui para o desenvolvimento físico e mental do bebê em sua máxima potencialidade, por outro lado, o conjunto de experiências vivenciadas durante a maternidade contribuem para aspectos positivos ou negativos da experiência materna, podendo causar sentimentos negativos de insegurança, indisponibilidade afetiva, de dor e frustração, além de contribuir negativamente com a relação da mulher com seu companheiro e a retomada da sexualidade. A Assistência integral, envolve a identificação de necessidade de uma assistência humana e acolhedora, na qual a mãe possa exercer seu pleno direito de interagir e proporcionar os cuidados ao recém-nascido com o mínimo de dados possíveis.

Os relatos das mulheres do estudo, confundem-se com relatos vivenciados durante esses anos de atuação profissional como enfermeiro e como docente. Fazendo refletir que muitas práticas danosas permanecem sendo empregadas por anos, e que as mudanças e o emprego das boas práticas não foram significativos a ponto de realizar a transformação do modelo obstétrico brasileiro. O que percebo com maior significação de mudança, é a relação dos movimentos de mulheres e profissionais na cobrança por elaboração de políticas públicas voltadas para a redução da violência obstétrica. Na prática, percebemos a redução significativa do número de intervenções desnecessárias e anteriormente empregadas rotineiramente, como é o caso da episiotomia e manobra de Kristeller.

O plano de parto pode ser um instrumento importante na luta pela redução da violência obstétrica, porém esse instrumento é pouco implementado e aceito pelas maternidades públicas do estado da Paraíba.

Percebe-se que os relatos das mulheres do estudo foram, na maioria das vezes, traumáticos, no entanto, boa parte delas, ou não souberam descrever, ou devido à falta de esclarecimentos e muitas vezes de sua própria vulnerabilidade, não souberam mencionar por

convicção a ocorrência da violência obstétrica. Algumas assistiram palestras, outras ouviram falar, mas no momento da entrevista não souberam descrever expressando dúvidas no momento da descrição. Por outro lado, as questões culturais, do sacrifício, a normalização da dor e de práticas tão comuns, podem dificultar a expressão dos sentimentos por parte das mulheres.

Fatores culturais influenciam nos sentimentos e sensações vividos por aquela mulher. Os sentimentos são complexos e difíceis de descrever, a sociedade aposta na fortaleza feminina capaz de renunciar e direcionar todos os seus esforços e seu amor no nascimento daquele bebê, que então sairia do seu ventre. Apesar da sublimidade das afirmações, não é tão simples quanto parece, pois tanto a mulher quanto a família deverão se preparar para a chegada de um novo membro (Olza, 2020).

Ao saber ou planejar uma gravidez, a mulher busca informações, sejam científicas ou não, referentes aos sentimentos e sensação da maternidade, e por vezes a sociedade acredita em uma mulher que após nove meses de gestação e transformações, sintase preparada para vivenciar a experiência da maternidade. Os sentimentos diversificados podem ocorrer de maneira surpreendente, sobretudo, quando se trata de mães adolescentes nas quais muitas vezes não se preparam para aquele momento. Tais sentimentos poderão vir acompanhados de depressão, angústia insegurança, rejeição do bebê e até mesmo recusa de cuidar do bebê que acabara de chegar (Ortega e Montero, 2021).

A maioria das mulheres relataram sensação de trauma, angústia e dor no momento do parto, atenuadas com a chegada do bebê. Culturalmente a sociedade espera que toda mulher se sinta feliz e realizada com a chegada de uma nova vida, em contrário senso, Freud afirma em uma de suas teorias que a experiência do parto é dolorosa e traumática, uma vez que a mulher se defronta com experiências traumáticas do passado que poderá ser agravada pela percepção da mulher nesta circunstância (Souza, 2016).

O parto, culturalmente aceito como “penalidade” empregada para com a mulher, é reforçado pelo conceito que mulheres pretas e pardas são mais fortes, propensas a suportarem mais a dor. E coincidência ao não, mulheres negras vivenciam com maior frequência do que as brancas, a violência obstétrica. No estudo, a prevalência maior é de mulheres pretas, pardas e com baixa instrução.

Concordando com o estudo, outra pesquisa realizada em uma determinada maternidade com 12 pacientes, todas elas referiram sentimento de medo, angústia, desamparo e tristeza. Vale ressaltar que a equipe envolvida neste processo deverá estar atenta, não somente as intervenções necessárias, mas a sinais de apatia e outros sentimentos que podem apresentar no momento do parto (Ortega e Montero, 2021).

Muitas mulheres trazem consigo relatos traumáticos vividos por sua mãe, e no momento do parto se veem numa experiência traumática de trazer consigo uma sobrecarga de ideias e definições vividas por outras mulheres de sua família. Na atualidade, ser mãe não tem o mesmo significado da antiguidade, no entanto a cobrança e o medo vivido pela mulher num momento tão singular poderão levar a insegurança, abandono ao trabalho, cobrança familiar e até mesmo a tomada de decisão (Santana *et al.*, 2019).

Apesar de tanta informação a qual a mulher está exposta, boa parte delas relatam temor traumas e medos que poderão ser agravados pela maneira como são atendidas nos serviços de saúde e pelo contexto sociocultural. Neste sentido, o trabalho de desconstrução de experiências negativas e o fortalecimento da Política Nacional de Humanização poderão contribuir, não só na assistência humanizada ao parto, mas na redução de traumas e da mortalidade perinatal.

Os sentimentos positivos e negativos da mulher, durante a gestação, impactam diretamente em sua vivência e segurança como mãe frente ao seu filho. A violência obstétrica poderá comprometer e interferir na relação mãe-filho, trazendo desconforto, frustração e sentimento de desamparo, que poderá por sua vez interferir no processo de acolhimento e em suas práticas durante o processo de amamentação, as práticas humanizadas e uma assistência integral, com menos interferência e ações desnecessárias, poderão favorecer a disponibilidade afetiva, fortalecer o vínculo mãe-filho e sua segurança mediante o exercício da maternidade (Winnicott, 1979).

CLASSE 5 – Reflexões sobre as necessidades da parturiente adolescente no momento do parto

Esta classe foi representada emocionalmente pelas necessidades que não foram atendidas, ou não foram explicadas a parturiente durante o trabalho de parto e parto, assistência relacionada a falta de companhia, de interação com a equipe e de procedimentos anestésicos, conforme a coluna vermelha do gráfico abaixo:

Figura 5 – Dendrograma de sentimentos classe 5



Fonte: dados resultantes da análise do *software* IRAMUTEQ (2021).

Ao analisar a categoria 5, observa-se que as questões em evidências foram ações no processo da assistência, que apesar de necessárias não foram realizadas. Neste sentido, observa-se que apesar de não percebida pelas entrevistadas, elas sofreram algum tipo de violência obstétrica do trajeto a maternidade até o parto, vale ressaltar que a maioria delas conseguiram descrever apenas dias após o parto, na segunda fase da entrevista.

