



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E
SAÚDE

ANTONIA DE MARIA GOMES PAIVA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS E PROFISSIONAIS SOBRE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

FORTALEZA-CEARÁ

2019

ANTONIA DE MARIA GOMES PAIVA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS E PROFISSIONAIS SOBRE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para a obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dafne Paiva Rodrigues

FORTALEZA- CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Paiva, Antonia de Maria Gomes .

Representações sociais de puérperas e profissionais sobre violência obstétrica [recurso eletrônico] / Antonia de Maria Gomes Paiva. - 2019.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 119 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2019.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. .

Orientação: Prof.^a Dra. Dafne Paiva Rodrigues.

1. Violência Obstétrica. 2. Parto. 3. Parto Humanizado. 4. Enfermagem. I. Título.

ANTONIA DE MARIA GOMES PAIVA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS E PROFISSIONAIS SOBRE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para a obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Aprovada em: 01 julho de 2019

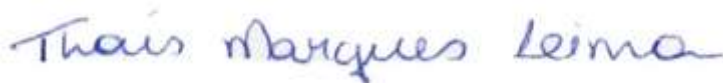
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Dafne Paiva Rodrigues- UECE
(Orientadora e Presidente)



Prof.ª Dr.ª Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos- UECE
(1º membro efetivo)



Dr.ª Thaís Marques Lima- FATENE
(2º membro efetivo)

Às puérperas e profissionais que participaram
dessa pesquisa, possibilitando a sua realização.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir sonhar, ter a capacidade de transformar sonhos em objetivos e por me proporcionar saúde e força de vontade para tornar meus sonhos reais.

Ao meu companheiro de vida Ramon, que sempre apoiou minhas decisões, aceitou a minha ausência de casa e assumindo a responsabilidade de cuidar da nossa casa, da nossa filha e dos nossos pets.

Aos meus pais, Raimunda e Gonçalo, por todo o amor, incentivo e motivação dedicados.

Aos meus irmãos, Jean e Jerferson, por todo o suporte (inclusive técnico).

À minha rede de apoio, composta por pessoas que se fizeram presentes, preenchendo lacunas que deixei, minha sogra Marta, minha cunhada Solange, que foram o apoio da minha filha na minha ausência.

Aos meus cunhados e padrinhos, Raline e Eric, que me acolheram e fizeram da sua casa, a minha.

À querida Karina, que foi meu ponto de apoio durante esta caminhada.

À Fabrícia, que mesmo fisicamente distante, esteve presente nas minhas decisões, pelas palavras de apoio e incentivo de sempre!

À minha orientadora, prof.^a Dr.^a Dafne, pelos ensinamentos, apoio e exemplo.

Aos membros do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem e do Programa Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Aos meus colegas da turma XIII, por tantos momentos e sentimentos partilhados.

Aos membros da banca, Prof.^a Dr.^a Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos, Prof.^a Dr.^a Thais Marques Lima e Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Duarte Pereira, pelos ensinamentos e contribuições.

Aos profissionais e puérperas do Hospital Municipal Dr. José Evangelista de Oliveira e do Hospital João Elísio de Holanda, por possibilitar a realização desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio financeiro.

“Para mudar o mundo, primeiro é preciso
mudar a forma de nascer.”

(Michel Odent)

RESUMO

A violência obstétrica é um problema de saúde pública que gera graves consequências para as mulheres, havendo a necessidade de minimizar sua ocorrência. Assim, este trabalho objetivou apreender as representações sociais de puérperas e profissionais a respeito da violência obstétrica. Estudo exploratório, com abordagem multimétodo, orientado pela Teoria das Representações Sociais. A realização da pesquisa aconteceu em duas maternidades públicas, uma localizada no interior e outra na região metropolitana de Fortaleza, no estado do Ceará, no período de novembro de 2018 a janeiro 2019. Participaram da pesquisa 28 profissionais e 283 puérperas, utilizando-se, para a coleta de dados, Teste de Associação Livre de Palavras, com os estímulos indutores *parto*, *ser cuidada no parto/cuidar no parto* e *maus tratos no parto* e entrevista semiestruturada. As informações, do TALP foram transcritas e processadas com o suporte do software Tri-Deux-Mots versão 5.1 e analisadas a partir da correspondência fatorial. As obtidas através da entrevista semiestruturada foram processadas pelo *software* IRAMUTEQ. A faixa etária predominante em puérperas foi a de 20 a 35 anos, com maioria vivendo em união estável, sem trabalho remunerado, e sendo católicas. Os profissionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos, atuavam na profissão há mais de dois anos. O conteúdo das evocações referentes às puérperas revelou forte caráter social e da experiência pessoal para a formação das representações sociais, enfatizando aspectos do relacionamento interpessoal como os principais fatores ligados à violência obstétrica. Os profissionais possuem visão abrangente da violência obstétrica, porém, enfatizam aspectos técnicos. Após a Classificação Hierárquica Descendente, pelo *software* IRAMUTEQ, do *corpus* dos profissionais emergiram quatro classes, denominadas da seguinte forma: classe 1- *Importância da empatia no enfrentamento da violência obstétrica*. Classe 2- *Violência verbal e psicológica*. Classe 3- *Práticas não recomendadas*. Classe 4: *Assistência de baixa qualidade e estratégias para mudança do cenário do parto*. Quanto às puérperas, emergiram seis classes: classe 1- *Pontos marcantes da internação*. Classe 2- *O que precisa melhorar no atendimento*. Classe 3- *Como avaliam o atendimento recebido* Classe 4- *Percepção dos maus tratos* Classe 5- *Acesso à maternidade*. Classe 6: *Cesariana como solução*. Destaca-se que a violência obstétrica encontra apoio e é disseminada em atitudes fortemente atreladas às práticas utilizadas nas maternidades, incorporadas e reproduzidas ao longo de anos, podendo ser imperceptíveis, mas, sempre criando sequelas.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Parto. Parto Humanizado. Enfermagem.

ABSTRACT

Obstetric violence is a public health problem that has serious consequences for women, with the need to minimize its occurrence. Thus, this work aims to apprehend as social representations of people and professionals by respecting obstetric violence. Exploratory study, with a multimedia approach, guided by the Theory of Social Representations. The research took place in two public maternity hospitals, one located in the interior and the other in the metropolitan area of Fortaleza, in the state of Ceará, without a period from November 2018 to January 2019. 28 professionals and 283 puerperal women participated in the research, using, for data collection, Free Association of Words Test, with labor inducing stimuli, delivery treatment / delivery treatment and delivery maltreatment and semi-structured interview. As information, the TALP was transcribed and processed with support for Tri-Deux-Mots software version 5.1 and analyzed using factorial correspondence. How to engage through semi-structured interviews were processed by the IRAMUTEQ software. The predominant age group in puerperal women was 20 to 35 years, with the majority living in a stable union, without paid work and being Catholic. Obstetric violence is a public health problem that has serious consequences for women, with the need to minimize its occurrence. Thus, this work aims to apprehend as social representations of people and professionals by respecting obstetric violence. Exploratory study, with a multimedia approach, guided by the Theory of Social Representations. The research took place in two public maternity hospitals, one located in the interior and the other in the metropolitan area of Fortaleza, in the state of Ceará, without a period from November 2018 to January 2019. 28 professionals and 283 puerperal women participated in the research, using, for data collection, Free Association of Words Test, with labor inducing stimuli, delivery treatment / delivery treatment and delivery maltreatment and semi-structured interview. As information, the TALP was transcribed and processed with support for Tri-Deux-Mots software version 5.1 and analyzed using factorial correspondence. How to engage through semi-structured interviews were processed by the IRAMUTEQ software. The predominant age group in puerperal women was 20 to 35 years, with the majority living in a stable union, without paid work and being Catholic. The professionals, nurses, nursing technicians and doctors, had worked in the profession for more than two years. The content of evocations referring to the puerperal women revealed a strong social character and personal experience for the formation of social representations, emphasizing aspects of interpersonal relationships as the main factors linked to obstetric

violence. The professionals have a comprehensive view of obstetric violence, however, they emphasize technical aspects. After the Descending Hierarchical Classification, by the IRAMUTEQ software, from the professionals' corpus, four classes emerged, named as follows: class 1- Importance of empathy in coping with obstetric violence. Class 2- Verbal and psychological violence. Class 3- Practices not recommended. Class 4: Low quality care and strategies for changing the birth scenario. As for the puerperal women, six classes emerged: class 1- Marking points of hospitalization. Class 2- What needs to improve in service. Class 3- How they evaluate the care received Class 4- Perception of abuse Class 5- Access to maternity. Class 6: Cesarean section as a solution. It is noteworthy that obstetric violence finds support and is disseminated in attitudes strongly linked to the practices used in maternity hospitals, incorporated and reproduced over the years, which may be imperceptible, but always creating sequels.

Keywords: Obstetric Violence. Childbirth. Humanized Childbirth. Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC	Análise Fatorial de Correspondência
BCF	Batimentos Cardíofetais
CE	Ceará
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPF	Correspondência por Fator
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CPN	Centro de Parto Normal
GRUPESME	Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRAMUTEQ	Interface de R Pour Les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPH	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PPCCLIS	Programa Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde
PPP	Pré-Parto, Parto e Puerpério
ST	Segmentos de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Teste de Associação Livre de Palavras
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TP	Trabalho de Parto
TRS	Teoria das Representações Sociais
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	GERAL.....	19
2.2	ESPECÍFICOS.....	19
3	BASES CONCEITUAIS E TEÓRICAS DO ESTUDO.....	20
3.1	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA A PARTIR DA REALIDADE BRASILEIRA	20
3.2	CUIDADO DE ENFERMAGEM AO TRABALHO DE PARTO E PARTO NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO.....	24
3.3	A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	28
4	METODOLOGIA.....	31
4.1	NATUREZA E TIPO DE ESTUDO.....	31
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	31
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	33
4.4	PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	33
4.4.1	Técnica de Associação Livre de Palavras.....	34
4.4.2	Entrevista Semiestruturada.....	35
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	36
4.5.1	Análise fatorial de correspondência a partir do <i>software</i> Tri-Deux-Mots...	36
4.5.2	Análise lexical a partir do <i>software</i> IRAMUTEQ.....	38
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	39
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	40
5.2	ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA DAS EVOCAÇÕES DE PUÉRPERAS E PROFISSIONAIS.....	44
5.3	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS E PUÉRPERAS.....	53
5.3.1	Representações sociais de profissionais sobre violência obstétrica.....	53
5.3.1.1	Classe 1- Importância da empatia no enfrentamento da violência obstétrica	55
5.3.1.2	Classe 2- Violência verbal e psicológica.....	57
5.3.1.3	Classe 3- Práticas não recomendadas.....	59
5.3.1.4	Classe 4 Assistência de baixa qualidade e estratégias para mudança de	

	enfrentamento.....	61
5.3.2	Representações sociais de puérperas sobre violência obstétrica.....	64
5.3.2.1	Classe 5: Acesso à maternidade.....	66
5.3.2.2	Classe 6: Cesariana como solução.....	68
5.3.2.3	Classe 2: O que precisa melhorar.....	70
5.3.2.4	Classe 1: Ambiência.....	71
5.3.2.5	Classe 3: Avaliação do atendimento.....	72
5.3.2.6	Classe 4: Como concebem os maus-tratos.....	74
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
	REFERÊNCIAS.....	79
	APÊNDICES.....	89
	APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	90
	APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PAIS.....	91
	APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO PARA AS GESTANTES ADOLESCENTES.....	92
	APÊNDICE D- ROTEIRO PARA DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS PUÉRPERAS.....	93
	APÊNDICE E- FORMULÁRIO ESTÍMULOS INDUTORES TALP.....	94
	APÊNDICE F- ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PUÉRPERAS.....	95
	APÊNDICE G- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E SCLARECIDO PARA ROFISSIONAIS.....	96
	APÊNDICE H- ROTEIRO DADOS CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL	97
	APÊNDICE I- ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PROFISSIONAIS.....	98
	APÊNDICEJ-DICIONÁRIO DE PALAVRAS.....	99
	ANEXOS.....	102
	ANEXO A- ANUÊNCIA HOSPITAL IPU.....	103
	ANEXO B- ANUÊNCIA HOSPITAL MARACANAÚ.....	104
	ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO CEP UECE.....	105
	ANEXO D-RELATÓRIO TRI-DEUX-MOTS.....	108

1 INTRODUÇÃO

A incorporação de práticas violentas durante o parto data do final do século XIX, quando a esfera obstétrica deixou de pertencer ao feminino e passou a incorporar a prática médica, havendo, a partir de então, a busca pelo controle do evento biológico do parto. A migração de parturientes para unidades hospitalares, trouxe consigo vários pontos negativos, como o isolamento social das mulheres, com consequente exclusão de familiares e entes queridos do evento que é o nascimento de mais um membro da família (PASCHE *et al*, 2010; RATTNER, 2009).

A imposição de rotina hospitalar rígida, com modelo de tratamento ao parto pré-estabelecido, impositivo, generalista e muitas vezes abusivo, que se manifestou pela medicalização de um evento natural, preconizando práticas intervencionistas em detrimento do cuidado pautado nas reais necessidades dessas mulheres, acaba por violar muitos dos direitos de mulheres e de suas famílias.

Essa apropriação do espaço e corpo feminino teve início com a institucionalização do parto, quando a mulher deixou de ser a figura principal do processo de parturição, passando seu protagonismo ao profissional médico, que a partir de então, dentro do modelo tecnocrata, é a figura de maior importância, comumente determinando o tipo de parto a ser realizado, bem como melhor momento e condições para seu acontecimento (SILVEIRA *et.al*, 2010).

Guiados pela necessidade de melhorar os indicadores maternos e neonatais, o evento do nascimento foi institucionalizado, acontecendo, a partir de então, em unidades hospitalares, onde predominam regras que visam à maior segurança do binômio mãe-filho, prevalecendo, em nome desta segurança, as imposições institucionais, em detrimento, muitas vezes, das necessidades e desejos das parturientes e familiares.

Em consequência do modelo tecnicista de assistência ao parto adotado no Brasil, esse se tornou o país com a maior taxa de cesarianas do mundo, chegando a exorbitantes 56% de todos os partos do país, entre rede privada e Sistema Único de Saúde (SUS), com a justificativa de melhorar os índices maternos e neonatais. Essa taxa se manteve constante ao longo de vários anos, com curva ascendente, havendo discreta modificação de sua ascensão no ano de 2016, quando se estabilizou (BRASIL, 2015).

Vale ressaltar que a taxa de cesarianas aceita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 10% e índices acima desse percentual não estão ligadas a redução de mortalidade

materna e neonatal. A relação entre taxas acima de 30% é diretamente proporcional às de mortalidade do binômio, por fatores que envolvem complicações cirúrgicas, infecções e nascimento de crianças prematuras. Apesar das cesarianas serem de suma importância para a população, devem ser indicadas com precaução e realizadas adequadamente, considerando os riscos inerentes a ela (WHO, 1985).

Assim, a violência institucional, presente na prática profissional há muitos anos, vem se apresentando de maneiras diferentes, mas sempre refletindo uma relação desigual onde o indivíduo que se encontra em posição privilegiada impõe sua maneira de agir e o menos favorecido acaba por aceitar esta imposição.

Em decorrência da banalização de práticas abusivas a gestantes e parturientes serem frequentes nos cotidianos hospitalares, o termo violência obstétrica (VO) foi criado para unificar todas as formas de maus tratos ocorridos durante a gestação, parto e puerpério, realizados por profissionais que prestam assistência.

O referido termo é utilizado para designar vários tipos de abusos, sejam agressões física, psicológica, verbal, simbólica ou sexual, além de negligência, discriminação, condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas. Ela pode acontecer no momento da gestação, parto, nascimento ou puerpério, inclusive no atendimento ao abortamento (BRASIL, 2017).

A violência no parto nas concepções de Venturi *et al.*, (2013), e Silva *et al.*, (2014), é qualquer ato ou intervenção ao binômio mãe-filho realizado sem o prévio consentimento da mulher ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências.

O Ministério da Saúde (MS), (2012), através de sua ouvidoria, constatou que 12% das queixas de mulheres se referiam ao tratamento desrespeitoso, estando incluídos nesse, queixas de terem sofrido agressões verbais e físicas, além de não terem sido ouvidas, consultadas ou respondidas em suas necessidades, reforçando a VO como problema de saúde pública.

Em contrapartida da violação de direitos das parturientes, o MS e a OMS se utilizaram de publicações e recomendações com vistas à melhoria da qualidade da assistência materna e infantil, com recomendações sobre tecnologias para atenção a nascimentos e partos e evidência da necessidade de nova postura profissional, através da qualificação da mão de obra obstétrica.

Mediante às publicações do MS e da OMS, pode-se perceber um direcionamento do foco da assistência obstétrica para as necessidades das parturientes, o que coloca a enfermagem em posição privilegiada, visto que o cuidado é inerente ao seu contexto de trabalho.

Considerando que o cuidado clínico de enfermagem é objeto da profissão de enfermagem, passível de ser aplicado em todas as suas áreas de atuação, neste estudo evidenciaremos as representações sociais de parturientes e profissionais da saúde sobre a VO durante o trabalho de parto (TP) e parto, com vistas à melhoria da qualidade do cuidado prestado.

Nesse contexto, a enfermagem absorveu muitas influências da prática médica, sejam o olhar centrado no corpo, nos sintomas e signos, classificação e compartimentação das pessoas que recebem o cuidado, relações interpessoais baseadas no poder, valorização de instrumentos tecnológicos como estratégia para eliminação do sofrimento humano. Assim, a enfermagem dirigiu sua atenção para a manutenção da organização de espaços e corpos para o poder médico agir (SILVEIRA *et al.*, 2013).

Apesar do movimento que caminha para a melhoria da qualidade do cuidado, muito ainda se pode ver de negativo na prática obstétrica no Brasil e no mundo, através de procedimentos que não são cientificamente comprovados como benéficos e até mesmo contraindicados. Tais práticas, ainda são realizadas rotineiramente em muitas maternidades, especialmente as que são conveniadas ao SUS.

Em face a este contexto da necessidade de mudança de práticas obstétricas por parte dos profissionais de saúde, visando contribuir com as práticas mais humanizadas, e que considerem os contextos sociais dos sujeitos assistidos, este estudo terá como questão norteadora: Como as condutas que compõem a VO são compreendidas por parturientes e por profissionais de saúde?

O interesse em pesquisar as representações sociais de parturientes usuárias do SUS e de profissionais que realizam o cuidado, na perspectiva da VO, através do referencial teórico das Representações Sociais surgiu da inquietação profissional frente à observação de práticas de cuidados obsoletas e impessoais nos cotidianos de cuidado, que se materializam em uma assistência de baixa qualidade e com desfechos indesejados para o binômio mãe-filho, situação que marca profundamente esta relação durante sua história de vida.

Partindo do pressuposto de que, para que haja mudanças na postura e prática profissionais, é necessário o conhecimento prévio por parte dos indivíduos envolvidos nesta

relação, que é sempre uma relação de cuidado. Desta feita, é necessário se apropriar do significado construído pelos profissionais sobre a prática assistencial adotada. Nesse contexto, a Teoria das Representações Sociais (TRS), mostra-se adequada para investigar esse fenômeno, visto que se consiste, segundo Jodelet (2001) em uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Desta forma, investigar a percepção das parturientes e profissionais da saúde sobre os diferentes aspectos da VO permite perceber o que as práticas que compõem a VO significam para os grupos estudados, pois, a prática profissional permite observar, em diversas ocasiões, que mulheres pedem a realização de procedimentos atualmente em desuso, ou que devem ser utilizadas com maior cautela, como uso de ocitocina sintética e manobra de Kristeller.

Justifica-se também a realização deste estudo pelas observações realizadas na trajetória acadêmica da pesquisadora, quando o seu primeiro encontro com o campo da obstetrícia aconteceu durante a graduação, ao ter presenciado a realização de um parto gemelar, a fórceps, experiência traumática para ela, enquanto que tal situação, foi percebida com naturalidade pelos profissionais de saúde que ali se encontravam.

Posteriormente, ainda durante a graduação, ingressou em curso de extensão em Enfermagem Obstétrica e Neonatológica, tendo a oportunidade de estabelecer um forte vínculo com a obstetrícia, pela ampla carga horária de prática imersiva que tal curso proporcionou. Além da experiência de atuação prática, foi apresentada à cruel realidade que as mulheres vivenciavam no contexto do parto, sofrendo procedimentos dolorosos sem anestesia ou analgesia, além de abusos verbais, físicos e psicológicos.

Ao iniciar o exercício da profissão, em hospital geral, localizado em cidade do interior do Ceará, era necessário atuar em vários segmentos da enfermagem. Sendo a obstetrícia um deles, tornou-se para a pesquisadora a área de atuação mais gratificante, mas que também requeria maior atenção, considerando todos os aspectos que a envolvem. Neste ínterim, dez anos após a graduação, teve ainda que ingressar na área da docência, na educação profissional em enfermagem, em nível técnico, situação que se configurou em múltiplos desafios, e na percepção das principais fragilidades que compunham a formação de futuros profissionais de enfermagem e consequentemente na necessidade de superar o então vigente modelo tradicional de assistência à saúde.

No decorrer do exercício da profissão, surgiram oportunidades de se especializar em áreas como Saúde do Adolescente, e em Enfermagem Obstétrica e Neonatal, área de maior identificação pessoal e de exercício profissional desde então. Com a prática da enfermagem obstétrica já mais consolidada, surgiu grande inquietação por perceber um distanciamento entre o cuidado realizado pelos profissionais e as recomendações para a prática baseadas em evidências científicas, somando-se a isso, constantes abusos praticados por profissionais e instituições bem como a postura passiva que essas mulheres apresentavam diante de situações vivenciadas.

Ao ingressar no Programa Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde-PPCCLIS da Universidade Estadual do Ceará-UECE, materializou a possibilidade de investigar os fatores que norteiam os princípios da atuação dos profissionais na obstetrícia e como as puérperas concebem as práticas abusivas durante a hospitalização para o parto. Com a participação nas reuniões do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem (GRUPESME) e o compartilhamento de experiências provenientes de diversas instituições hospitalares, a relevância do tema tornou-se mais evidente, por ser constatado que as mulheres têm, em grandes proporções, seus direitos violados.

Diante do exposto, torna-se evidente a importância de compreender o que representa, para profissionais de saúde e puérperas usuárias do SUS, as práticas profissionais que culminam em VO. Em face de que, o entendimento do que representa essas atitudes, pode reverberar em modos de cuidado adequado para este fim.

Este estudo parte do pressuposto de que para combater a VO através da mudança da assistência, é necessário identificar que concepção os sujeitos envolvidos têm sobre a mesma. Nesse sentido, recorreu-se à TRS, que se ocupa em estudar o conhecimento individual do qual as pessoas se utilizam para interpretar e compreender sua realidade social (MOSCOVICI, 1978).

Acredita-se que a TRS possibilita a identificação da percepção que os profissionais possuem da VO, já que de acordo com Moscovici (1978), as RS são um produto da maneira pela qual os seres humanos captam o mundo que os rodeia, processam essas informações, através dos mecanismos de ancoragem e objetivação e formula suas próprias percepções. Dessa forma, compondo-se num instrumento de análise de uma realidade social.

Nesse sentido, a realização desta pesquisa contribuirá para o avanço científico da enfermagem, tendo em vista que o conhecimento dos motivos que impulsionam os profissionais a tomar atitudes é de fundamental importância para direcioná-las positivamente,

ou seja, para o benefício de todos os atores envolvidos na prática, considerando que a produção do conhecimento é um processo de construção e desconstrução, onde são considerados vários fatores que se somam e consolidam.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Apreender as representações sociais de puérperas e profissionais de saúde sobre a violência obstétrica.

2.2 ESPECÍFICOS

Traçar o perfil sociodemográfico das puérperas e profissionais;

Identificar as representações sociais de puérperas a respeito da violência obstétrica;

Descrever os elementos constituintes das representações sociais sobre violência obstétrica para profissionais de saúde e puérperas.

3 BASES CONCEITUAIS E TEÓRICAS DO ESTUDO

3.1 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA A PARTIR DA REALIDADE BRASILEIRA

A violência obstétrica vem pontualmente sendo evidenciada de várias maneiras através dos tempos, na literatura científica. O termo “violência obstétrica” foi criado pelo médico Rogelio Pérez D’Gregorio, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, e desde então vem sendo utilizado para designar várias formas de abusos, através de atitudes e procedimentos tidos como violentos realizados durante o atendimento e assistência ao parto (MARIANI, 2016).

Vários autores diante de perspectivas diferentes, buscaram definir a VO. Assim, podemos citar a de Juarez *et al.* (2012), onde consiste em qualquer ato exercido por profissionais da saúde, no contexto do cuidado obstétrico, em relação que se manifeste através de atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização ou transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos.

Tesser *et al.* (2015), afirmam que a expressão VO, é utilizada para descrever e incluir diversas formas de violência durante a prática obstétrica profissional. Agrupa maus tratos físico, psicológico e verbal, assim como procedimentos desnecessários e danosos como episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister evacuativo, tricotomia pubiana, uso de ocitocina sintética de rotina e ausência de acompanhante de livre escolha da parturiente durante o TP e parto.

A Rede Parto do Princípio, formada por mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro, que luta pela promoção da autonomia das mulheres elaborou, a partir da reunião de informações sobre a violência institucional na assistência à gestação, ao parto e ao nascimento um dossiê intitulado “Parirás com dor”, para ser entregue à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência contra a Mulher o Dossiê em 2012. Neste documento consta a caracterização dos tipos de violência obstétrica em **violência obstétrica física**: realização de práticas invasivas, administração de medicações sem respeitar as condições biológicas para o nascimento e estado de saúde da mãe e bebê; **violência obstétrica psíquica**: omissão de informações a respeito da evolução do TP, tratamento grosseiro, desumano, discriminatório e humilhante; **violência obstétrica sexual**: qualquer ação que viole a intimidade ou pudor, interferindo na integridade sexual da mulher, independente de contato com os órgãos sexuais (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Além dessas, na prática, podemos identificar a VO na peregrinação de gestantes em várias unidades de saúde em busca de atendimento e de leitos hospitalares; na ausência de escuta qualificada; na negligência e maus-tratos; na transferência de leitos para o momento da expulsão do feto, devido a unidades hospitalares não disporem de leitos de pré-parto, parto e puerpério (PPP), nos modos grosseiros de se relacionar, na omissão de informações a respeito da evolução do TP, no isolamento de recém-nascidos saudáveis da mãe, logo após o nascimento, impedindo o contato pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida, dentre outros, vivenciados no cotidiano de muitas instituições, o que nos leva a relacionar a VO a imperícia e negligência (SANTOS, SOUZA, 2015).

A prática indiscriminada de cesarianas é outro ponto de grande importância na referida temática, pois o Brasil encontra-se entre os países com maior índice de cesarianas, refletindo má qualidade na assistência, já que o consenso mundial demonstra que taxas de cesarianas acima do ideal, 10 a 15% dos partos, não estão relacionadas a melhoria dos índices de morbimortalidade maternas e infantis (BRASIL, 2015).

Entende-se, na perspectiva do mesmo autor, que a cirurgia cesariana representa importante avanço da medicina, capaz de trazer benefícios e salvar vidas, quando bem indicado e executado, porém, como ato cirúrgico que é, possui riscos inerentes, que podem ser permanentes ou se percebidos no decorrer de vários anos, a partir da realização da cirurgia, podendo afetar a saúde da mulher e do seu filho, além da possibilidade de comprometimento de futuras gestações. Assim, sua prática indiscriminada não está relacionada a melhoria de indicadores materno- infantis e sim ao efeito contrário, como aumento de taxas de partos prematuros. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados.

Vários aspectos se relacionam à grande incidência de partos abdominais, desde a conveniência profissional, até a representação equivocada, por parte das mulheres, de benefícios desta via de parto em detrimento do parto vaginal. Muitas mulheres relacionam o parto vaginal a dor, isolamento social e violação dos seus direitos básicos, como alimentação. Assim, em decorrência de experiências negativas vivenciadas no momento do parto, muitas mulheres procuram por partos cirúrgicos como alternativa para se esquivar de maus tratos e desfechos indesejáveis.

Em pesquisa realizada com mulheres em serviços públicos e privados, Bittencourt *et al.*, (2013) encontraram, como resultados, que há influência cultural e familiar na escolha da

via de parto; o parto normal é visto como sinônimo de dor e sofrimento e que a falta de orientações durante o pré-natal é um fator determinante para a escolha do tipo de parto.

Portanto, experiências vivenciadas por outras mulheres do ciclo social tem grande importância para o direcionamento de seus pares. Assim, as experiências negativas ou positivas vivenciadas por mulheres que convivem juntas vão influenciar nas escolhas de outras mulheres que convivem no mesmo grupo. A falta de esclarecimento a respeito das indicações do parto cirúrgico reflete uma falha no pré-natal. Neste sentido, o parto passou a ser vivenciado como um momento de intenso sofrimento físico e psicológico.

A associação a sentimentos negativos, por parte das gestantes em relação ao parto vaginal, como medo, tensão e dor impedem o processo fisiológico do parto normal, o que acarreta em práticas intervencionistas, que na maioria das vezes poderiam ser evitadas (BRASIL, 1996).

O uso abusivo de cesarianas nos últimos 30 anos pode ser atribuído a fatores como honorários maiores para profissionais para a realização de partos abdominais, possibilidade de agendamento e atendimento de quantidade maior de pacientes, devido ao tempo reduzido destinado ao procedimento cirúrgico e possibilidade de esterilização cirúrgica clandestina no momento do parto (BRASIL, 2001).

A pesquisa Nacer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento, de base populacional e abrangência nacional, sobre atenção à gestação e ao parto, realizada no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012 revela que apenas 5% dos partos vaginais brasileiros ocorrem sem intervenções e 25% das mulheres revelam que sofreram algum tipo de intervenção no decorrer da gestação, seja no acompanhamento pré-natal ou durante o internamento para o parto (LEAL et al., 2012).

Nas perspectivas de Aguiar e D'Oliveira (2011) e Pereira *et al.*, (2016), a VO nos serviços públicos brasileiros pode ser visualizada através do prisma da violência de gênero, onde pobreza e o fato de ser mulher determinam uma relação de poder onde as pacientes são vistas e tratadas como objetos de intervenção profissional, perdendo sua autonomia e consequentemente, sua dignidade como seres pensantes capazes de tomar decisões.