Ratificando o presente estudo, em uma pesquisa realizada pelo instituto NASCER no Brasil com 23.894 mulheres, identificou-se que as boas práticas obstétricas são realizadas em menos de 50% da assistência durante o parto, e que a maioria das práticas são contraindicadas, sendo as mais comuns o uso de ocitocina, seguido de manobra de Kristeller, episiotomia e litotomia, utilizadas principalmente no setor público em mulheres negras, de baixa renda e escolaridade. O mesmo autor descreve o uso de práticas contraindicadas nas regiões norte, nordeste e centro-oeste, afirma ainda que o uso de anestesia epidural e raquianestesia foi mais frequente em mulheres adultas que em adolescente. No presente estudo, a amostra é composta por adolescentes e elas reclamaram de falta de acesso a intervenções que seriam benéficas durante o trabalho de parto. Foram excluídas mulheres que apresentaram gravidez de risco ou que tivesse indicações para o procedimento (Amaral; Klein; Grunewald, 2021).

A adesão a boas práticas obstétricas, como alimentação, técnicas não farmacológicas no alívio da dor, ambiente adequado e respeito ao plano de parto, foram identificados menos que 50% das parturientes entrevistadas. Já as intervenções desnecessárias como a episiotomia,

apresentaram elevados índices e são mais frequentes a litotomia e cateter venoso para a infusão de ocitocina na rede pública (Amaral; Klein; Grunewald, 2021).

Tais índices sugerem a realização de capacitações e conscientização por parte dos profissionais, para a oferta de ações benéficas ao trabalho de parto, a fim de minimizar traumas, violência obstétrica e reduzir a morbimortalidade relacionadas a causas evitáveis.

A violência obstétrica causa ainda sequelas e desconforto físico na mulher. Pode-se observar em uma das queixas, mulheres que não conseguem realizar algumas atividades do cotidiano e a ausência de suporte necessário para realização destes métodos. Corroborando com o estudo, Coelho (2018), afirma que a violência obstétrica pode causar além de danos psicológicos e emocionais, sequelas físicas podendo contribuir com a morbimortalidade materna e fetal. Como podemos observar nos relatos a seguir:

“...A única coisa que ainda incomoda até hoje são os pontos que levei. Na relação eu sinto mais dor do que antes, mas espero que isso passe logo. ”

“... Eu fico pensando se esses pontos precisavam, porque o médico me avisou que ia fazer o corte. Mesmo assim eu acho que isso foi um tipo de violência, porque na hora da dor a gente não consegue saber direito o que estão fazendo...”

“Eu fiquei sem querer ter relação até um dia desses, porque tinha medo de doer por causa dos pontos. As primeiras vezes doía um pouco, mas hoje está bem melhor. ”

Durante minha formação e os anos iniciais da prática profissional, a episiotomia era empregada de rotina. Com o tempo pude observar que não havia necessidade do seu emprego rotineiro, e não existiam estudos que justificassem a realização da mesma. Foi então que abolir a prática da episiotomia há mais de dez anos da minha vida profissional, e essa mudança só trouxeram benefícios positivos para a vida das mulheres que tenho a oportunidade de acompanhar seus partos.

Ainda que reduzida atualmente, um dos procedimentos mais comuns no cenário da violência obstétrica é a episiotomia, que poderá causar consequências durante e após o parto, como dor e sangramento, podendo evoluir para estágios mais graves como incontinência fecal, estreitamento do introito vaginal, deiscência de sutura, infecção, edema e hematomas (Souza, 2016).

O jejum contribui para a fraqueza corporal, influenciando diretamente na falta de força necessária durante o período expulsivo. A manutenção da posição estática e litotômica, causa desconforto na coluna, e nestes casos, a mulher tem o direito de escolher a posição a qual pretende parir. Trabalho de parto prolongado, ausência de alguns procedimentos necessários, poderá causar paralisia cerebral e morte neonatal (Santana *et al.*, 2019).

Não há evidências que justifiquem a adoção e manutenção do emprego de tecnologias duras durante a assistência ao parto. O que antes se normatizava nas instituições visando a qualidade da assistência, não deve ser empregado de forma rotineira. À mulher, deve ser dado o direito a ingerir líquidos e alimentos leves, escolher a posição que se sinta mais confortável para parir e ter a presença de um acompanhante de livre escolha.

A violência obstétrica engloba não só aspectos emocionais, bem como também os aspectos físicos. Procedimento, que na prática estão proscritos, não sendo justificado seu uso na assistência obstétrica, podem causar inúmeros danos físicos a mulher e ao feto. A pressão no abdômen, conceituada como Manobra de Kristeller, poderá causar dores abdominais e desconforto na coluna, lavagem intestinal, causando cólicas e diarreia, tricotomia e amarras para prender a mulher na mesma posição, negação de analgesia durante o trabalho de parto e toques consecutivos realizados por profissionais diferentes, são exemplos que podemos elencar como práticas inadequadas (Souza, 2016).

Além de impactos a curto prazo, a violência obstétrica também traz impactos tardios como evolução de problemáticas sociais e depressão, medo de vivenciar novamente esse processo, ansiedade, crises de pânico entre outros. Casos comuns de pacientes que criam cicatrizes, queloides, dores físicas, baixa autoestima, dispareunia, sentem culpa e tristeza por terem vivenciado o momento que mais esperavam de forma traumática. As práticas obstétricas são influenciadas pelo modelo biomédico, marcado por práticas verticais e desumanas nas quais as necessidades e peculiaridades da mulher são desconsideradas, e a mulher inviabilizada durante um momento que seria ímpar em sua vida (Olza, 2020).

A violência obstétrica encontra-se camuflada, corroborando com a afirmação, as mulheres que responderem por unanimidade a dificuldade de descrevê-la na primeira fase das entrevistas, e com melhor entendimento na segunda fase das entrevistas:

“O que eu passei nesse parto foi uma violência. Tive meu filho sozinha, numa cama do hospital e sem ninguém junto me orientando e apoiando. Deu medo. ”

“Quando fazem alguma coisa com a gente sem a gente querer. Alguma coisa que machuca e que a gente não esquece logo...”

“O que eu entendo hoje sobre violência obstétrica é ter maus tratos. Isso pode ser em casa, no posto ou no hospital, onde for. ”

“Machucar uma mulher quando ela está parindo seu bebê é um tipo de violência que eu nem sabia que podia acontecer. Isso dar medo. ”

As mulheres não são motivadas a expressarem e realizarem um plano para o dia do parto, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, e não são consideradas a principal

protagonista deste processo. Destarte a submissão, infantilização, fragilização e descaracterização da violência. A fim de superar a violência obstétrica, o Ministério da Saúde implantou o Manual de Boas Práticas obstétricas com o objetivo de proteger as mulheres, considerar seus desejos e necessidades, e proporcionar uma prática integral e humanizada do trabalho de parto, combatendo a violência obstétrica que persiste nas práticas de assistência ao parto (Nataka, 2020).

A violência obstétrica poderá trazer consequências para a mãe e para o bebê, dentre elas o comprometimento do desenvolvimento físico da criança, o aumento da morbimortalidade, aumento do tempo de internação e retardo da interação mãe-filho. Minimizar ações relacionadas a violência obstétrica, poderão contribuir para formação de indivíduos maduros e seguros, uma vez que a maneira como ele é assistido durante a infância reflete em sua postura mediante a sociedade. A assistência integral contribui para atender as necessidades do indivíduo como todo, e a postura do profissional de saúde mediante a assistência ao parto poderá refletir na relação mãe-filho, minimizando os impactos “psicológicos, além de fortalecer o exercício da maternidade e a segurança como mãe durante sua interação com o bebê, sobretudo, no processo de amamentação” (Kruel e Souza, 2014).

CAPÍTULO VII
CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciado por um contexto social, onde ocorre predominantemente a prática dos partos instrumentais, via cirurgia cesariana nos hospitais particulares e a “cascata de intervenções” nos partos vaginais nas maternidades públicas brasileiras. O início do século XXI é marcado pelo movimento de mulheres e pela nomeação dos conceitos da “violência obstétrica”. Intervenções claramente descritas e tipificadas como violência obstétrica, onde podemos elencar: episiotomia, amniotomia, indução das contrações uterinas com ocitocina sintética, tricotomia, enemas, manobra de Kristeller, negação de leis que garantem o direito a presença de acompanhantes e das doulas, imposição da litotomia, negação de alimentação, falta de mobilidade, uso incorreto do partograma, termos inadequados empregados às mulheres, assédios sexuais, cesáreas eletivas ou desnecessárias e ameaças veladas. Esta compreensão das práticas consideradas violência obstétrica já é consenso entre as pesquisas científicas e os movimentos sociais de mulheres, abarcando os aspectos físicos, psicológicos, sociais e sexuais. Esse estudo buscou realizar uma investigação junto as mães adolescentes sobre a ocorrência da violência obstétrica e seus impactos físicos, psicológicos e emocionais na vida dessas mulheres.

A ocorrência da violência obstétrica e o resgate do parto natural, respeitando os anseios e planejamento da mulher para a recepção de seu filho, é necessário para que as mulheres se sintam seguras ao momento do parto.

O perfil sociodemográfico das mulheres mais vulneráveis a violência obstétrica são, negras ou pardas, baixo poder econômico e atendidas no serviço público. A redução da violência obstétrica depende de uma série de medidas educativas de desconstrução da ideia da associação da violência obstétrica ao parto normal, bem como de programas de educação e incentivo a realização de boas práticas obstétricas implantadas pelo Ministério da Saúde.

Nesse contexto, as mudanças no panorama obstétrico brasileiro não dependem unicamente das escolhas das mulheres e das suas lutas por implementação e respeito aos seus direitos. Nem tão pouco se um serviço, maternidade, hospital geral, casa de parto ou equipes de parto domiciliares são capazes de executar uma medicina/saúde baseada em evidências. Todos esses sujeitos pertencem a uma mesma rede entrelaçada que precisam se comunicar e falarem a mesma linguagem, associando aos direitos humanos e a busca por práticas não danosas e que visem o bem-estar na saúde física e mental das mulheres.

Apesar dos avanços, da implantação da Política Nacional da Assistência Humanizada ao Parto e Nascimento, o atendimento se restringe a ações técnicas que não abordam uma assistência integral voltadas para as necessidades psicológicas e emocionais da mulher, visando

valorizar seus anseios e inquietações, a fim de que a mesma possa desenvolver a preocupação materna primária de maneira salutar e para que as mesmas possam atender as necessidades de seu bebê como sua continuidade, identificando as necessidades de seu bebê minimizando traumas e impactos que repercutem em sua saúde mental/emocional/psicológica e física, conforme determina a teoria winnicottiana.

Por outro lado, não há uma política de implantação de uma assistência que possa contemplar a Saúde Mental direcionada à mulher parturiente, associando as ações de violência obstétrica ao desenvolvimento de traumas e problemas psicológicos para a vida futura da mulher e conseqüentemente da criança. Faz-se necessário estratégias de educação permanente para que os profissionais desenvolvam ações que multi e interdisciplinares atendam às necessidades da mulher numa abordagem integral, respeitando seus sentimentos e expectativas num momento tão importante da vida que é a chegada do seu bebê. A realização de ações de conscientização, estratégias de educação permanente e ações integradas multidisciplinares poderiam reorientar a assistência realizada durante o trabalho de parto e puerpérios, considerando-se a singularidade e unicidade do ser em seu contexto biopsíquicosocial.

A violência obstétrica se faz presente no cotidiano dos serviços de saúde, e os profissionais praticam tanto de maneira consciente quanto de maneira inconsciente, muitas práticas de violência obstétrica realizadas com frequência não são tidas pelos profissionais como uma violência obstétrica, voltar os olhares para as conseqüências psicológicas da violência obstétrica, através de estratégias de conscientização e até mesmo da realização de cursos de capacitação, poderão reduzir estes índices. Faz-se necessário a participação e empenho de todos.

A luta contra a violência obstétrica requer um esforço conjunto de toda a sociedade, incluindo profissionais de saúde, legisladores, organizações não governamentais e a própria população. É essencial promover a conscientização sobre os direitos das mulheres durante a gravidez e parto, bem como a necessidade de respeito à autonomia, dignidade e integridade física e emocional das gestantes.

O estudo possui limitações, devido à sua realização em uma única região do Brasil, o que restringe sua representatividade em relação ao panorama nacional como um todo. No entanto, a realização do estudo em ambas as maiores maternidades públicas do estado da Paraíba, hospitais que oferecem serviços obstétricos e atendem gestantes de todo o estado, conferiu validade e significância à pesquisa, uma vez que representou fielmente o contexto social das mulheres adolescentes assistidas nessas maternidades públicas na Paraíba. Outros estudos e implantação no serviço de Educação Continuada de boas práticas obstétricas para

aumentar a adesão por parte dos profissionais, no que se refere a percepção das mulheres acerca do parto, realizar atividades e reuniões educativas durante os encontros acerca da importância da identificação e prevenção da violência obstétrica nos serviços de saúde, são estratégias no enfrentamento e redução de tal desafio.

Ampliação de novos serviços, visando a mudança no modelo obstétrico biomédico para um modelo sanitário centrado na mulher, como os centros de partos naturais, com presença de equipes capazes de realizar uma assistência de saúde baseada em evidência, poderão representar um grande passo no controle e redução da violência obstétrica. Apesar dos avanços, observa-se que a cultura poderá influenciar de forma negativa ou positiva, como observado na cultura familiar do interior que o parto durante muito tempo foi visto como um evento natural e feminino, com a cultura da medicalização e da assistência hospitalocêntrica. O parto normal foi estigmatizado e a violência obstétrica naturalizada, muitas vezes não sendo percebido entre os profissionais de saúde, ou até mesmo pelas usuárias do Sistema Único de Saúde.