Através da observação de meios de comunicação, como blogs, podemos perceber que há um movimento crescente no sentido de divulgação das diversas faces da VO e sua presença em atitudes profissionais que se realizam há vários anos, bem como suas consequências nas vidas de mães e bebês.

Estes movimentos, na maioria dos casos, visam à informação como medida de protetiva, enfatizando a importância do respeito à autonomia de mulheres, qual o tipo de atendimento adequado e a quais procedimentos as mulheres não devem aceitar se submeter, além de informações sobre direitos garantidos por lei, mas que comumente não são respeitados.

Apesar da magnitude desta violência e da gravidade de suas consequências e sequelas, só recentemente foi criada no Brasil, lei que a tipifique, diferente de outros países da América Latina, como a Argentina, que foi pioneira. Reconheceu a VO em 17 de setembro de 2004, através da lei 25.929, também conhecida como *Ley de Parto Humanizado*, que garante, entre outros direitos, a mães e pais, viver o TP, parto e pós-parto com liberdade de decisão, consciência e respeito (ARGENTINA, 2004).

Em seguida, a Venezuela, em 2007 tipificou a VO como delito, ao sancionar a *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, que fala sobre a apropriação, por profissionais de saúde, do corpo da mulher e seus processos reprodutivos, demonstrado através de cuidado desumano, com uso abusivo de medicação, patologização dos processos naturais do parto, tolhendo, dessa forma, a autonomia das mulheres sobre seus corpos e sexualidade, interferindo negativamente na qualidade de vida das mesmas (VENEZUELA, 2007).

No Brasil, de acordo com a lei 17097, de 17 de janeiro de 2017, a VO é definida como todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as gestantes, mulheres em TP, ainda, no puerpério. Podemos perceber que a lei brasileira possui caráter mais abrangente do que o consenso internacional, pois inclui, entre os possíveis causadores de VO, os familiares e acompanhantes (BRASIL, 2017).

Podemos perceber, que a VO está relacionada à utilização de tecnologias e de práticas intervencionistas, muitas vezes desnecessárias, em um contexto hospitalocêntrico e tecnocrata obsoleto diante das reais necessidades do binômio mãe- filho.

Desta forma, o enfrentamento da VO deve ser encarado como uma questão prioritária para o setor de saúde, pois representa cuidado falho, sob o aspecto da satisfação de parturientes e familiar e da qualidade do cuidado e dos desfechos consequentes deste, além da perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde.

Conforme Aguiar (2010), a violência é uma construção social, que está presente na estrutura da sociedade em que estamos inseridos. A violência de gênero no momento do

parto é tão perpetrada e interligada na estrutura social, que muitas mulheres nem sequer percebem sofrer abuso. É nesse ambiente de reconhecimento e maximização dos direitos humanos que a mulher pode e deve ser protagonista: cabe a ela decidir sobre seu próprio corpo.

Considerando o exposto, a violência é reconhecida como uma questão social e da saúde, e tem sido tema de pesquisa em diversos países. Essas pesquisas mostram que, para além dos problemas econômicos e de infraestrutura que os diversos serviços de saúde sofrem, encontram-se aspectos socioculturais relacionados às práticas violentas de caráter institucional

3.2 CUIDADO DE ENFERMAGEM AO TRABALHO DE PARTO E PARTO NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO

Com o advento da institucionalização dos nascimentos, o foco do processo parturitivo passou a ser as instituições responsáveis pelo cuidado e profissionais que nela atuam. Assim, o modelo tecnocrático instaurado na assistência à saúde no Brasil englobou a obstetrícia, dominado pela figura médica, afirmando modelo tecnocrático, que encontrou na obstetrícia um vasto campo de atuação. A migração das mulheres de suas residências para os hospitais, para parir, foi realizada com vistas à diminuição da morbimortalidade materna e fetal, porém não aconteceu a melhoria esperada. Assim o modelo vigente passa por críticas e em resposta a isso, pode-se observar um movimento da sociedade organizada e do MS em busca da mudança deste paradigma e alcance de melhores índices materno-infantis (SANTOS, 2016).

Desta forma, o MS ao longo dos anos, vem criando programas que subsidiem essa mudança de atitude, podendo, cronologicamente serem mencionados, entre os anos de 1974 a 1978, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil –PNSMI, que contemplava a Saúde Materno-Infantil, tendo o compromisso com as demandas relativas à gravidez e ao parto, porém apresentava uma visão da mulher limitada à dimensão biológica e ao papel social de mãe e dona do lar, objeto de reprodução.

Os programas se caracterizavam pela verticalidade e falta de integração com outros programas e ações governamentais. As metas eram definidas sem participação de todas as esferas governamentais ou avaliação das necessidades de saúde das populações locais, cumprindo um papel normativo e prescritivo, cujo resultado foi a fragmentação da assistência (BRASIL, 2004 a).

Houve, a partir deste momento, a reivindicação, por organizações femininas, pela mudança de perspectiva pela qual essas mulheres eram vistas, explicitando suas reais necessidades e consideração de particularidades de populações diferentes, seja por causa de suas condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, necessárias para atendimento integral à saúde das mulheres (SANTOS, 2016).

Em 1984, num contexto de ressignificação das ações de saúde, diante do advento da Reforma Sanitária, foi elaborado, pelo MS (2004b) o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que trouxe como inovações propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. O processo de construção do SUS determina na implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Na 23ª Conferência Sanitária Pan-americana, o Brasil firmou compromisso de redução de 50% da mortalidade materna para a década corrente. Em agosto de 1993 foi aprovada pela portaria nº1.016, com as Normas Básicas para Implantação do Sistema de Alojamento Conjunto. Em 1998 foi divulgada a portaria n.º 2.815, de 29 de maio, que se refere à inclusão na tabela do sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS) o grupo de procedimentos referentes ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra, representando grande avanço para esta categoria profissional (BRASIL, 1993; BRASIL, 1998).

Com a portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999 foram criados os Centros de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. A criação deste espaço consistiu em avanço para a melhoria da qualidade da assistência, pois possui direcionamento para as necessidades das parturientes e familiares, prevendo leitos PPP e estrutura física que comporte acompanhante. Para enfermeiros obstetras, configurou-se em um ambiente de maior autonomia profissional, visto que a equipe mínima prevê enfermeiro obstetra em sua composição (BRASIL, 1999).

No ano 2000, podemos citar duas portarias que foram lançadas, a nº 569, de 1º de junho e a nº 466, de 14 de junho. A primeira institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PNPH), no âmbito do SUS e a segunda estabelece como competência dos estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital, de percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos realizados, demonstrando preocupação governamental com as altas taxas de partos cirúrgicos realizados e desfechos indesejados (BRASIL, 2000 a; BRASIL, 2000 b).

Em 2004 foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal a fim de promover a melhoria da atenção obstétrica e neonatal com participação dos gestores das três esferas de governo e a sociedade em amplo diálogo. Também foi instituído a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em parceria com diversos setores da sociedade (BRASIL, 2004 a; BRASIL, 2004 b).

Podemos perceber, através dos marcos legais citados acima, que o MS atribui à humanização da assistência a possibilidade de solução para os problemas encontrados no atual modelo de cuidado prestado. Assim, as políticas de cuidado brasileiras estão pautadas no caráter humanístico, priorizando a integralidade e a valorização de crenças e modos de vida de cada sujeito cuidado.

O termo *humanização*, de acordo com o Brasil (2017), diz respeito a uma abordagem ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética no que se refere ao processo de produção de saúde e de subjetividades autônomas protagonistas; política porque se refere à organização social das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

A enfermagem, pela sua própria prática profissional, possui posição de destaque para o cuidado a pacientes. Especificamente, o enfermeiro obstetra ou obstetriz, no cuidado a parturientes e seus filhos. Conforme o Conselho Federal de Enfermagem COFEN (2016), para a formação deste profissional, é necessária, além de carga horária de estudos, critérios mínimos de atividade prática para a obtenção do título de enfermeiro obstetra, de acordo com a Resolução 516/2016 do COFEN.

No cenário atual, o trabalho destes profissionais tem sido incentivado pelas políticas nacionais de saúde, com o financiamento, por parte do MS durante alguns anos de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, devido à compatibilidade dessa formação com as tendências contemporâneas de atenção à gestação, parto e puerpério. Em decorrência da importância desta profissão, os enfermeiros obstetras estão ocupando maiores espaços no mercado de trabalho e ganhando visibilidade, pela importância do cuidado prestado, conquistando respeito de usuários do sistema de saúde e de outros profissionais da equipe multiprofissional.

Os marcos legais que direcionam a Política de Humanização estão atrelados à regulamentação da enfermagem obstétrica, pois em muitos aspectos ligados à humanização o enfermeiro é o principal ator das práticas consideradas ideais. Desta forma, medidas como a possibilidade da emissão de laudo de internação por enfermeiros obstetras e a inclusão deste

profissional na tabela de pagamento do SUS, nos CPN sendo definidos como membros necessários na equipe, o enfermeiro obstetra reafirmam sua importância para a prática obstétrica.

Para o bom desempenho da prática profissional, os profissionais devem entender que o processo de nascimento é um momento repleto de significados para parturientes e familiares, consistindo, evento fisiológico e social. É essencial ao profissional, se utilizar de aspectos holísticos do cuidado no processo de parturição, como respeitar o tempo da mulher, estar atento a suas dúvidas e anseios, saber ouvi-la, demonstrar preocupação, expressar afeto, além de aspectos técnicos, como evitar intervenções desnecessárias impostas pelas rotinas hospitalares e reconhecer os aspectos culturais próprios da mulher, dentro de seu contexto de vida (MOREIRA *et al.*, 2009).

Conotando com o exposto, Silveira *et al.*, (2013), definem o cuidado clínico como a possibilidade de estabelecer, entre os sujeitos envolvidos no processo do cuidado, relações pautadas na criação de espaços onde a subjetivação possa ser construída a partir dos desejos desses sujeitos, e do respeito às formas de se conceber e significar a as necessidades de cuidados, desconsiderando classificações e fragmentações assistenciais que historicamente tentam enquadrar os usuários dos serviços.

Dessa forma, há a necessidade de profissionais com competência técnica para identificar as necessidades das pacientes, priorizando a tecnologia adequada para o cuidado holístico individualizado. No campo obstétrico, as tecnologias de cuidado envolvem as técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro durante o processo de cuidado, empregados nas diferentes fases do processo de parir e nascer, considerando os contextos natural, fisiológico e social do nascimento, devendo receber o menor número possível de intervenções que não considere esses aspectos (SILVA *et al.*, 2011).

A enfermagem encontra na obstetrícia vasta gama de cuidados que podem ser dispensados a parturientes e boa parte desses visa à diminuição da dor e desconforto durante todo o processo do TP e parto. Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor são classificados como condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas. Esses métodos estimulam a movimentação corporal, como a própria deambulação, os exercícios posturais, movimentos pélvicos e o agachamento, podendo ou não empregar recursos como a bola suíça ou *bobath*, a cadeira de balanço obstétrica e o banquinho meia-lua. Podem utilizar princípios físicos da água e da gravidade, como nos partos na água, vertical e de cócoras. Ou preservar a integridade física, não intervindo com massagens perineais ou episiotomia.

Podemos concluir que a enfermagem possui uma vasta gama de possibilidades de atuação a ser realizada dentro de suas possibilidades e competências, o que torna evidente a necessidade de apropriação desse espaço, que converge para as recomendações que benéficas para parturientes e seus filhos. É necessário então, que a equipe de enfermagem desenvolva, amparada por instrumentos pertinentes e qualificação, um cuidar, autônomo e consciente do seu papel como agente de mudança.

3.3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Desenvolvida pelo sociólogo Serge Moscovici, a Teoria das Representações Sociais teve sua origem na França, em 1960, concretizada pela publicação de sua obra “*La Psicanalyse: son image et son public*”, em 1961. Psicólogo social romeno, naturalizado francês, Moscovici nasceu em 1928, sua família é judia e vivenciou os horrores da Segunda Guerra Mundial, sofrendo, inclusive, discriminação antissemita. Estudou Psicologia na França, em 1948, investigando e divulgando a psicanálise; lecionou em universidades de renome e dirigiu o Laboratório Europeu de Psicologia, em Paris. Morreu em 15 de novembro de 2014, em Paris, deixando extensa obra e vários seguidores de seus preceitos (JODELET, 2001).

O estudo das representações sociais teve por base as representações coletivas, formulação feita por Émile Durkheim, interessado em entender aspectos da humanidade e que defendia uma separação entre as representações individuais e coletivas, à medida que exercem uma coesão sobre cada indivíduo e conduzem os homens a pensar e a agir de maneira homogênea (MOSCOVICI, 2003).

A teoria de Moscovici diverge da teoria de Durkheim em relação à dissociação entre o individual e o coletivo, acreditando que as representações sociais seriam mais adequadas à realidade humana. As representações sociais surgem como um saber de senso comum tido como objeto de estudo tão legítimo quanto o do conhecimento científico devido à sua importância na vida social. É uma maneira de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático e que se diferencia de outros, pelos modos de elaborações e funções a que se destina (MOSCOVICI, 2003).

Moscovici (2012) define as representações sociais como o conjunto de explicações, pensamentos e ideias que nos possibilita evocar um dado, um acontecimento, uma pessoa ou mesmo um objeto, configurando sistemas de valores e práticas que têm vida

própria. Elas devem ser entendidas como uma maneira de compreender e comunicar o que nós já sabemos, possuindo as faces icônica e a simbólica, através das quais, transformamos toda ideia em uma imagem.

O principal intuito das representações sociais é a familiarização do desconhecido, através da qual se possibilita a classificação, categorização e nomeação de ideias e acontecimentos inéditos, com os quais não havíamos ainda nos deparado. Tal processo permite a compreensão, manipulação e interiorização do novo, juntando-o a valores, ideias e teorias já assimiladas, preexistentes e aceitas pela sociedade (MOSCOVICI, 2012).

A TRS busca explicar os fenômenos do homem a partir de uma perspectiva coletiva, sem perder de vista a individualidade.

Essa familiarização, ao transformar o não-familiar em familiar, o torna ambiente confortável, retirando deste, o risco, conflito ou perigo que o estranho representa. Assim, podemos estabelecer aquela coisa, pessoa ou objeto dentro de um padrão e avaliar se ela se encaixa, mantendo a ordem estabelecida.

Na perspectiva de Jodelet (2001), as representações sociais nos guiam na forma de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente posicionar-se frente a eles de forma defensiva.

Os processos que geram as representações sociais são a ancoragem e a objetivação. A primeira se refere a relacionar ideias focadas no mesmo assunto a categorias e imagens comuns, torna-as familiares. A partir desta, podemos escolher um dos paradigmas presentes em nossa memória e estabelecer uma relação negativa ou positiva com ele. Já a objetivação consiste em transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferir o que está na mente em algo que exista no mundo físico. Assim, nos dá a capacidade de ver e tocar determinado objeto e conseqüentemente, controla-lo (MOSCOVICI, 2012).

A TRS vem progressivamente despertando interesse de várias áreas de conhecimento, especialmente as que estão voltadas para a formulação e concretização de políticas sociais, que percebem dificuldades de estabelecimento de diálogo efetivo com a população, alvo de suas ações ou intenções (COUTINHO *et al.* 2003).