O crescente número de conjecturas legislativas no parlamento brasileiro, sinaliza sobre a necessidade de discutirmos, para além das questões assistenciais da prática obstétrica, bem como para a disciplina jurídica que o tema exige. Ampliando a forma do entendimento conforme o posicionamento dos movimentos de mulheres e a disciplina jurídica, dirimindo as divergências acerca da aplicação do termo violência obstétrica e suas repercussões na prática assistencial empregada nos serviços de saúde no Brasil.

A violência obstétrica poderá interferir na formação do vínculo mãe-filho, no processo de amamentação, na ocorrência e desenvolvimento de depressão e em casos mais extremos de psicose. As consequências físicas, psicológicas, emocionais e até sexuais poderão levar ao desenvolvimento de doenças psíquicas, traumas e até mesmo comprometer a vida sexual do casal. O presente estudo permitiu a identificação de dados qualitativos relacionados a violência obstétrica e sua relação com a teoria de Winnicott.

O cuidado materno é essencial para o desenvolvimento da capacidade da criança se tornar um indivíduo emocionalmente saudável e autônomo. A mãe suficientemente boa permite que a criança experimente gradualmente a separação, desenvolva um senso de identidade e construa relações interpessoais saudáveis. As experiências vivenciadas pela mãe durante sua gestação, parto e puerpério podem influenciar negativamente na construção da relação mãe-filho, não sendo capaz de atender às necessidades emocionais e físicas do bebê de forma consistente e adaptativa, proporcionando um ambiente inseguro e não-propício para o crescimento emocional da criança.

Para a promoção de uma sociedade mais saudável mentalmente, faz-se necessário transformações na assistência ao parto e puerpério, e o redirecionamento de atitudes voltadas para a saúde mental da mãe e do bebê, para que a mesma possa desenvolver sua preocupação materna primária e uma sustentação suficientemente boa.

Vale ressaltar que a violência obstétrica compromete o vínculo mãe-filho, reduzindo a disponibilidade afetiva daquela mãe mediante o exercício da maternidade, e para que se possa ter uma sociedade menos violenta e desigual, faz-se necessário investir numa assistência holística, integral e equânime, com o olhar voltado para práticas que superam a assistência técnica, mas que possa contribuir para a formação de um vínculo saudável e desenvolvimento de crianças com maturidade física e emocional.

Enfim, podemos analisar que o principal princípio da violência obstétrica é o de “causar dano”, e sendo assim, não resolveria escrever mais um compêndio dos danos e custos de tais intervenções para, em seguida, atestar a crescente violência e iatrogenia. A saída é admitir a violência obstétrica como prática danosa, que pode gerar impactos físicos e emocionais nas mulheres, e lutarmos pela efetiva implementação de política públicas e medidas de redução, e por que não, do banimento de tais práticas em nossos serviços de saúde, proporcionando uma assistência de qualidade ancorada na saúde baseada em evidências.

Podemos reafirmar o importante papel do controle social na sensibilização dos demais entes, para a importância de erradicar a violência obstétrica, garantindo que todas as mulheres tenham o direito de vivenciar a maternidade de forma digna, segura e respeitosa. Somente pela estratégia da educação, da conscientização de profissionais e usuárias, bem como mudanças efetivas nas políticas de saúde é que poderemos vislumbrar a um cenário em que a violência obstétrica não esteja mais presente em nossas maternidades.

Observa-se que as ações direcionadas à mulher, desde o pré-natal até o puerpério, são fragmentadas e voltadas para técnicas, que na maioria dos casos estão obsoletas, caracterizando ações de violência obstétrica, as quais impactam no direcionamento de uma assistência integral e acolhedora que favoreça a formação de um ambiente ideal para o estabelecimento de um vínculo mãe-filho saudável.

Não há uma assistência direcionada a prevenção e minimização da violência obstétrica, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização. Observou-se uma escassez de ações multiprofissionais e interdisciplinares, capazes de oferecer uma assistência integral, que atenda às necessidades físicas, psíquicas e emocional das parturientes.

É preciso organizar os serviços de saúde, de modo que as mulheres possam ser atendidas com ênfase em seu bem-estar psicológico, valorizando ações nas quais a mulher possa

desenvolver a preocupação materna primária, bem como um ambiente favorável ao fortalecimento do vínculo mãe-filho, pois os serviços de saúde não dispõem de uma assistência e um acolhimento que proporcione a satisfação destas mulheres no processo de gestar e parir, como evidenciados nos discursos e fundamentados na teoria de Winnicott.

A Rede de Atenção à Saúde tem como uma de suas linhas de cuidado, a atenção à gestação e ao parto, normatizada através da Rede Cegonha e pactuada entre os ente-federados. Uma importante contribuição da Rede é a garantia do acesso, da equidade e da integralidade da assistência, nesse contexto deverá ser contemplada a assistência emocional, a prevenção de ações contra a violência obstétrica e o emprego de práticas baseadas em evidências. Nesse contexto, é imprescindível que os serviços de saúde implementem a Política de Humanização do Parto, com a introdução efetiva das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde.

As instituições devem buscar apoio das áreas técnicas de saúde das mulheres, universidades, associações profissionais e movimentos de mulheres, de forma a garantir a superação de paradigma do modelo assistencial e maior satisfação por parte das usuárias.

O presente trabalho poderá contribuir para a implantação de estratégias de atenção ao trabalho do parto, numa abordagem integral, holística e equânime por parte dos profissionais de saúde. A educação permanente é transformadora, e as transformações que devem ser implementadas no modelo obstétrico brasileiro é urgente, e se faz necessário acontecer em todo território nacional, dando melhor acesso as mulheres, bebês e suas famílias.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface**, v. 15, n. 36, p. 79-91, jan./mar. 2011.
- AMARAL, A. F.; KLEIN, A. P.; GRUNEWALD, E.S. A violência obstétrica e os seus danos à saúde psicológica da mulher. *In: XIX ENCONTRO CIENTÍFICO CULTURAL INTERINSTITUCIONAL*, 19.; 2021, ISSN 1980-7406. ENCONTRO CIENTÍFICO CULTURAL INTERINSTITUCIONAL, 19., 2021. **Anais**. [...]. Disponível em: https://www2.fag.edu.br/coopex/inscricao/arquivos/ecci_2021/18-10-2021--16-24-38.pdf. Acesso em: 20 jun. 2023.
- ANDRADE, P. O. N. *et al.* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil online**, Recife, v. 16, n. 1, p. 29-37, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>. Acesso em: 4 jun. 2021.
- ASSIS, J. F. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 557-565, set/dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/JfVQpC8kyzshYtTxMVbL5VP/?lang=pt>. Acesso em: 28. dez. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; LDA, 2011.
- BECKER, D. **O que é a adolescência?** 13ª ed. São Paulo, 2004.
- BÍBLIA. **Gênesis**. Capítulo 3, Versículo 16. Edição de 2010.
- BRANDT, G.P. *et al.* Violência Obstétrica: A verdadeira dor do parto. **Revista gestão & saúde**. v. 19, n.1, p. 19-37, 2018. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal**: versão preliminar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 118 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretriz_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 20 jun. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher Bases da Ação Programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 2 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 2 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 set. 2011. Seção 1, p. 30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1990.