O mesmo autor complementa que o reconhecimento da inadequação de posturas que impõem uma dada visão de mundo e dos objetos como a única correta e possível associa-se a insatisfações, como a postura profissional impositiva, que desconhece ou contesta

códigos, rituais, crenças, valores, modelos e símbolos próprios da cultura das populações-alvo.

No campo da saúde, a relevância da utilização da TRS está relacionada ao fato das representações sociais serem conjuntos dinâmicos, que visam à produção de comportamentos e interações sociais, constituindo-se produto e processo, cujas funções e eficácia sociais representem novas possibilidades de estudos e pesquisas, por serem capazes de evidenciarem diferentes fenômenos próprios desse campo (SILVA *et al.*, 2011; SILVA, 2014).

Na perspectiva de Castiel (1994), a TRS rompe com a visão biomédica e abre caminhos para se repensar novas possibilidades para os diferentes problemas de saúde se ancorando na concepção de humano em vez do caráter biologicista.

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

A fim de alcançar os objetivos propostos, foi realizado um estudo exploratório, com abordagem multimétodo, orientado pelo referencial teórico das Representações Sociais, considerando os princípios de (MOSCOVICI, 2012).

Conforme Marcondes (2014), a técnica de triangulação de métodos se apropria de dois momentos[distintos que se interagem retoricamente, favorecendo a uma percepção de totalidade acerca do objeto de estudo e a unidade entre os aspectos teórico e empírico, sendo essa articulação a responsável por imprimir o caráter de cientificidade ao estudo.

Para Oliveira (2015), a abordagem multimétodo é um desenho completo de pesquisa, que assume múltiplas formas de dar sentido ao mundo, e variadas maneiras de perceber, através dos sentidos, integrando métodos quantitativos e qualitativos, seja na coleta ou na análise de dados.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A realização da pesquisa aconteceu em dois cenários distintos, o primeiro foi o setor obstétrico de um hospital público, situado em Ipu, município localizado no interior do Ceará, distante 300 km da capital, Fortaleza. Esta escolha decorreu do fato desta instituição ser hospital de referência, absorvendo demanda obstétrica de quatro cidades circunvizinhas, Pires Ferreira, Varjota, Reriutaba e Hidrolândia. A instituição de saúde possui médio porte, dispondo de 45 leitos, distribuídos entre clínica médica, cirúrgica, traumatológica, psiquiátrica, pediátrica e obstétrica, estes últimos destinados a gestantes e puérperas que tiveram partos vaginal e abdominal.

O setor obstétrico é composto por sala de exames, onde a gestante é avaliada ao chegar; sala de parto, lugar para o qual a gestante é encaminhada no momento da expulsão do feto, possuindo um leito, sala de cuidados ao recém-nascido, onde são administradas vacinas e realizado o primeiro banho do recém-nascido; duas enfermarias de pré-parto, totalizando seis leitos, divididos igualmente entre as enfermarias. O banheiro é comum às duas enfermarias e a funcionários. Todas as salas são climatizadas com ar-condicionado. Não existe espaço destinado a acompanhantes, os quais não podem adentrar ou permanecer neste setor.

Vale ressaltar a importância da referida instituição para sua região, que entre as cidades circunvizinhas é a única que dispõe de médicos e enfermeiros obstetras durante 24 horas por dia, portanto, apta a receber parturientes com risco habitual ou com distorcias obstétricas, que possam culminar em partos abdominais. Possui uma média de 60 partos/mês, sendo que cerca de 40% dos partos são abdominais.

Encontra-se em fase de construção, um centro de parto normal (CPN), que deverá substituir centro obstétrico utilizado atualmente, o que despertou o interesse da pesquisadora em desenvolver trabalho nessa instituição, de modo que contribua para a melhoria da qualidade do cuidado prestado a mulheres que serão atendidas nesta unidade. O modelo de cuidado será pautado nas recomendações do MS, assim, a instituição e os profissionais de saúde devem estar aptos a realizar ações de trabalho que estejam de acordo com o referido modelo vigente.

O segundo cenário é outra maternidade pública, localizada no município de Maracanaú, consistindo em uma instituição de referência em parto humanizado e em assistência à saúde da mulher no estado do Ceará, que abrange alguns municípios cearenses, como Maracanaú, Maranguape, Pacatuba, Guaiuba, Acarapé, Redenção, Barreira e Palmácea. A instituição possui 111 leitos distribuídos em clínica médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica, fisiológica e neonatal de médio risco (LIMA, 2017).

Este local foi escolhido para a realização da pesquisa, por consistir em um dos primeiros CPN aprovados pelo MS no Ceará, demonstrando a pioneirismo e importância da referida instituição não só para a região que forma sua área de abrangência, mas para todo o Ceará.

O CPN possui cinco salas de pré-parto/parto/puerpério (PPP), as quais são climatizadas com ar condicionado e possuem leitos individuais com banheiro privativo; dois apartamentos de pós-parto com leitos individuais e duas enfermarias de pós-parto climatizadas com ar condicionado, com dois leitos, onde ficam puérperas, recém-nascidos e acompanhantes (LIMA, 2017).

Além disso, no CPN possui uma sala com banheira para alívio da dor durante o parto, um banheiro com sanitário e chuveiro para uso dos acompanhantes do sexo masculino e um para o sexo feminino, uma copa, uma sala para cuidados imediatos ao recém-nascido com três berços de calor radiante, um estacionamento garagem para ambulância, uma sala de coordenação, uma sala de reuniões, uma sala de televisão contendo cadeiras de plástico,

barras, cavalinho, bolas, uma sala de expurgo, uma sala de almoxarifado, uma recepção de enfermagem (LIMA, 2017).

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com profissionais que compõem a equipe de saúde (enfermeiros obstetras, médicos obstetras, técnicos e auxiliares de enfermagem) que trabalhavam no setor obstétrico das instituições onde se desenvolveu a pesquisa, no período da coleta de dados. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias e/ou licença de qualquer tipo.

Outra parte da amostra consistiu em puérperas usuárias das instituições de saúde onde a pesquisa foi realizada, que estiveram hospitalizadas no período da coleta de dados, de novembro de 2018 a janeiro de 2019, utilizando as mesmas técnicas descritas acima. Foram excluídas da amostra as puérperas que possuíam alguma condição clínica de saúde que as impediu ou impossibilitou a participação no estudo.

Para a definição do tamanho das amostras, foi utilizada a fórmula do cálculo da população finita e através dele, chegamos ao número de 202 puérperas, para a instituição que possui maior quantidade de atendimentos mensais e de 81 puérperas para a que apresenta menor quantidade de partos.

Dentre os respondentes do Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), foram selecionados, por critério intencional, os indivíduos que responderam ao roteiro de entrevista semiestruturada, atingindo saturação teórica ao fim de 28 entrevistas com profissionais e 29 com puérperas. A saturação teórica é um padrão que orienta a parada de coleta de informações quando passa a ocorrer redundância dos dados, sem o acréscimo de novas informações (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2011).

4.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, a pesquisadora abordou os profissionais e puérperas, se apresentando e explicando os objetivos e aspectos éticos da pesquisa, na qual foram utilizadas duas técnicas para a coleta de dados, a TALP, e entrevista semiestruturada.

4.4.1 Técnica de Associação Livre de Palavras

Após a aceitação dos sujeitos em participar da pesquisa e da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido- TCLE (APÊNDICE A) ou do Termo de Consentimento aos pais (APÊNDICE B) e Assentimento (APÊNDICE C) no caso das puérperas adolescentes. Utilizou-se um formulário para traçar o perfil sociodemográfico e obstétrico das participantes (APÊNDICE D), posteriormente o Técnica de Associação Livre de Palavras (APÊNDICE E), e o roteiro de entrevista (APÊNDICES F) para apreender os sentidos e significados atribuídos à VO no contexto da hospitalização.

Em relação aos profissionais, após a assinatura do TCLE (APÊNDICE G), era utilizado roteiro para coleta de dados para caracterização profissional (APÊNDICE H), enquanto os estímulos indutores do TALP eram o mesmo das puérperas, portanto, era utilizado o mesmo roteiro (APÊNDICE E). Posteriormente, utilizou-se roteiro específico de entrevista (APÊNDICE I).

O TALP consiste em uma técnica projetiva, um instrumento de pesquisa, utilizado para coleta de dados, que fornece informações relacionadas aos processos mentais dos indivíduos pesquisados. Através da utilização de estímulos indutores, são evocados universos semânticos através da explicitação dos universos comuns de palavras (COUTINHO, 2017).

O TALP tem suas bases nas compreensões filosóficas de Aristóteles, sendo utilizada, com diferentes objetivos, por Carl Gustav Jung (1906), perpassando pela Psicologia Clínica e finalmente, chegando ao campo da Representações Sociais, com Serge Moscovici no início da década de 1960 como uma teoria capaz de compreender e explicar a realidade através dos saberes comuns aos indivíduos (TAVARES 2014).

A quantidade de respostas solicitadas é variável dependendo dos objetivos e objeto da pesquisa, bem como o estímulo, que pode ser verbal, não verbal ou icônico, material de vídeo e material sonoro (DE ROSA, 2003; COUTINHO, 2005; COUTINHO, 2017). Neste estudo, os pesquisados foram orientados a responder com cinco palavras, porém, poderiam interromper a qualquer momento ou quando a pesquisador percebia a formulação consciente das respostas aos estímulos.

Antes da aplicação do teste, a pesquisadora demonstrou, através de um estímulo não utilizado na pesquisa, o procedimento a ser realizado. Foram desaconselhadas construções verbais elaboradas, salientando a importância da rapidez em relação às respostas.

A aplicação do TALP pode ser de forma individual ou coletiva. Após a realização do estímulo indutor, o indivíduo que participa da pesquisa deve verbalizar ou registrar, de forma escrita, suas respostas, em formulário previamente entregue a este, com enumeração correspondente aos estímulos realizados (COUTINHO, 2017).

Os sujeitos da pesquisa foram indagados sobre sua preferência, entre escrever no formulário ou responder verbalmente aos estímulos, ficando, dessa forma, à vontade sobre o modo como se sentiam mais confortáveis para exteriorizar suas evocações.

Para a realização do presente estudo, foram utilizadas as seguintes palavras como estímulos indutores: *parto, cuidado no parto, maus tratos no parto*.

Após a realização de alguns testes, a pesquisadora percebeu que o estímulo “cuidados no parto” causou certa confusão às puérperas, sendo trocado por “ser cuidada no parto”. As evocações provenientes do teste realizado antes da retificação do estímulo foram descartadas.

4.4.2 Entrevista Semiestruturada

Após a abordagem das participantes, com a apresentação da pesquisadora, explanação dos objetivos da pesquisa e garantia da confidencialidade das questões contidas no TCLE, estas eram convidadas, após o aceite em participar da pesquisa, a assiná-lo.

Com o consentimento das participantes, formalizado com a assinatura do TCLE, as entrevistas foram gravadas, transcritas e compuseram um *corpus* único para ser processado no *software* IRAMUTEQ versão 0.7 alfa 2.

A entrevista semiestruturada foi utilizada por permitir à pesquisadora aprofundar as respostas obtidas às questões de pesquisa no decorrer da entrevista, explorando, dessa forma, os pontos mais relevantes mencionados pelos pesquisados.

Na perspectiva de Minayo (2013), neste tipo de entrevista, o pesquisador predetermina as perguntas a serem realizadas. Esta exige do pesquisador, uma escuta habilidosa, para não perder o foco, bem como priorizar o alcance e objetivos do estudo.

A entrevista realizada com as puérperas foi direcionada pelos seguintes questionamentos: 1. *Fale sobre o atendimento que a senhora recebeu dos profissionais durante a hospitalização para o parto* 2. *O que a senhora entende por maus tratos no parto?* 3. *Quais aspectos da assistência recebida durante sua hospitalização a senhora considera que devem ser melhorados?* 4. *Como a assenhora gostaria de ter sido tratada pelos*

profissionais do hospital? As puérperas foram muito receptivas e abertas para responder às questões da pesquisa.

Para orientar a entrevista com profissionais foram utilizados os questionamentos:

1. Para o senhor(a) o que caracteriza a violência obstétrica? 2. O que pode ser feito para diminuir a violência obstétrica? 3. O que o senhor (a) acha que é para os outros a violência obstétrica?

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sociodemográficos foram tratados através de estatística simples, e posteriormente submetidos à análise estatística descritiva simples, por meio de médias e distribuição de frequências para definir o perfil socioeconômico e obstétrico das gestantes e profissionais desse estudo.

As informações coletadas foram processadas e analisadas através de duas técnicas distintas, visando maior fidedignidade dos resultados e consequente aprofundamento nas questões da pesquisa.

A abordagem multimétodo é uma das formas mais completas de pesquisa empírica, pois combina a força das grandes amostras, e sua capacidade para generalizações, com a força dos estudos de caso, e sua capacidade para a identificação dos mecanismos causais (OLIVEIRA, 2015).

Neste estudo, foram realizadas análise fatorial de correspondência, a partir do *software* Tri-Deux-Mots e análise lexical a partir do *software* IRAMUTEQ.

4.5.1 Análise fatorial de correspondência a partir do *software* Tri-Deux-Mots.

As informações do TALP foram transcritas e analisadas com o suporte do *software* Tri-Deux-Mots versão 5.3, o qual permitiu verificar correlações entre variáveis pré-definidas pelo pesquisador, além de relações de atração e de afastamento entre os elementos de campos representacionais acerca de um dado objeto (COUTINHO; NÓBREGA; ARAÚJO, 2011).

Foram seguidos os seguintes passos, a partir dos dados coletados pela TALP: criação de dicionários, um para cada estímulo indutor, o qual continha todas as respostas evocadas pelo estímulo indutor em questão; as respostas foram classificadas em ordem

alfabética; foram verificadas as respostas mais frequentes, que formaram as categorias para o agrupamento de palavras com similaridade semântica; a partir desta etapa, de elaboração do banco de dados, procedeu-se à etapa operacional dos dados (COUTINHO, 2017).

A primeira etapa realizada foi a criação de dicionários de palavras, um para cada estímulo indutor. Nos dicionários, todas as palavras (evocações), correspondentes àquele estímulo foram organizadas em ordem alfabética, para a verificação do campo semântico. Assim, as que se equivaliam, foram agrupadas, bem como as que apareceram isoladamente. Após essa análise, foi possível observar as palavras mais frequentes, que vão dar origem às categorias (COUTINHO, 2017).

Após a elaboração dos dicionários, foi criado o banco de dados, digitado no *Microsoft Word*, fonte número 12, letra tipo Times New Roman, com texto alinhado à esquerda. Os participantes da pesquisa foram codificados inicialmente com o número de ordem de cada participante, de acordo com a ordem de aplicação do TALP, seguido pela codificação das três variáveis fixas utilizadas: grupo de pertença, local da pesquisa e escolaridade, conforme quadro abaixo.

Quadro 1- Relação das variáveis fixas e estímulos indutores.