BOUZAS, I. C. S.; CADER, A. S.; LEÃO, L. Gravidez na adolescência: uma revisão sistemática do impacto da idade materna nas complicações clínicas, obstétricas e neonatais na primeira fase da adolescência. *Adolesc Saude*, 2014; v.11, n. 3, p. 7-21, 2014.

CABRAL, S.; PEREZ, D. Violência obstétrica: produção científica de psicólogos sobre o tema. **ECOS: Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 270-283, 2019. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2872/1660>. Acesso em: 29 abr. 2021.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. **Enfermería Global**, Madrid, v. 16, n. 47, p. 71-97, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300071&lng=es. Acesso em: 2 jun. 2021.

COELHO, J. C. **Economia, poder e influência externa**: o Banco Mundial e os anos de ajuste na América Latina. São Paulo: Editora Unesp Digital, 2018. Disponível em: https://www.google.com.br/books/edition/Economia_poder_e_influ%C3%Aancia_externa/BCSjEAAAQBAJ?hl=pt-BR&gbpv=1&printsec=frontcover. Acesso em: 20 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS (Brasil). **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012 [citado 2014 Mar 11]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 2 jun. 2021.

DIAS, P. C. *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Q7r6YWwJSR5GZ9bJFBr6ckm/>. Acesso em: 2 jun. 2021.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Violência obstétrica como questão de saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Develop.** 2015, v. 25, n. 3, pp. 377-384. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 2 dez. 2020.

DINIZ, C. S. G. **O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto.** São Paulo: Fundação Ford e do CREMESP, 2002.

DIB, R. V. *et al.* A influência da dor e do medo na escolha da via de parto pelas mulheres. **Enfermagem Obstétrica [online]**, v. 5, 2018. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/131>. Acesso em: 2 dez. 2021.

FIRMINO, K. C; *et al.* PERCEPÇÃO DA MULHER FRENTE À DOR DO PARTO. **Revista Ciência Plural**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 87–101, 2020. DOI: 10.21680/2446-7286.2020v6n1ID18387. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18387>. Acesso em: 10 mai. 2022.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, p. 17-27. 2008.

FRIGO, J. *et al.* Episiotomia: (des)conhecimento sobre o procedimento sob a ótica da mulher. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR.** 2014, v. 6, n. 2, pp. 05-10. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140403_200543.pdf. Acesso em: 31 mar. 2021.

FULGENCIO, L. **Por que Winnicott?** São Paulo: Editora Zagodoni, 2016.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços Público e Privado:** pesquisa de opinião pública, 2010. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-Content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegrao.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2020.

GAMA, S. G. N. *et al.* Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev. Saúde Pública.** v. 35, n. 1, p. 74-80. 2001. DOI: 10.1590/S0034-89102013000100002.

GIAXA, T. E. P.; FERREIRA, M. L. S. M. Miedo e inseguridad de la gestante durante el Trabajo de parto como motivos para la demanda de internación precoz. **Investigación y Educación en Enfermería**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 363-369, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v29n3/v29n3a04.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2022.

GOMES, N. L. **O movimento negro educador:** saberes construídos nas lutas por emancipação. Petrópolis: Vozes, 2019.

INAGAKI, A.D. M.; LOPES, R.J.P.L.; CARDOSO, N.P. *et al.* Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 7, p. 1879-1886, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231395>. Acesso em: 1 jun. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060**: Projeções da população por sexo e idades - atualizado em 06/04/2020, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em: 16 de junho de 2021.

KRUEL, C.S.; SOUZA, A.P.R. Aleitamento materno e cuidado: uma proposta winnicotiana. **Distúrb Comun**, São Paulo, ano 26, n. 1, p. 176-186, março, 2014. Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/518/2020/09/2014-Kruel-Souza-ing.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2021.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>. Acesso em: 2 jun. 2019.

LEAL, M. C; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, sup. 1, p. S5, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 mai. 2019.

LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Brasília, v. 33, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 dez. 2021.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**. Brasília, v. 30(Supl. 1), p.17-32, 2014.

LOPARIC, Z. Um novo paradigma. **Revista Viver mente e cérebro**. Coleção Memória da psicanálise, São Paulo: Editorial Duetto, v. 5, p. 52-63, 2005. Disponível em: <https://ibpw.org.br/wp-content/uploads/2005/01/%E2%80%9CUM-novo-paradigma%E2%80%9D.-Revista-Viver-mente-e-c%C3%A9rebro.-Cole%C3%A7%C3%A3o-Mem%C3%B3ria-da-psican%C3%A1lise-vol.-5-Winnicott-pp.-52-63.-S%C3%A3o-Paulo-Editorial-Duetto-2005..pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

MARAMBAIA, C.G.; VIEIRA, B.D.G.; ALVES, V.H. *et al.* A sexualidade da mulher no puerpério: reflexos da episiotomia. **Cogitare enferm**, Paraná, v. 25, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67195>. Acesso em: 12 mai. 2021.

MASCARENHAS, V.H. A. *et al.* Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 350-357, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>. Acesso em: 2 jun. 2021.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out.-dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 2 jun. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Abrasco, 2006.

MOTTA, C. T.; MOREIRA, M. R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4397-4409, out. 2021.

MUNIZ B.; BARBOSA R. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? In: **Memórias Convención Internacional de Salud Pública**. Havana. 2012. Disponível em: <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/744/332>. Acesso em: 2 mai. 2021.

NAKATA, T. N.; COLOMBIANO, I. M. C.; RODRIGUES, R. M. S. Análise das boas práticas de atenção ao parto em maternidade pública de Roraima. **Femina**, p. 360-366, 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1380718/femina-2022-506-360-366.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

NAKATA, C. H. Coronavírus: como a pandemia escancarou a desigualdade e paralisou a educação no Distrito Federal. **Revista Nova Paideia-Revista Interdisciplinar em Educação e Pesquisa**, Brasília, v. 2, n. 3, p. 72-83, 2020. Disponível em: <http://ojs.novapaideia.org/index.php/RIEP/article/view/44>. Acesso em: 20 jun. 2023.