Variáveis fixas	Estímulos indutores
1º Grupo de pertença (GRU): 1- Primípara; 2- Multípara; 3- Enfermeiro; 4- Técnico em enfermagem; 5-Médico.	1- Parto
2º Local da pesquisa (LOC): 1- Ipu; 2- Maracanaú.	2- Ser Cuidada/Cuidar no parto
3º Escolaridade (ESC): 1- Analfabeta; 2- Fundamental incompleto; 3- Fundamental completo; 4- Médio incompleto; 5- Médio completo; 6- Superior incompleto; 7- Superior completo.	3- Maus tratos no parto

Fonte: elaborado pela autora

No banco de dados, cada linha corresponde a um participante da pesquisa. Dessa forma, iniciou-se digitando o número referente a cada gestante, seguido das variáveis fixas, de

acordo com suas variâncias, e após, digitou-se a primeira evocação e no final dela colocou-se o número referente ao estímulo conforme o quadro 1. Ao final de cada evocação, digitou-se o número correspondente ao estímulo e ao fim da digitação de todos os estímulos de cada participante, digitou-se um asterisco (*), indicativo de que as evocações daquele sujeito terminaram. Após as evocações dos 331 profissionais e puérperas, concluiu-se o banco de dados e foi realizado o processamento pelo *software* Tri-Deux-Mots.

4.5.2 Análise lexical a partir do *software* IRAMUTEQ.

Os dados obtidos através das respostas da entrevista semiestruturada foram processados e analisados através da análise lexical, do *software* IRAMUTEQ. Na perspectiva de Lahlou (2012), as análises lexicais são valiosas técnicas para explorar os dados fornecendo ao pesquisador um panorama do vocabulário referente ao objeto de pesquisa. Assim, o propósito dos métodos de análise lexical é de comparar os objetos em função das características de suas descrições sob a forma de combinações de palavras, o que se dá com o auxílio das estatísticas descritiva e relacional.

De acordo com Kelle (2013) e Justo (2014), desde 1960 os *softwares* de análise estão disponíveis, porém, foi a partir de 1980 que os pesquisadores predominantemente qualitativos passaram a fazer uso deles, com a popularização de computadores de uso domésticos.

O *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) é um programa informático que viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, até as mais complexas. Começou a ser utilizado no Brasil em 2013. Apresenta rigor estatístico e permite aos pesquisadores utilizarem diferentes recursos técnicos de análise lexical, além de ser simples, facilmente compreensível, e possuir acesso gratuito.

Camargo (2013) concluiu que com essas características, o *software* permite integrar análise qualitativa e quantitativa, contribuindo, dessa forma, para maior objetividade e possibilidades às interpretações dos dados dos textos. Com ele, é possível realizar: análises lexicográficas clássicas, especificidades, método da classificação hierárquica descendente (CHD), análise de similitude e nuvem de palavras.

As análises lexicais com auxílio de *softwares* são recomendadas e podem ser muito produtivas aos estudos que envolvem representações sociais, visto que geralmente possuem corpus volumosos (LAHLOU, 2012).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, em Fortaleza- CE, obtendo aprovação com o parecer número 3.050.083 após encaminhamento à instituição, de ofício informativo sobre a finalidade do mesmo. Foi disponibilizado, para todos os participantes da pesquisa, o TCLE, com ênfase na sua significância e consistência.

A pesquisa foi realizada de acordo com os pressupostos da Resolução 466/2012 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo seres humanos), do Conselho Nacional de Saúde, a qual assegura a todos os envolvidos na pesquisa: **autonomia**, que confere consentimento livre e esclarecido e proteção aos legalmente incapazes; **beneficência**, consistindo no compromisso de sempre proporcionar benefícios em detrimento de malefícios, após ponderação; **não maleficência**, a qual suprime a ocorrência de danos previsíveis; **justiça e equidade**, garantindo um propósito social consistente e vantajoso para os envolvidos diretos e indiretos, considerando o cunho sócio humanitário (BRASIL, 2012).

Os riscos decorrentes da realização da presente pesquisa foram mínimos, pois não incluíram qualquer tipo de manipulação de pacientes, apenas entrevista. Entretanto, eventualmente, pode gerar constrangimento, embaraço ou sofrimento às puérperas, ao lembrar de fatos dolorosos ou tristes, característicos de VO, que se relacionam ao cuidado recebido durante o TP e parto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico será apresentado o perfil sócio demográfico e obstétrico das puérperas participantes da pesquisa, em ambas unidades hospitalares, seguido do perfil profissional dos trabalhadores prestadores de serviço em ambas instituições em questão. Posteriormente, será apresentada a análise, interpretação e discussão dos dados empíricos mediante Análise Fatorial de Correspondência (AFC) das evocações emitidas no TALP, a partir do *software* Tri-Deux-Mots e análise lexical das entrevistas a partir do *software* IRAMUTEQ, com base na CHD.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os dados sóciodemográficos, foram colhidos mediante aplicação de questionário, os quais foram submetidas a tratamento estatístico por frequência simples e porcentagem, sendo organizados em tabelas, no intuito permitem melhor visualização e comparação entre os dois locais de realização de pesquisa. No total, 289 puérperas foram consideradas pela pesquisa, sendo que 81 foram captadas no município de Ipu- CE e 202 em Maracanaú- região metropolitana de Fortaleza-CE. As idades das puérperas estudadas variaram entre 14 e 42 anos.

De acordo com as informações contidas na Tabela 1, a faixa etária predominante, para os dois locais de estudo, foi a de 20 a 35 anos, com percentuais de 58,8% e 67,5%, para Ipu e Maracanaú, respectivamente. Neste último, a segunda faixa etária mais prevalente foi de 13 a 19 anos (28,3%), seguida pela de 36 a 42 anos (10%). Já em Ipu, a segunda faixa etária mais prevalente foi de 36 a 42 anos (22%) e a última, de 13 a 19 anos (19,2%).

Dados do estudo de Fonseca *et al.* (2017), revelam que filhos de mães adolescentes e com idade superior a 35 anos apresentam maior chance de morte quando comparados às mães com idades entre 20 e 34 anos, independente da escolaridade materna.

Em relação ao estado civil, os resultados foram semelhantes nos dois locais de pesquisa, Ipu e Maracanaú, respectivamente sendo que a maior proporção de puérperas vivia em união estável (43,3% e 44,5%), seguidas pelas que eram casadas (27,7% e 26,5%), pelas solteiras (22,7% e 24%), pelas separadas (2,1% e 2,5%) e por último, com menor proporção, as que namoravam (4,2% e 2,5%).

Os dados acima, fazem pensar que a presença do companheiro reflete em segurança para a mulher e conseqüentemente para seu filho. O envolvimento do pai na gravidez traz benefícios para o vínculo pai-filho, devendo ser estimulado por profissionais (NOGUEIRA, 2012). De ideia semelhante, Parcero *et al.*, (2017) afirmam que a estabilidade na relação conjugal contribui fortemente para a aceitação da gravidez, independentemente de ser planejada ou não.

Na tabela 1, também foi possível constatar o grau de escolarização dos sujeitos da pesquisa, com a presença de variação nas frequências da escolaridade das puérperas participantes da pesquisa nos dois locais. Assim, Ipu-CE apresentou menor grau de escolaridade de mulheres, ensino fundamental incompleto (22%), seguidas pelas que cursaram o ensino médio completo (19,2%), médio incompleto (18,5%), fundamental completo (16,4%), analfabetas (12,7%), superior incompleto (7,8%) e por último, superior completo (2,8%); já em Maracanaú, as mulheres se distribuíram, em relação à escolaridade, da seguinte forma: ensino médio completo (43,5%), médio incompleto (23,5%), fundamental incompleto (14,2%), fundamental completo (11,2%) superior incompleto (3,4%), analfabetas (2,5%) e por último, ensino superior completo (1,7%).

Desta feita, estudo que analisa a relação entre idade materna, escolaridade e óbito neonatal, Fonseca *et al.* (2017) corroboram com a afirmativa de que, independentemente da idade, filhos de mães com baixa escolaridade, inferior a quatro anos de estudo, apresentam maior chance de óbito neonatal.

No que se refere à remuneração do trabalho, houve similaridade das puérperas atendidas nos dois locais, predominando as que possuíam trabalhos não remunerados, sendo, na maioria, donas de casa, estudantes ou que estavam desempregadas no momento que foram abordadas para a pesquisa. Assim, os percentuais das que possuíam trabalho não remunerado ficou em 61,7% para as puérperas de Ipu e 68,8% para as de Maracanaú, enquanto as que exerciam atividades remuneradas ficaram com percentuais de 38,2% e 31,2%.

No tocante à religião, não houve divergência dos percentuais entre os dois locais estudados, sendo distribuídas da seguinte forma em Ipu: católicas (54%), evangélicas (39,7%), testemunhas de Jeová (3,5%) e sem religião (2,8%). Em Maracanaú, seguindo a mesma ordem de maiorias, temos católicas (46,2%), evangélicas (43,2%), testemunhas de Jeová (3,8%) e sem religião (6,8%).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil ainda é a maior nação católica do mundo, apesar de apresentar declínio desta religião,

com ascensão de evangélicos. Dados deste mesmo levantamento mostram que também cresceu a quantidade de pessoas que se declararam sem religião (IBGE, 2010).

Quanto à renda familiar, houve divergência de proporções entre os dois locais de pesquisa. Em Ipu, predominou mulheres com renda familiar de menos de um salário mínimo (53,2%), seguidas pelas que possuíam renda de um salário mínimo (37,6%), em seguida, 2 a 3 salários (9,2%). Nesse local de pesquisa, nenhuma das entrevistadas possuía renda superior a três salários mínimos. Já em Maracanaú, a maioria possuía proventos que somavam um salário mínimo (48,5%), seguidas pelas que faziam uso de dois a três salários (25,5%), menos de um salário (24,5%) e por último, com menos proporção, as que gozavam de quatro ou mais salários (1,5%).

Tabela 1- Caracterização das puérperas atendidas na atenção hospitalar de Ipu e Maracanaú, de acordo com as variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2019.

	Frequência Ipu	%	Frequência Maracanaú	%
IDADE				
14 – 19	15	19,2	57	28,3
20 – 35	48	58,8	136	67,5
36 – 42	18	22	09	4,2
ESTADO CIVIL				
União Estável	35	43,3	90	44,5
Casada	22	27,7	53	26,5
Solteira	19	22,7	48	24
Separada	02	2,1	05	2,5
Namora	03	4,2	05	2,5
ESCOLARIDADE				
Analfabeta	11	12,7	05	2,5
Fundamental incompleto	18	22	28	14,1
Fundamental completo	13	16,3	22	11,1
Médio incompleto	15	18,4	47	23,5
Médio completo	16	19,8	87	43,5
Superior completo	02	2,8	09	4,7
TRABALHO REMUNERADO				
Sim	31	38,2	63	31,2
Não	50	61,7	139	68,8
RELIGIÃO				
Católica	43	53,9	93	46,1
Evangélica	32	39,7	87	43,1
Testemunha de Jeová	3	3,5	14	6,8
Sem religião	2	2,8	08	3,8
TOTAL	81	100	202	100

Fonte: elaborada pela autora

De acordo com a tabela 2, evidencia-se o perfil obstétrico das puérperas participantes da pesquisa. A maior parte delas eram multíparas nos dois locais de pesquisa, 54,6% em Ipu- CE e 56,9% em Maracanaú- CE. As primíparas foram 45,4% em Ipu- C e 43,1% em Maracanaú- CE.

A via de parto mais recorrente em Ipu foi a vaginal, com 55,4% das mulheres, enquanto em Maracanaú, predominou os partos abdominais, com 51,7% do total das mulheres que participaram do estudo. Esses dados indicam taxas bem acima das estipuladas pela OMS, mas semelhantes à média brasileira.

Merece destaque o fato dos dois locais de estudo se distanciarem do percentual de partos abdominais preconizado pela OMS, de 10%. Essa afirma que não existem evidências de que níveis acima do mencionado traga benefícios para a população (BRASIL, 2016).

Os partos abdominais mal indicados ou realizados por motivos que não sejam o bem-estar materno e fetal são um componente da VO, visto que muitas cesáreas de rotina, agendadas conforme a comodidade para pacientes e profissionais possuem desfechos indesejados, visto que muitas vezes deixam de lado evidências científicas e as reais necessidades de saúde das pessoas assistidas (RISCADO *et al.*, 2016).

A maioria dos partos aconteceram em gestações a termo nos dois locais de pesquisa (70,2%) em Ipu e (77,7%) em Maracanaú, sendo que em Ipu, o restante dos partos foram pós-termo (29,8%), visto que na unidade hospitalar pesquisada não realizam parto pré-termo devido a limitações técnicas. Em Maracanaú, 12% dos partos foram prematuros e 10,3% foram pós-termo.

Tabela 2- Caracterização das puérperas atendidas na atenção hospitalar de Ipu e Maracanaú, de acordo com as variáveis obstétricas. Fortaleza-CE, 2019.

	Ipu-CE		Maracanaú-CE	
	Frequência	%	Frequência	%
PARIDADE				
Primípara	37	45,4	87	43,1
Multípara	44	54,6	115	56,9
VIA DE PARTO				
Vaginal	45	55,4	97	48,3
Abdominal	36	44,6	105	51,7
IDADE GESTACIONAL				
Pré-termo	-	-	24	12
A termo	57	70,2	157	77,7
Pós-termo	24	29,8	21	10,3
TOTAL	81	100	202	100

Os dados obtidos pela aplicação de questionário, da segunda parte da amostra, composta por 28 profissionais da equipe multidisciplinar que prestam assistência ao TP, parto e puerpério, entre enfermeiros, médicos e técnicos em enfermagem, também foram submetidos a tratamento estatístico por frequência simples e percentual, e organizados em tabelas possibilitando melhor visualização e compreensão.

Tabela 3- Caracterização dos profissionais que atuam na assistência hospitalar ao parto e puerpério em Ipu- CE e Maracanaú - CE, de acordo com as variáveis profissionais. Fortaleza-CE, 2019

	Ipu-Ce		Maracanaú-Ce	
CATEGORIA	Frequência	%	Frequência	%
Enfermeiro	06	54,5	09	53
Médico	03	27,2	01	5,8
Técnico em enfermagem	02	18,3	07	41,2
TEMPO DE ATUAÇÃO				
Menos de 1 ano	01	9	05	22,7
1 a 3 anos	04	36,4	02	9,1
4 a 9 anos	03	27,3	08	36,3
10 ou mais	03	27,3	07	32
ÚLTIMO CURSO				
Menos de 1 ano	07	67,3	09	41
1 a 3 anos	03	27,3	12	53
3 a 5 anos	01	9	-	-
Não lembra	-	-	01	06
TOTAL	11	100	17	100

Fonte: Elaborado pela autora

Dos profissionais de Ipu, a maioria (36,4%) atuava na profissão referida há aproximadamente entre 1 a 3 anos, seguidos por duas categorias (de 4 a 9 anos e 10 ou mais) que apresentaram os mesmos percentuais (27,3%). Esses dados revelaram uma maior proporção de profissionais que atuam há pouco tempo na área, em oposição a Maracanaú, que apresentou maior percentual de profissionais que atuam entre quatro e nove anos (36,3%), seguido pelos que atuam há mais de dez anos (32%), por menos de um ano (22,7%) e por último, de 1 a 3 anos. (9,1).

5.2 ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA DAS EVOCAÇÕES DE PUÉRPERAS E PROFISSIONAIS

Utilizando-se dos estímulos indutores *parto, ser cuidada no parto/ cuidar no parto e maus tratos no parto*, através do TALP, foram obtidas evocações, processadas no

software Tri-Deux-Mots e interpretadas segundo AFC. As variáveis fixas utilizadas foram *grupo de pertença*, *local da pesquisa* e *escolaridade*, conforme o Quadro 1.

O Gráfico 1 representa os dois eixos, eixo F1 (eixo horizontal) e eixo F2 (eixo vertical). O Fator 1 encontra-se representado pela cor vermelha, enquanto o Fator 2, pela cor azul. As variáveis fixas estão representadas pela cor verde, onde *LOC* refere-se ao local da pesquisa, *GRU* ao grupo de pertença e *ESC* à escolaridade dos participantes. Os números 1, 2 e 3 que acompanham as evocações equivalem ao estímulo indutor.

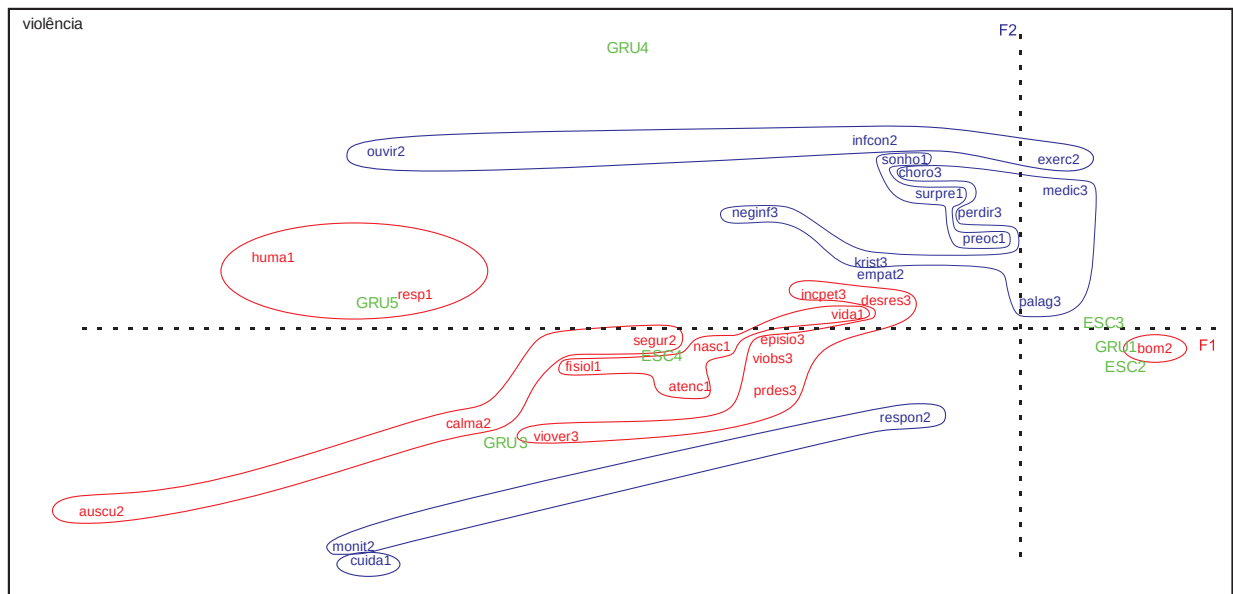
Foram obtidas 3138 evocações, provenientes de 311 pessoas que responderam ao TALP, sendo que 596 foram palavras diferentes, o que possibilitou a aproximação aos universos semânticos das representações sociais de profissionais e puérperas sobre VO.

Quadro 2 – Palavras evocadas por estímulo indutor, Fortaleza- CE, 2019

Estímulos indutores	Parto	Ser cuidada/ Cuidar no parto	Maus tratos no parto
Número de evocações			
Palavras induzidas (≥ 10)	Alegria 37 Alívio 17 Amor 61 Ansiedade 58 Bom 36 Coragem 10 Deus 14 Difícil 14 Dor 171 Emoção 24 Experiência 15 Família 13 Felicidade 42 Filho 68 Humanização 11 Medo 84 Nervosismo 12 Parto normal 12 Realização 11 Ruim 32 Sofrer 28 Vida 41 Vida 42	Acolher 46 Ajudar 21 Ambiente 10 Amor 19 Apoio 20 Atenção 128 Bom 81 Bom atendimento 16 Carinho 19 Competência 14 Conversar 19 Cuidado 60 Empatia 16 Enfermagem 12 Monitorização 25 Necessário 17 Orientar 24 Paciência 14 Preocupação 13 Profissionalismo 12 Repouso 11 Responsabilidade 31 Segurança 10	Atendimento ruim 18 Deixar sofrer 33 Demora 17 Desatenção 77 Desrespeito 38 Desumanidade 12 Dor 30 Episiotomia 20 Falta de paciência 10 Forçar parto normal 10 Ignorância 85 Incompetência 24 Indiferença 69 Kristeller 10 Maltratar 15 Medo 19 Procedimentos desnecessários 12 Negar ajuda 16 Palavras grosseiras 49 Peregrinação 15 Piada 15 Raiva 10 Ruim 30 Solidão 36 Toque vaginal 19 Triste 13 Violência 32

Fonte: elaborado pela autora

Gráfico 1- Plano fatorial das representações sociais de puérperas e profissionais sobre violência obstétrica. Fortaleza-CE, 2019



Fonte: Relatório Tri-Deux Mots

As evocações provenientes do primeiro estímulo, *parto*, no eixo F1, horizontal, que apresentaram maior representação, considerando-se sua correspondência por fator (CPF), no lado esquerdo, relacionado aos profissionais, enfermeiros (CPF: 307), técnicos em enfermagem (CPF: 89) médicos (CPF: 110) foram: humanização (CPF: 127), respeito (CPF: 60), vida (CPF: 26), atenção (CPF: 20), nascimento (CPF: 18) e fisiológico (CPF:16). Do lado direito, relacionado aos grupos de puérperas, primíparas (CPF: 11) e multíparas (CPF: 56), não houve nenhuma palavra com significância superior a estipulada para a análise.

Ainda sobre o estímulo *parto*, no eixo F2, vertical, no quadrante superior, relacionada aos grupos de escolaridade mais baixa, as principais palavras, sonho (CPF: 36), surpresa (CPF: 25), preocupação (CPF: 15), enquanto no quadrante inferior encontramos a palavra cuidado (CPF:69) como mais representativa.

Percebeu-se que as representações sobre o parto se diferenciam de acordo com o grupo a que se relaciona. Assim, os médicos percebem o parto como ato que exige respeito às gestantes, ao seu tempo e à normalização dos procedimentos que direcionam as práticas profissionais condizentes à humanização da assistência, apontando a ancoragem de suas ações ao universo reificado, presente na legislação que rege as normas da assistência ao parto, sugerindo uma conotação mais técnica diante do cuidado ao parto e nascimento.

Haja visto o tecnicismo presente na prática obstétrica, nesse cenário, a mulher entrega, com confiança, o domínio sobre o seu corpo para o saber tecnológico e científico, representado pelos profissionais, que se apropriam deste corpo e o conduzem ao ritual institucionalmente estabelecido (POLAK, 1997).

Já os enfermeiros, compreendem o parto no nascimento, como um processo fisiológico, que faz parte da esfera feminina e enfatizam a importância do relacionamento interpessoal, frente à atenção que deve ser dada à mulher, em razão do momento que esta vivencia e todos os aspectos inerentes a esse, sejam positivos ou negativos. A sensibilidade dos profissionais possibilita a percepção das necessidades das mulheres, sendo possível, a partir dessa percepção, promover um ambiente de interação, propício para a construção de relações baseadas em confiança mútua.

Tendo em vista a ancoragem do parto pelos enfermeiros, pôde-se perceber que o parto representa naturalidade, portanto, talvez por esse motivo façam menos uso de intervenções durante a assistência ao parto classificadas pelo MS como ineficazes ou que não possuem embasamento científico que justifique sua utilização.

A participação de enfermeiros obstetras na assistência ao TP, parto e puerpério está ligada à qualificação do cuidado prestado, com redução de práticas interventivas desnecessárias, indo de encontro ao movimento de humanização da assistência ao binômio mãe-filho no ciclo gravídico puerperal (SANT'ANNA *et al.*, 2019; MEDEIROS, 2016; SOUZA, 2016; BRASIL, 2017).

Esse pensamento vai de encontro com os movimentos que buscam uma assistência baseada nas necessidades das mulheres, com foco na fisiologia do parto, protagonismo e autonomia femininos, enfocando, além dos aspectos biológicos, a subjetividade, que se faz necessária no trato com seres humanos, especialmente no momento carregado de importância e simbolismo, que é o parto (WHO, 2019).

Cabe enfatizar que a importância dada à humanização do parto nos discursos não é garantia da sua presença em atitudes, como comprovou Leal *et. al.*, (2017) em sua pesquisa, em que concluiu que as enfermeiras obstétricas reconhecem que vários procedimentos são relacionados à VO, porém, se utilizam de justificativas para apoiar suas práticas, em certos momentos da assistência ao parto.

A evocação como sonho remete à idealização da maternidade, por parte das mulheres, expondo a possibilidade de gerar um filho como uma meta de vida a ser alcançada

para atingir a plenitude do ser mulher e alcançar a felicidade decorrente desta, ao mesmo tempo que a palavra surpresa sinaliza gravidez não planejada, mas positivamente aceita.

Ao mesmo tempo, a palavra preocupação dirige à cristalização das dificuldades e medos que envolvem o processo de nascimento, não apenas biológica ou fisiologicamente, mas envolvendo também, as relações estabelecidas entre pacientes e profissionais. Muitas vezes o desfecho do parto foge ao planejamento e expectativas da mulher, seja pelo atendimento recebido nas unidades hospitalares, pela via de parto diferente da idealizada ou pelas questões logísticas dos serviços de saúde.

A respeito da decisão sobre a via de parto, estudos apontam que grande parte das gestantes, ao iniciar a pré-natal, preferem o parto vaginal, mas no decorrer da gestação, uma soma de fatores faz com que acabem mudando seu posicionamento. Dentre esses fatores, podemos citar a pressão que o médico prenatalista exerce sobre a mulher, causando medo sobre possíveis complicações do parto vaginal, em decorrência do tamanho do bebê, de pelve estreita e circular de cordão, reafirmando o ideário consensual e errôneo de maior segurança do parto abdominal (RISCADO *et al.*, 2016).

A inabilidade dos profissionais que assistem ao parto também é um fator de peso, pois as mulheres ancoram o parto na possibilidade de sofrer maus tratos durante a internação, além de medo de não conseguir retomar a vida sexual após o parto vaginal (RISCADO *et al.*, 2016).

No polo mais próximo aos indivíduos com escolaridade mais baixa, ensino fundamental incompleto/completo, percebeu-se que parto está ancorado ao cuidado. Essa evocação nos remete à necessidade que as parturientes sentem de serem cuidadas durante o processo de parturição. Para essas, o cuidado, ou ser bem cuidada, é percebido mais na perspectiva de gestos dos profissionais em relação a elas do que de procedimentos. Enfatizam a importância do bom relacionamento interpessoal como principal forma de serem cuidadas.

Nesse sentido, para além das orientações e informações sobre a dinâmica do TP, existe um cuidado que transcende essas dimensões, conseguindo alcançar a formação de vínculo emocional entre parturiente e profissional, possibilitando à mulher instrumentalização para lidar com a dor e desconforto e tornando-a mais colaborativa (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

Nessa acepção, cuidado é uma expressão de humanidade, que inclui valores que confluem na paz, liberdade, respeito e amor, essencial para o desenvolvimento dos seres

humanos e suas formas de se relacionar com seus pares e com o mundo que os rodeia, devendo ser cultivado (WALDOW, 2010).

No estímulo 2, *cuidados / cuidar no parto*, no eixo F1, do lado esquerdo, as palavras representativas foram: auscultar (CPF:69), calma (CPF: 30), segurança (CPF:29), enquanto do lado direito, encontramos a palavra bom (CPF: 17).

Continuando a descrição do estímulo 2, no eixo F2, polo superior encontramos as evocações: ouvir (CPF:73), informar condutas (CPF:63), exercício (CPF:37) e empatia (CPF: 20), e no polo inferior, monitorização (CPF:68) e responsabilidade (CPF: 18).

Os grupos de profissionais, ancoram os cuidados no parto em aspectos técnicos da assistência, como podemos perceber através da forte relação que a palavra auscultar possui com esse estímulo, denotando a predominância do universo reificado, com forte influência de aspectos normativos nos modos de pensar o cuidado pelos profissionais.

Pelo uso dos termos calma e segurança, percebemos uma referência à postura que os profissionais devem assumir, colocando em prática a capacidade de estabelecimento vínculo com a parturiente, proporcionando segurança e transmitindo calma, diante da constatação de que os parâmetros avaliados na monitorização do binômio mãe-filha seguem padrão estabelecido.

Dentre os aspectos presentes na monitorização dos parâmetros materno-infantis, que incluem os sinais vitais maternos, exame obstétrico, monitorização dos batimentos cardíacos (BCF), a esse último, foi dada ênfase, pelos profissionais. A auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal é uma técnica que permite a auscultação da frequência cardíaca por curtos períodos, com avaliação e registro manual do seu padrão. Dessa forma, a monitorização fetal intraparto visa evitar a ocorrência de lesões relacionadas com hipóxia fetal e a realização de intervenções desnecessárias que podem acarretar morbimortalidade materno fetal (SANTO, 2015; BRASIL, 2017).

As puérperas ancoram cuidados no parto como algo benéfico, que gostariam de receber. Aqui, a palavra bom também se relaciona ao cuidado recebido, avaliado como positivo pela maioria das mulheres, embora muitas vezes tenham enfrentado situações que não são as ideais, em termos de qualidade da assistência.

Os técnicos de enfermagem relacionam os cuidados ao parto a ouvir as queixas e necessidades específicas de cada mulher, valorizando seus sentimentos e crenças, além de informar as condutas que serão realizadas, explicando a necessidade de . Nessa significação, o relacionamento interpessoal possui grande valor, no momento em que o plano de cuidados

passa a ser individualizado buscando contemplar aspectos peculiares a cada mulher, dentro do contexto do parto.

Nessa perspectiva, os profissionais de enfermagem de nível médio, mais do que os de nível superior, trabalham no cuidado direto às pacientes, muitas vezes, funcionando de elo de ligação entre os vários membros da equipe multidisciplinar, o que proporciona melhor posição para observar aspectos implícitos das necessidades de cuidado.

Em relação ao estímulo 3, *maus tratos no parto* no eixo F1, no polo esquerdo, as principais evocações foram: violência verbal (CPF:33), violência obstétrica (CPF: 24) incompetência (CPF: 18) procedimentos desnecessários (CPF: 17), desrespeito (CPF:17) e episiotomia (CPF:17), correlacionadas ESC 4 (CPF: 356) e GRU 3 (CPF: 307). Já no lado direito do gráfico, não apareceram evocações com forte associação.

Continuando com o estímulo 3, no eixo F2, no polo superior, as evocações com maior significância foram: negar informações (CPF:38), choro (CPF:34), médico (CPF: 26), perda de direitos (CPF:23), palavras grosseiras (CPF:19) e Kristeller (CPF:19) próximas ao GRU 4 (CPF: 668) à ESC 3 (CPF:48) e primíparas e múltiparas. No quadrante inferior não apareceram evocações significantes.