NIY, D.Y. *et al.* Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação online**. 2019, v. 23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180074>. Acesso em: 2 jun. 2021.

OGDEN, T. H. Sobre sustentar e conter, ser e sonhar. In: OGDEN, T. H. **Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos**. Tradução Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OLIVEIRA, T. C; CARVALHO, L. P; SILVA, M. A. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Rev Bras Enfermagem**. 2008. mai/jun; v. 61, n. 3, p. 306-11. DOI: 10.1590/S0034-71672007000500001.

OLZA, I.; *et al.* O nascimento como evento neuropsicossocial: um modelo integrativo de experiências maternas e sua relação com eventos neuro-hormonais durante o parto. **Plos um**, v. 15, n. 7, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR-14.23_por.pdf . Acesso em: 28. abr. 2019.

ORTEGA, A. M. S.; MONTERO, F. J. O. Relación entre resiliencia y rendimiento en deportistas. Revisión sistemática. **Revista de Psicología Aplicada al deporte y al Ejercicio Físico**, Madri, v. 6, n.16, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/6138/613869846007/613869846007.pdf>. Acesso em 20 jun. 2023.

PARAIBA. Assembleia Legislativa. Lei Estadual no 11.009, de 14 de novembro de 2017. **Diário Oficial do Estado**, Poder legislativo, João Pessoa, PB, 14 nov. 2017. Disponível em: http://sapl.al.pb.leg.br/sapl/sapl_documentos/norma_juridica/12851. Acesso em: 7 agosto. 2020.

PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Ciello, C. et al. (cols). **Violência Obstétrica: “Parirás com dor”** - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Senado Federal. 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2019.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia**, Canoas, n. 37, p. 212-227, abr. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100015&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 2 ago. 2021.

PLASTINO, C. A. A dimensão constitutiva do cuidar. In: MAIA, M. S. (Org.) **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

POSSATI, A.B. *et al.* Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. **Esc Anna Nery online**. 2017, v. 21, n. 4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366>. Acesso em: 2 jun. 2021.

POUPART, J. *et al.* **A Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

RETT, M.; *et al.* Pain perception and satisfaction of postpartum women: a comparative study affter vaginal and caesarean birth in Aracaju public hospitals. **ABCS Health Sciences**. v. 42, n.2, 2017. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1005/768>. Acesso em: 25 de set. 2021.

REZENDE, C. N. D. V. **Violência Obstétrica: uma ofensa a direitos humanos ainda não reconhecida legalmente no Brasil [monografia]**. Brasília: Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, 2014.

ROCHA, M. J.; GRISI, E.P. Violência obstétrica e suas influências na vida de mulheres que vivenciaram essa realidade. **Id on Line Rev Mult Psic**, v. 11, n. 38, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/931/1304>. Acesso em: 3 mai. 2021.

RODRIGUES, F. A. C. **Análise da violência institucional contra mulheres em processo de parturição em maternidades da Rede Cegonha de Fortaleza**. 67 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza – Ceará, 2014, p.62-65. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/FRANCISCAALICE.pdf>. Acesso em: 10 de julho de 2020.

SANTA CATARINA. Assembleia Legislativa. Lei Municipal no 17.097, de 17 de janeiro de 2017. **Diário Oficial do Estado**, Poder legislativo, Florianópolis, SC, 17 jan. 2017. Disponível em: http://leis.alesec.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 14 set. 2020.

SANTANA, A. T. *et al.* Atuação de enfermeiras residentes em obstetrícia na assistência ao parto. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, p. 135- 144, 2019.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/28179/Gest%c3%a3o%20do%20cuidado%20integral.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jun. 2023.

SANTOS, H. **A busca de um caminho para o Brasil: a trilha do círculo vicioso**. 2 ed. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2017.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstétrica: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Revista de Ciências Médicas**, [S. l.], v. 12, n. 3, 2012. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/1260>. Acesso em: 2 jun. 2021.

SILVA, F.M.; SILVA, M.L.; ARAÚJO, F.N.F. Sentimentos Causados pela Violência Obstétrica em Mulheres de Município do Nordeste Brasileiro. **Rev. Pre. Infec. e Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 25-34, 2017. Disponível em: <https://ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6924>. Acesso em: 28 dez. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Prevenção da Gravidez na Adolescência. **Guia Prático de Atualização: Departamento Científico de Adolescência**. n. 11, 2019.

SOUSA, A.M.M.; SOUZA, K.V.; REZENDE, E.M. *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery**, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, pp. 324-331, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/xDQqdphRKhRc7K6HRV3TWdF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 jun. 2021.

SOUZA, L. E. P. F. Saúde, desenvolvimento e inovação: uma contribuição da teoria crítica da tecnologia ao debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, 2016. Disponível em: <https://cadernos.enp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/6226/13213>. Acesso em: 20 jun. 2023.

TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T. M.J. Desenhos estórias em encontros terapêuticos na clínica da maternidade. *In: MUDANÇAS – PSICOLOGIA DA SAÚDE*, 15 (1), 2007, São Paulo. **Anais** [...] São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo, 23-31, Jan-Jun, 2007. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/661>. Acesso em: 2 jun. 2021.

TACHIBANA, M. *et al.* O imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a interrupção da gestação. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 17, n. 2, p. 285-297, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/j4SMQr6tTpKF4q6VNHDqbmh/?format=pdf>. Acesso em: 2 jun. 2021.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Rev Est Fem** online. 2002, v. 10, n. 2, p. 483-492. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>. Acesso em: 31 mai. 2021.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas psicol**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 681-693, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 mai. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **As faces da violência obstétrica**. [Porto Alegre: UFRGS], 2021. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/jordi/172-violenciaobstetrica/glossario/>. Acesso em: 2 jun. 2021.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.

WINNICOTT, D. W. (1945). **Desenvolvimento emocional primitivo**. In: textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Tradução: Jane Russo. Rio de Janeiro: F. Alves, 1978.

WINNICOTT, D. W. (1956). **A contribuição da psicanálise à obstetrícia**. In: Winnicott, 1965a.

WINNICOTT, D. W. (1975). **Os elementos masculino e feminino expelidos (split-off) encontrados em homens e mulheres**. In WINNICOTT, D. W. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971)

WINNICOTT, D. W. (1990). **Natureza Humana**. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Obra original publicada em 1988).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority**. Geneva: OMS, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.** Geneva, Switzerland: WHO, 2014.