Percebemos que os profissionais de nível superior, especialmente os enfermeiros, relacionam os maus tratos no parto a atitudes violentas de uma maneira bem abrangente, desde a violência verbal, expressa por palavras grosseiras e censura às parturientes, muitas vezes tirando a sua autonomia de suprir necessidades básicas, como deambulação, alimentação e ingestão hídrica, até a realização de procedimentos desnecessários para a adequada assistência ao parto.

Pelas evocações visualizamos a presença de termos técnicos, presentes no universo reificado, que ganham significação a partir da junção, através dos mecanismos de objetivação e ancoragem, formando as representações sobre os termos, baseados na vivência individual dos profissionais.

Os profissionais relacionam a realização de práticas desnecessárias à incompetência de realizar uma assistência menos intervencionista, visto que existem diretrizes elaboradas por órgãos competentes, que devem nortear as atitudes dos profissionais, de modo a minimizar os danos, promovendo a melhoria da qualidade da assistência, com ascensão dos índices materno-infantis e consequentemente, a satisfação das parturientes e comunidade.

Nessa perspectiva, a OMS aponta que o objetivo da assistência ao parto é proporcionar o nascimento de um bebê saudável, com a menor repercussão possível para a

mãe, com o mínimo possível de intervenção, baseadas numa assistência materno-infantil qualificada e humanizada, pautada no resgate e valorização da fisiologia do parto, que alcance equilíbrio entre os diferentes tipos de tecnologia, leve, leve-dura ou dura, respeitando os direitos de cidadania (OMS, 2015).

Em consonância a isso, destaca-se a importância das tecnologias leves, que se caracterizam pelas interações humanas e são capazes de proporcionar, entre profissional e paciente, o estabelecimento de relações de confiança mútua, onde os entes envolvidos se beneficiam mutuamente, levando em conta a contextualização ambiental, biológica, psicológica da complexidade humana (MERHY *et al.*, 1997; SILVA, ALVIM, FIGUEIREDO, 2011).

A realização de procedimentos desnecessários foi objetivada através da *episiotomia*, procedimento que foi amplamente difundido e recomendado no ano de 1920 pelo *The Prophylactic Forceps Operation*, sob a perspectiva de DeLee, que enxergava o corpo feminino sob uma perspectiva essencialmente defectiva, havendo a necessidade de intervenção médica obrigatória, através de fórceps e episiotomia para todas as primíparas, sem evidências científicas que a justifique (BLOG, 2012; DELEE, 1920).

Em oposição à recomendação de DeLee, ainda em 1983, Thacker e Banta, divulgaram estudo em que, além de não evidenciar benefícios da prática de episiotomia, ainda ficou provada a associação desta a evidência de riscos. Apesar desse trabalho não ter despertado grande impacto na comunidade científica, na época, serviu de ponto de partida para o desenvolvimento de outras pesquisas semelhantes (THACKER; BANTA, 1983).

As taxas de episiotomia no Brasil não possuem dados abrangentes que sirvam de parâmetros seguros, a quase inexistência de estudos a esse respeito pode ser associada à dificuldade de sua mensuração, devido ao seu caráter invisível, pois é um procedimento tão comum que na maioria das maternidades não é sequer registrado em prontuário.

Analizando as estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde sobre a humanização no parto, criadas para garantir a segurança das gestantes e a qualidade do cuidado a elas fornecido, observou-se que muitas ações preconizadas e estabelecidas para o ideal na assistência ainda precisam ser implantadas nos serviços de saúde, o que exige ações estratégicas para a consolidação da prática humanizada.

Nesse quesito, se referem à negação de informações, direito essencial das parturientes em saber suas reais condições ou o estado de seus filhos. Faz parte das recomendações do MS, solicitar a permissão das pacientes antes da realização de qualquer

procedimento, sendo ela, o foco da atenção e não as tecnologias a serem executadas, bem como oferecer informações sobre os resultados dos procedimentos realizados (BRASIL, 2016).

Os indivíduos com nível médio escolaridade, aqui incluída a maioria das puérperas e profissionais de nível médio, pelo menor acesso ao universo reificado, representam a VO a partir da experiência pessoal, seja vivenciada por elas próprias ou partilhadas por outras mulheres, percebendo a VO em atitudes corriqueiras nas maternidades, como não informar as parturientes sobre o andamento do TP, os riscos e benefícios de práticas que podem ser utilizadas, sinais de alerta e critérios que podem ser decisivos na escolha da via de parto.

Aqui também existe referência à invasão do corpo feminino, objetivada na realização de procedimentos invasivos e muitas vezes desconfortáveis sem o prévio esclarecimento da sua necessidade da sua técnica de realização e do consentimento da mulher. A isso, se sobrepõe que comumente os parâmetros encontrados durante exames clínicos ou laboratoriais não são comunicados às parturientes, ocorrendo que são submetidas a procedimentos e nem sabem por qual razão aconteceram.

Pela evocação da palavra choro, percebe-se que essa é a principal reação relatada pelas mulheres diante de agressões sofridas e/ou violação dos seus direitos de alguma forma.

Comumente, na assistência ao parto, pode-se perceber que mulheres que foram submetidas a procedimentos, como cesarianas, não sabem informar quais os motivos de terem passado por parto cirúrgico, o que reafirma o domínio do corpo feminino e o poder exercido sobre ele e sua autonomia.

Apesar de sofrer práticas atualmente consideradas obsoletas, ineficazes e/ou prejudiciais, muitas mulheres não as percebem como tais, diante do universo consensual e reificado nas quais estão presentes, passando, dessa forma, despercebidas ou vistas como benéficas e como ajuda às mulheres durante o processo do parto.

Nesse íterim, a variável local de pesquisa não apresentou influência significativa nos resultados da pesquisa, demonstrando que as questões da pesquisa se são percebidas de formas semelhantes nos dois locais estudados.

5.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS E PUÉRPERAS

Todas as entrevistas realizadas, originalmente armazenadas em áudio, foram transcritas posteriormente em formato de texto eletrônico, digitadas no *Microsoft Word*, fonte número 12, letra tipo Times New Roman, e convertidos para o bloco de notas, para que seus dados pudessem ser processados pelo *software* IRAMUTEQ, que faz a análise lexical das palavras presentes nos discursos dos entrevistados.

A etapa de transcrição das entrevistas exige um rigoroso tratamento dos textos compostos pelas respostas dos pesquisados, de modo as respostas obtidas sejam transformadas em textos compreensíveis pelo software, visto que nem todos os símbolos da ortografia oficial podem ser utilizados nas sentenças do *corpus* a ser tratado pelo *software* (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Cada linha de comando do corpus foi iniciada com o padrão próprio a ser reconhecido pelo programa, seguido das variáveis eleitas para este estudo. Exemplo: ****
*ent_015 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_4 *cur_1

5.3.1 Representações sociais de profissionais sobre violência obstétrica

O processamento dos dados provenientes da entrevista semiestruturada aplicada aos profissionais, pelo *software* IRAMUTEQ, reteve 28 textos (entrevistas) extraindo desses, 325 segmentos de textos (ST), formando quatro classes, com aproveitamento de 77,29% do *corpus*, conforme indica a Figura 1.

A CHD é uma das mais importantes análises que o *software* IRAMUTEQ possibilita. Através dela é possível estabelecer uma correlação entre segmentos de texto e vocábulos, com formação de um esquema hierárquico de classes de vocábulos, possibilitando a inferência do conteúdo do corpus, nomeação de classes e compreensão das ideias de cada classe e relação com as variáveis estabelecidas em cada estudo (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Os resultados presentes nas classes, referem-se às representações sociais de profissionais e puérperas sobre VO, a partir da discussão de procedimentos cristalizados no cotidiano dos profissionais os fatores que envolvem a prática, muitas vezes não baseada em evidências científicas.

A análise e interpretação dos dados foi desenvolvida e orientada pelo referencial da TRS e seguiu a ordem das classes apresentadas no dendograma, obtido pelo processamento dos dados.

Figura 1- Dendograma de classes das representações sociais de profissionais sobre violência obstétrica



Fonte: Relatório IRAMUTEQ, 2019.

Inicialmente, (1ª partição) o *corpus* foi dividido em duas ramificações, originando dois subcorpus, o A, que deu origem à classe 1- *Importância da empatia no enfrentamento da VO* e o B, que sofreu nova partição (2ª partição), originando o subcorpus C, que originou a classe 4- *Assistência de baixa qualidade e estratégias para mudança do cenário do parto* e o subcorpus D, que sofreu nova partição (3ª partição), originando as classes 3- *Práticas não recomendadas* e 2- *Violências verbal e psicológica*.

Quadro 3 - Classes produzidas pelo IRAMUTEQ a partir do *corpus* profissionais e suas denominações. Fortaleza-CE, 2019.

Corpus Representações sociais de profissionais sobre violência obstétrica Este <i>corpus</i> representa a dimensão relacionada às percepções dos profissionais sobre os aspectos que compõem a violência obstétrica, bem como as categorias profissionais que mais a realizam e as estratégias de enfrentamento da violência obstétrica.	
Classes do dendograma gerado pelo software IRAMUTEQ- Figura 1	Denominação das categorias correspondentes
Classe 1	Importância da empatia no enfrentamento da violência obstétrica
Classe 2	Violência verbal e psicológica
Classe 3	Práticas não recomendadas
Classe 4	Assistência de baixa qualidade e estratégias de enfrentamento

Fonte: elaborado pela autora

5.3.1.1 Classe 1- Importância da empatia no enfrentamento da violência obstétrica

Esta classe, com 21,9% dos ST traz referências ao relacionamento interpessoal entre profissionais e mulheres e aponta a empatia como estratégia de enfrentamento da VO, remetendo à ideia de uma formação profissional menos tecnicista e mais humanizada, como podemos ver a seguir:

Eu como técnica em enfermagem e os enfermeiros temos que dar muita atenção às pacientes que chegam, não tratar as mulheres só como pacientes, mas se colocar no lugar delas, ajudar com conversa, com palavras, com um abraço, isso ajuda muito, faz a diferença. **** *ent_008 *gru_1 *loc_1 *esc_2 *tem_4 *cur_2
 É importante ter a sensibilidade de se colocar no lugar da outra pessoa **** *ent_008 *gru_1 *loc_1 *esc_2 *tem_4 *cur_2
 A gente tem que se colocar no lugar das pessoas, para ver se estamos fazendo o trabalho da melhor forma. **** *ent_015 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_4 *cur_1
 As pessoas que abusam da realização de procedimentos, como o toque vaginal, não se colocam no lugar das pacientes, porque deve ser muito incômodo estar passando por esse exame **** *ent_24 *gru_3 *loc_1 *esc_2 *tem_3 *cur_1

Na visão dos profissionais, tentar entender como as pacientes se sentem é uma estratégia de enfrentamento da VO. Na perspectiva de Stephany (2014), a empatia é a habilidade de se colocar no lugar das pessoas, para que assim, possam visualizar e sentir na mesma perspectiva as experiências vivenciadas por outra, atitude fundamental para o bem-estar físico e mental de ambas. Dessa forma, a empatia é a base de uma comunicação efetiva e uma das mais importantes habilidades a serem desenvolvidas pelo ser humano.

O entrevistado 24 afirmou que os profissionais que abusam da quantidade de procedimentos não praticam a empatia, pois desconhecem ou não se importam com o incômodo que a realização do procedimento causa nas mulheres.

Nesta classe também se percebeu que os profissionais ancoram a falta de empatia a sobrecarga de trabalho.

Acho que a carga horária, o excesso de plantões faz as pessoas ficarem mais irritadas, sem paciência. ***** *ent_008 *gru_1 *loc_1 *esc_2 *tem_4 *cur_2

Novaretti *et al.*, (2014) confirmam essa afirmação através de estudo realizado em duas Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de hospitais distintos, verificou a relação entre complicações a pacientes e sobrecarga de trabalho de enfermagem, levando pacientes a passarem mais dias hospitalizados e apresentarem maior risco de morte.

Magalhães, (2017) também encontrou resultados semelhantes em seu estudo, concluindo que quanto maior a carga de trabalho, ou seja, a quantidade de pacientes designados aos profissionais de enfermagem, maior é a média de permanência dos pacientes hospitalizados e de infecção relacionada a procedimentos invasivos. Também, constatou associação inversamente significativa entre carga de trabalho e taxa de satisfação com o cuidado da equipe de enfermagem, ou seja, à medida que aumenta o número de pacientes atribuídos aos profissionais, menor a satisfação quanto ao cuidado recebido.

A carga horária de trabalho considerada excessiva é um fator de insatisfação para os trabalhadores. Essa insatisfação extrapola a dimensão profissional e adquire um cunho pessoal, pois o cansaço e a falta de lazer presentes no dia-a-dia dos trabalhadores, influenciam negativamente no desempenho de suas atividades laborais e formas de se relacionar com as pessoas, seja no âmbito pessoal ou de relacionamento laboral (SORATTO *et al.*, 2017).

Alguns profissionais se posicionam no sentido de justificar este viés da VO por jornadas de trabalho exaustivas, consequentes de baixa remuneração e desvalorização profissional, o que obriga os profissionais, muitas vezes, a possuir dupla ou tripla jornada de trabalho, abdicando do descanso, convívio familiar e cuidados com sua própria saúde, como a realização de atividade física, alimentação saudável, enfim, de um estilo de vida saudável físico e mentalmente (SORATTO *et al.*, 2017).

Ainda sobre a sobrecarga de trabalho, o entrevistado 24 fez uma crítica aos profissionais que assumem uma jornada laboral maior do que suas condições físicas,

apontando para o fato de visarem à questão financeira em detrimento da técnica, deixando, por esse motivo, de prestar a devida assistência às mulheres.

É o profissional estar exausto, sem condições de dar plantão e ir para o hospital só pra ganhar o dinheiro, sem disposição para trabalhar, saber que a mulher não tem condições de parir de parto normal e não intervir porque está cansado. ****
*ent_024 *gru_3 *loc_1 *esc_2 *tem_4 *cur_1

A formação tecnicista predominante no Brasil é vista como um empecilho à prática da humanização na assistência. Várias políticas governamentais, em oposição ao tecnicismo, trabalham a humanização da assistência como estratégia para uma assistência mais voltada para as necessidades individuais das pessoas atendidas.

Os profissionais precisam não só de aula técnica de como fazer um parto, mas aula de respeito, de ver as pacientes como seres humanos, com necessidades, com dor, necessitando de carinho, de amor de respeito ****
*ent_006 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_1 *cur_1

Apesar das políticas destinadas à humanização da assistência estarem sendo trabalhadas há várias décadas, ainda não conseguiram se consolidar, globalmente, na assistência ao parto no Brasil.

5.3.1.2 Classe 2- Violência verbal e psicológica

Na classe 2, com a maioria dos ST, 29,1%, as palavras que apresentaram maior importância foram: aqui, maltratar, ver, sofrer, paciente, gostar, vez, médico, principalmente. Nesta, estão as principais atitudes que os profissionais relacionam ao sofrimento das mulheres, ou seja, nas formas que os próprios profissionais fazem essas mulheres sofrerem, na sua perspectiva.