ZANARDO, G. L. P, *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3093/309350113018/>. Acesso em: 2 jun. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista - Avaliação do Impacto da Violência Obstétrica

1- DADOS PESSOAIS/PRONTUÁRIO

Nº DA ENTREVISTA: _____

DATA: ____/____/____

I) DADOS PESSOAIS

1. Idade: _____

2. Escolaridade: : () Nenhuma () De um a três anos () De quatro a sete anos () De oito a 11 anos () Mais de 12 anos

3. Raça/etnia declarada: _____

4. Ocupação/Profissão: _____

5. Renda familiar: () menor que um salário mínimo () um a dois salários mínimos () três a cinco salários mínimos () mais de cinco salários mínimos

6. Estado Civil: () Solteira () União estável () Casada () Viúva () Separada

7. Município de residência: _____

II) DADOS OBSTÉTRICOS

8. Quantas vezes você engravidou? _____

9. Quantas vezes você pariu? _____

10. Quantos partos normais você teve? _____

11. Você sofreu algum aborto? Sim () Não () Quantos? _____

12. No seu parto atual você passou por outras maternidades antes de chegar aqui? Sim () Não () Quantas? _____

13. O que você sentia ao chegar na maternidade? _____

14. Dilatação: exame ao chegar na maternidade (prontuário) _____

15. Dinâmica Uterina: chegada na maternidade (prontuário) _____

2- IMPRESSÕES SOBRE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

Vivências durante o trabalho de parto antes da chegada à maternidade:

1. Relate como foi sua experiência a partir da sua percepção dos primeiros sinais e sintomas do trabalho de parto antes de chegar à maternidade:
2. Que tipo de sensações você sentiu antes de chegar à maternidade?
3. Qual/quais rede de apoio você teve nesse percurso?

Vivências durante o trabalho de parto na maternidade:

4. Relate como foi sua experiência a partir da sua chegada à maternidade:
5. Que tipo de sensações você sentiu ao chegar à maternidade?
6. Como você descreveria a assistência prestada durante o seu trabalho de parto (realizaram procedimentos com ou sem seu consentimento; teve liberdade para caminhar e se alimentar; recebeu técnicas de alívio da dor, tipo massagem, bola suíça, banho morno; analgesia; instalaram soro na veia)?
7. O que não te permitiram fazer durante o trabalho de parto, mas que você gostaria de ter realizado ou contado com a presença de alguém do seu convívio ou algum profissional em especial?

Vivências durante o parto:

8. Relate-me como foi seu parto:
9. Como você descreveria a assistência prestada durante o seu parto (realizaram episiotomia ou outros procedimentos com ou sem seu consentimento; teve liberdade para caminhar e se alimentar; recebeu técnicas de alívio da dor, tipo massagem, bola suíça, banho morno; analgesia; escolheu a posição para parir; instalaram soro na veia; seu bebê foi colocado no seu colo ou levado para realizar cuidados).

10. Que sensações físicas, e ou emocionais, você vivenciou ou ainda vivencia em decorrência da assistência prestada durante seu parto (dor; desconforto abdominal; dificuldade para caminhar; medo; insegurança; raiva; ansiedade; dificuldade para urinar e ou evacuar; outros)?

11. O que você entende por “violência obstétrica”?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP



Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José. CEP: 58107 – 670.

Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br.

OS IMPACTOS EM GESTANTE ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Este estudo tem como objetivo geral: investigar junto às mães adolescentes a ocorrência da violência obstétrica e seus impactos físicos, psicológicos e emocionais na vida dessas mulheres.

Eu, _____
_____, profissão, _____, residente e domiciliada
na _____,
portador da Cédula de identidade, RG _____ e inscrito no CPF _____, nascido(a)
em ___ / ___ / ____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em
participar como voluntário(a) do estudo “Os Impactos em Gestante Adolescente Vítima de
Violência Obstétrica”, tendo como autor Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca. Declaro que
obtive todas as informações necessárias, bem como a promessa dos esclarecimentos às dúvidas,
por mim apresentadas durante o decorrer da pesquisa.

O estudo se faz necessário para que se possam descobrir os impactos físicos, psicológicos e emocionais provocados pela violência obstétrica na vida de mulheres adolescentes durante e após a internação hospitalar e com isso propor estratégias de redução da

violência, beneficiando as usuárias e melhorando a assistência ao parto e nascimento, garantindo um cuidado livre de danos e mais seguro para a mulher e o recém-nascido.

Os riscos da pesquisa estão relacionados a prováveis constrangimentos em responder a entrevista. Buscando evitar prevenir situações constrangedoras, as entrevistas deverão respeitar a privacidade e serão realizadas em local adequado.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam descobrir os impactos físicos, psicológicos e emocionais provocados pela violência obstétrica na vida de mulheres adolescentes durante e após a internação hospitalar e com isso propor estratégias de redução da violência, melhorando a assistência ao parto e nascimento, garantindo um cuidado livre de danos e mais seguro para a mulher e o recém-nascido;
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo; será garantido a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;
- III) Estou ciente que a pesquisa ocorrerá em duas etapas, e que a segunda etapa acontecerá quatro meses após a primeira.
- IV) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- V) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem-estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- VI) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VII) Caso deseje, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa. Estou ciente que receberei uma via deste termo de consentimento;
 - () Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
 - () Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- VIII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, CEP: 58401 – 490, Campina Grande-PB, Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br; ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e à Delegacia Regional de Campina Grande.

Campina Grande - PB, _____ de _____ de 2021.

Participante _____

Testemunha 1: _____

Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____

Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto:

Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca, Enfermeiro Obstetra – COREN-PB 87315

Telefone para contato e endereço profissional: (83) 991039236 / Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS. Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF. AV. Juvêncio Arruda, 795 – Bodocongó, Campina Grande-PB. CEP. 58429-600.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP



Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José. CEP: 58107 – 670.

Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br.

OS IMPACTOS EM GESTANTE ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você e nem a outrem sobre sua responsabilidade. Este estudo tem como objetivo geral: investigar junto às mães adolescentes a ocorrência da violência obstétrica e seus impactos físicos, psicológicos e emocionais na vida dessas mulheres.

Eu, _____,
responsável _____ pela _____ menor

profissão, _____, residente e domiciliado na
_____, portador da Cédula
de identidade, RG _____ e inscrito no CPF _____, nascido(a) em ___ / ___ / _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “Os Impactos em Gestante Adolescente Vítima de Violência Obstétrica”, tendo como autor Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como a promessa dos esclarecimentos às dúvidas, por mim apresentadas durante o decorrer da pesquisa.

O estudo se faz necessário para que se possam descobrir os impactos físicos, psicológicos e emocionais provocados pela violência obstétrica na vida de mulheres adolescentes durante e após a internação hospitalar e com isso propor estratégias de redução da

violência, beneficiando as usuárias e melhorando a assistência ao parto e nascimento, garantindo um cuidado livre de danos e mais seguro para a mulher e o recém-nascido.

Os riscos da pesquisa estão relacionados a prováveis constrangimentos em responder a entrevista. Buscando evitar prevenir situações constrangedoras, as entrevistas deverão respeitar a privacidade e serão realizadas em local adequado.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam descobrir os impactos físicos, psicológicos e emocionais provocados pela violência obstétrica na vida de mulheres adolescentes durante e após a internação hospitalar e com isso propor estratégias de redução da violência, melhorando a assistência ao parto e nascimento, garantindo um cuidado livre de danos e mais seguro para a mulher e o recém-nascido;
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de submeter a menor a um tratamento, bem como não acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo; será garantido a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;
- III) Estou ciente que a pesquisa ocorrerá em duas etapas, e que a segunda etapa acontecerá quatro meses após a primeira.
- IV) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- V) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem-estar físico, nem a menos a qual sou responsável. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- VI) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que os dados pessoais não sejam mencionados;
- VIII) Caso deseje, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa. Estou ciente que receberei uma via deste termo de consentimento;
- () Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- () Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- IX) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, CEP: 58401 – 490, Campina Grande-PB, Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br; ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e à Delegacia Regional de Campina Grande.

Campina Grande - PB, _____ de _____ de 2021.

Responsável pela menor _____.

Testemunha 1: _____.

Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____.

Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto:

Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca, Enfermeiro Obstetra – COREN-PB 87315

Telefone para contato e endereço profissional: (83) 991039236 / Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS. Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF. AV. Juvêncio Arruda, 795 – Bodocongó, Campina Grande-PB. CEP. 58429-600.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP



Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José. CEP: 58107 – 670.

Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br.

Eu _____,

menor, estou sendo convidada a participar da pesquisa OS IMPACTOS EM GESTANTE ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA”. Este estudo tem como objetivo geral: investigar junto às mães adolescentes a ocorrência da violência obstétrica e seus impactos físicos, psicológicos e emocionais na vida dessas mulheres.

O estudo se faz necessário para que se possam descobrir os impactos físicos, psicológicos e emocionais provocados pela violência obstétrica na vida de mulheres adolescentes durante e após a internação hospitalar e com isso propor estratégias de redução da violência, beneficiando as usuárias e melhorando a assistência ao parto e nascimento, garantindo um cuidado livre de danos e mais seguro para a mulher e o recém-nascido.

Os riscos da pesquisa estão relacionados a prováveis constrangimentos em responder a entrevista. Buscando evitar prevenir situações constrangedoras, as entrevistas deverão respeitar a privacidade e serão realizadas em local adequado.

Fui informada pelo pesquisador Prof. Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca, End. Profissional - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS. Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF. AV. Juvêncio Arruda, 795 – Bodocongó, Campina Grande-PB. CEP. 58429-600 - cel. 83-991039236, de maneira clara e detalhada de todas as etapas da pesquisa. Estou ciente que a pesquisa ocorrerá em duas etapas, e que a segunda etapa acontecerá quatro meses após a primeira. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novos esclarecimentos e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que aceito participar do estudo, sabendo que tenho liberdade de recusar a responder qualquer questionamento sem que haja qualquer prejuízo seja ele físico, psicológico ou financeiro, bem como de retirar meu consentimento a qualquer momento. Caso deseje, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa. Estou ciente que receberei uma via deste termo de assentimento.

Se me sentir prejudicado (a) durante a realização da pesquisa, poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP para esclarecimentos no endereço abaixo discriminado:

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ HUAC, Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB, E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br, Telefone.: (83) 2101 – 5545.

Campina Grande-PB, ____ de _____ de 2021

Pesquisador (a) Responsável

Assinatura da menor/voluntária

Pais ou responsáveis

APÊNDICE E - Termo de Compromisso do Pesquisador



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP



Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José. CEP: 58107 – 670.

Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br.

Por este termo de responsabilidade, abaixo assinado, eu Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca, responsável, da pesquisa intitulada “OS IMPACTOS EM GESTANTE ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”, assumo cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de delegação de competência de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmo, outros sim, minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/HUAC/EBSER (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro) ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HUAC/EBSERH, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Em cumprimento às normas regulamentadoras, **declaro que a coleta de dados do referido projeto não foi iniciada** e que somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (CEPUFCG) e da Comissão de Ética em Pesquisa (CONEP), os dados serão coletados".

Campina Grande, 04 de dezembro de 2020.

Pesquisador

APÊNDICE F - Termo de Compromisso de Divulgação dos Resultados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP



Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José. CEP: 58107 – 670.

Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br.

Por este termo de responsabilidade, eu Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca, autor da pesquisa intitulada “OS IMPACTOS EM GESTANTE ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA” assumo o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Campina Grande, 04 de dezembro de 2020.

Pesquisador

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Anuência Institucional – ISEA



PREFEITURA DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA
Rua Vila Nova da Rainha, 147 - Centro - CEP: 58400-220 - Campina Grande - PB
☎ (083)3310-6356; FAX 3310-6388; E-mail: iseacg@hotmail.com

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Ana Luiza de Oliveira Martins, Coordenadora de Educação Permanente, Estágios e Pesquisa do Instituto de Saúde Elpidio de Almeida - ISEA, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: OS IMPACTOS EM GESTANTE ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, nesta maternidade, que será realizada no período de 08/03/2021a 08/12/2021, tendo como pesquisador o Prof. da Universidade Federal de Campina Grande, Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP, sob orientação do Prof. Dr. Gilberto Safra.

Campina Grande/ PB , 07 de Dezembro de 2020.


Ana Luiza de O. Martins
- Assessoria Técnica -
- Coordenação NUPEP -
- ISEA -

Ana Luiza de Oliveira Martins
Coord. NUPEP/ ISEA



HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA



ANEXO B – Termo de Anuência Institucional – ICV



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 10 de dezembro de 2020

Processo Nº: 22.881/2020

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A **Gerência de Educação na Saúde (GES)** está de acordo com a execução do projeto de pesquisa **“OS IMPACTOS EM GESTANTES ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.”**, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **EMANUEL NILDIVAN RODRIGUES DA FONSECA**, sob orientação de **PROF. DR. GILBERTO SAFRA**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) **INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS**, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Jeovana Stropp
 Agente Administrativo
 Mat. 74.459-0
 DGTES - SMS



Jeovana Stropp
Gerência da Educação na Saúde

ANEXO C – Folha de Rosto – Plataforma Brasil



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Os Impactos em Gestante Adolescente Vítima de Violência Obstétrica			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 40			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: EMANUEL NILDIVAN RODRIGUES DA FONSECA			
6. CPF: 022.801.064-00		7. Endereço (Rua, n.º): Rua Cláudio da Silva Aragão, 45 JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA 045 JOAO PESSOA PARAIBA 58052141	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: 83991039236	10. Outro Telefone:
		11. Email: emanuelnrf1975@gmail.com	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>04</u> / <u>12</u> / <u>2020</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal de Campina Grande		13. CNPJ: 05.055.128/0011-48	14. Unidade/Órgão: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
15. Telefone: (83) 2101-1228		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>BETÂNIA MARIA OLIVEIRA DE ANDRIM</u>		CPF: <u>968.167.124-09</u>	
Cargo/Função: <u>VICE-DIRETORA CCBS (em exercício)</u>			
Data: <u>04</u> / <u>12</u> / <u>2020</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			