Percebeu-se que os profissionais ancoram a VO às violências verbal e psicológica, no contexto da assistência ao parto, explicitada por frases grosseiras e jargões de cunho moralista e discriminatório, que ofendem as mulheres, ridicularizam suas escolhas e as humilha, provocando sentimentos negativos, de inferioridade, instabilidade emocional, constrangimento e insegurança, como podemos ver nos segmentos das entrevistas:

Violência obstétrica é fazer chacota com as pacientes, com frases do tipo na hora de fazer, achou bom. Tem que ter sensibilidade, respeitar o momento de fragilidade que

a paciente está passando. A pessoa que não tem sensibilidade, maltrata a paciente. **** *ent_018 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_1 *cur_1
 ...já está aqui de novo você já tem tantos filhos! Até próximo ano! Essas são coisas que considero violência obstétrica porque afetam o emocional da mãe né? **** *ent_003 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_4 *cur_1
 Violência obstétrica é fazer chacota com as pacientes, falar frases feitas como dizer que na hora de fazer não reclamou. Uma paciente me disse que sofreu muito, ouvindo coisas desse tipo e que não respondeu ao profissional porque ficou com medo de ser mais maltratada ainda. **** *ent_024 *gru_3 *loc_1 *esc_2 *tem_4 *cur_1
 A questão de chacotas, de falar frases como: no próximo ano você vai estar aqui de novo! A mulher é mais velha: ave maria, você dessa idade ainda vai ter filhos?! Ou quando é nova demais: não tem mãe e pai em casa não? **** *ent_006 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_1 *cur_1

A assistência às parturientes deve transcender o caráter técnico e mecanicista, focado em procedimentos rotineiros e incorporar a dimensão emocional, considerando o caráter individual de cada mulher e a implicância, a longo prazo, que as ações realizadas pelos profissionais têm sobre a vida da mulher e do seu filho.

Relacionam a VO à categoria médica, evidenciando o poder masculino no espaço onde a prática feminina de partejar era soberana. Com isso, há uma sobreposição e um entrelaçamento de dois poderes, o masculino e o médico.

...agora os médicos, ave Maria! São muito resistentes. Fico mais admirada de ter médicos novos que são tão ignorantes que a gente não sabe de onde eles saíram, parecem que estão trabalhando de graça, fazendo favor. **** *ent_015 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_4 *cur_1
 Vejo muitas condutas profissionais principalmente dos médicos que são muito violentas. **** *ent_007 *gru_1 *loc_1 *esc_2 *tem_3 *cur_2
 Na minha visão, quem mais faz violência são os médicos, e muitos deles fazem as coisas sem ter consciência que aquilo é violência, mas um jeito de apressar o parto, para eles ficarem livres mais rápido. **** *ent_011 *gru_1 *loc_1 *esc_2 *tem_3 *cur_1
 Hoje não acontece mais, mas naquela época, tinha médico que batia nas pernas da mulher, para ela abrir, né? Muitas vezes, elas ficam desorientadas, por causa da dor e o médico gritava para abrir as pernas e davam um tapa, isso me deixava muito incomodada. **** *ent_014 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_4 *cur_1

O modelo hegemônico de atenção que predomina no Brasil, é o biomédico e intervencionista, predominantemente masculino e consensualmente dominado pela categoria médica, o que deixa as parturientes em lugar plano, tolhendo sua autonomia e bagagem cultural, restando-lhes posição passiva, com a perda de poder sobre o seu próprio corpo, que passa a ser domínio dos profissionais (DOMINGUES *et al.*, 2004).

No campo do ensino médico, Rios aponta um paradoxo, que embora reconhecida a importância e atualidade do tema no campo da saúde, há grande dificuldade de integração dos temas humanísticos ao corpo da medicina. Apesar de essencial à prática médica, a

humanização ainda é vista como um tema desinteressante e descartável (RODRIGUES; RIOS; SIRINO 2015).

Essas experiências levam à formação de representações sociais de experiências negativas sobre o processo de parturição, já que confirmam ideias cristalizadas na sociedade e formam um produto que servirá para a formação de novas concepções a respeito do processo de trazer um filho ao mundo.

5.3.1.3 Classe 3- Práticas não recomendadas

A classe 3 representa as práticas não recomendadas pelo MS como principais formas de VO. Aqui, as palavras mais frequentes foram: questão, também, mais, manobra de Kristeller, cortar, episiotomia, parto cesáreo e procedimento, as quais ancoram, pela perspectiva dos profissionais, os procedimentos associados à VO.

Faz episiotomia sem avisar e sem anestesia, aquilo ali dói demais viu! Geralmente são os médicos que fazem isso. Aqui esses procedimentos desnecessários já diminuíram muito, né? Mas a manobra de Kristeller infelizmente ainda existe aqui. **** *ent_015 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_4 *cur_1

Maus tratos no parto envolvem várias questões como os profissionais não se atualizarem e continuarem fazendo práticas que não se usa mais, que não tem mais indicação como manobra de Kristeller, episiotomia, restrição de dieta, deixando a mulher sem se alimentar o dia todo. **** *ent_001 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_2 *cur_1

No Brasil vigora modelo de assistência à saúde que enxerga a mulher como paciente, na perspectiva da medicalização do parto, com atribuição de risco potencial, com uso rotineiro de intervenções obstétricas. Dessa forma, os significados que as mulheres atribuem às experiências de gravidez e nascimento são ignorados ou diminuídos e seus sentimentos e sua satisfação com o cuidado são considerados menos importantes do que sua segurança e a de seu bebê (DOMINGUES, 2004).

Em decorrência disso, a necessidade de um modelo de intervenção baseado em evidências científicas se mostra presente há muitos anos, como forma de romper com o modelo hegemônico centrado na fragmentação e verticalização das ações. Em virtude disso, em 1985, a OMS lançou um documento denominado *Tecnologias apropriadas para o parto e nascimento*. Esse documento classifica as práticas em quatro categorias, estimulando as práticas cientificamente comprovadas como úteis e eficazes, recomenda cautela nas que ainda não possuem embasamento científico que as justifique e contraindica as prejudiciais ou ineficazes (WHO, 1985).

Três décadas após a publicação do documento supracitado, iniciou-se uma discussão sobre boas práticas na assistência ao parto. Porém ainda neste contexto, as mulheres continuam passando por situações desrespeitosas, em decorrência da resistência dos profissionais em aderir às suas recomendações, manipulando e se apropriando dos corpos femininos de maneira desrespeitosa e iatrogênica (PEREIRA *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Estudos reafirmam os benefícios da episiotomia seletiva em detrimento da rotineira, confirmando a tendência da assistência individualizada, cujo indivíduo possui uma necessidade de cuidado diferente e o profissional deve dispor de habilidade técnica e competência para diagnosticar e interferir corretamente diante das particularidades (JIANG *et al.*, 2017; FROTA, 2015).

Pelos depoimentos, percebeu-se que práticas ultrapassadas ainda são realizadas com certa frequência, retratando sua cristalização, que se impõe como uma dificuldade a ser superada individualmente pelos profissionais e coletivamente por instituições, em prol do bem-estar materno-fetal.

Nos comentários abaixo, pôde-se perceber aspectos como pressa para a realização do parto ou insegurança quanto ao tempo que a mulher pode passar no período expulsivo.

O que eu mais vejo de violência obstétrica praticada por médicos são os puxos induzidos, manobra de kristeller, episiotomia, porque o período expulsivo pode demorar mais um pouco por volta de uma hora e alguns acham que é muito tempo**** *ent_013 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_3 *cur_1
Tem muitos profissionais que ainda realizam manobra de kristeller, praticamente sobem em cima da barriga da mulher pra empurrar. **** *ent_024 *gru_3 *loc_1 *esc_2 *tem_4 *cur_1

Percebe-se que as práticas violentas estão arraigadas de maneira tão intensa para alguns, fazendo parte do universo consensual, vistas com naturalizada e muitas vezes, legitimadas, silenciadas, sendo por vezes difíceis de serem concebidas de outra forma.

A persistente utilização de práticas não recomendadas por evidências científicas, como o uso indiscriminado de ocitocina, restrição ao leito e posição horizontal no parto, podem levar à compressão de grandes vasos e prolongamento do TP e do período expulsivo, repercutindo negativamente sobre os resultados perinatais (LANSKY *et al.*, 2014).

O entrevistado 17 ressaltou a importância da enfermagem para diminuir a VO, descrevendo a atuação da enfermagem como uma profissão que tem como base o processo de cuidar, realizando menos práticas violentas ou desrespeitosas.

...à medida que a enfermagem vai ganhando esse espaço, a violência obstétrica vai diminuir, porque a enfermagem tem essa questão de cuidar, diferente da medicina, porque o nosso trabalho é cuidar mesmo, tanto que existem disciplinas voltadas diretamente para o cuidado. **** *ent_017 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_3 *cur_1

Quando os profissionais foram indagados sobre o que poderia ser feito para diminuir a VO, grande parte apontou a necessidade de aprimoramento/ atualização das atitudes profissionais, com a incorporação de evidências científicas à prática profissional, obtida através de cursos de qualificação e palestras, promovidas ou não pelas instituições onde atuam.

Para diminuir a violência obstétrica tem que ter muito curso, muita palestra, principalmente com os médicos. Eu nunca vejo palestra nem curso direcionado para os médicos, que é quem mais precisa. **** *ent_019 *gru_2 *loc_2 *esc_1 *tem_3 *cur_1

Eu acho que para diminuir a violência obstétrica a primeira coisa que deveria ser feita seria capacitação profissional, porém nós sabemos que os profissionais mais antigos jamais se adequarão às novas maneiras de conduzir o parto isso é uma questão muito séria. **** *ent_009 *gru_1 *loc_1 *esc_2 *tem_1 *cur_1

Para diminuir a violência obstétrica tem permitir que a mulher seja tratada conforme as diretrizes orientam, respeitar a Rede Cegonha todas as normas. **** *ent_003 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_4 *cur_1

Para diminuir a violência obstétrica tem que realizar capacitação dos profissionais e das pessoas que lidam né? A questão de orientação porque é um momento que a paciente está fragilizada e ela precisa é de apoio não de críticas.

**** *ent_020 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_3 *cur_1

Para diminuir tem que fazer palestras cursos tanto da área da enfermagem como para a parte obstétrica mais para obstetras do que para a enfermagem porque a enfermagem já está humanizada. **** *ent_015 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_4 *cur_1

...os profissionais não se atualizarem e continuarem fazendo práticas que não se usa mais, que não tem mais indicação, como manobra de Kristeller, episiotomia, restrição de dieta, deixando a mulher sem se alimentar o dia todo, de dieta zero, mandar a mulher fazer cocô, como se o bebê dela fosse fezes. **** *ent_001 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_2 *cur_1

Percebe-se a ancoragem de estratégias de melhoria do cuidado no conhecimento reificado, objetivado por normativas instituídas que ainda não conseguiram atingir a plenitude de suas ações.

5.3.1.4 Classe 4- Assistência de baixa qualidade e estratégias para mudança do cenário do parto

Na classe 4, com 22,3% dos ST, os profissionais ancoram a VO a uma assistência de baixa qualidade, marcada por vícios adquiridos no decorrer da prática e reproduzidos por

outros membros da equipe multiprofissional. As palavras mais significativas desta classe foram: jeito, conhecimento, agora e pensar.

É uma coisa que não sei explicar, não sei o que acontece com essas pessoas. A gente aprende as coisas de um jeito e quando chega para trabalhar encontra um cenário totalmente diferente, situação muito triste. ***** *ent_001 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_2 *cur_1

A palavra conhecimento, fortemente ligada a essa classe, se refere tanto ao conhecimento dos profissionais, a respeito das boas práticas, como ao conhecimento das mulheres sobre seus direitos, para que consigam visualizar a adequação ou não do cuidado recebido.

O intervencionismo, que faz parte do universo consensual da assistência ao parto, passou a ser entendido como o certo, padrão a ser seguido, tanto que apesar de causar dor, incômodo e muitas vezes sequelas permanentes, as mulheres pedem para serem submetidas a procedimentos comprovadamente ineficazes ou prejudiciais, mas que vêm sendo realizados ao longo dos anos e interpretados como “ajuda” pelas mulheres, como podemos observar a seguir:

Tem mulheres que pedem pra gente fazer coisas erradas que fizeram nos partos passados. Já me pediram pra romper bolsa, pra empurrar a barriga...*** *ent_001 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_2 *cur_1
A maioria das pacientes não sabe o que é violência obstétrica algumas chegam a pedir para gente empurrar a barriga delas, colocar injeção de força, porque não tem esse conhecimento. ***** *ent_006 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_1 *cur_1

Na percepção dos profissionais, a cristalização de práticas inadequadas, é mais presente nos indivíduos que possuem mais tempo de atuação na área.

Existem profissionais que alegam que fazem esses procedimentos há muitos anos, mas não atentam para o fato de estarem fazendo errado durante todos esses anos***** *ent_024 *gru_3 *loc_1 *esc_2 *tem_4 *cur_1
...os profissionais mais antigos não vão se adaptar, eles não vão deixar a sua maneira de trabalhar há tantos anos por uma que está surgindo agora, pois são profissionais acostumados a trabalhar de uma forma e eu penso que eles vão trabalhar assim pelo resto da vida...***** *ent_009 *gru_1 *loc_1 *esc_2 *tem_1 *cur_1

Apontam o acesso a informação, incentivo e cobrança das instituições como estratégias para diminuir a VO.

...as coordenações não investem nisso, alguns coordenadores não são enfermeiros obstetras e conseguem entender sobre o assunto e acaba que não estimulam, não cobram e os profissionais ficam defasados, sem o conhecimento do que é o certo a se fazer. **** *ent_016 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_3 *cur_1

Em janeiro de 2017 foi sancionada a Lei nº17.097, pelo governador de Santa Catarina, objetivando a implantação de medidas de informação e proteção à gestante contra VO no referido estado. Esta lei é o passo inicial para a criminalização deste tipo de violência, a exemplo de países como Argentina e Venezuela. Além da identificação de práticas violentas, é necessário que haja punição para atos que desrespeitem ou violentem as mulheres, como uma maneira do setor público se posicionar contra essas práticas (SENADO, 2017).

As afirmações a seguir apontam falhas no acompanhamento pré-natal, principalmente em relação às orientações às gestantes, pois afirmam que essas chegam às unidades hospitalares sem conhecimento sobre a evolução do trabalho de parto e parto, bem como de seus direitos assegurados por lei, como a necessidade de consentimento para a realização de procedimentos invasivos ou a acompanhante de livre escolha, independente das limitações das instituições que prestam atendimento.

Falha no acompanhamento pré-natal faz com que as mulheres cheguem à maternidade sem conhecer o andamento do trabalho de parto e seus direitos, permitindo que passem por situações indesejadas, sem reconhecer que estão sendo violentadas de alguma forma. **** *ent_004 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_2 *cur_2

Em relação ao acompanhante, no município de Maracanaú- CE, a maioria das gestantes/puérperas o tinham, portanto, era o esperado por elas, sendo pouco mencionado nas entrevistas. No caso de puérperas que não ficaram com acompanhante no momento do parto, ocorreu devido à indisponibilidade de quem as acompanhasse e raramente por situações ligadas à maternidade, como o caso da puérpera não conseguir leito na enfermaria e permanecer na sala de recuperação pós-anestésica até o momento da alta hospitalar.

Já em Ipu- Ce, a grande maioria das parturientes não usufruíam do direito de ter acompanhante, pois não fazia parte da rotina hospitalar. Comumente, só seria permitida a presença de acompanhante para parturientes menores de idade ou que apresentem algum déficit cognitivo grave. Além disso, não era permitida a entrada de indivíduos do sexo masculino. Mesmo quando as acompanhantes estavam presentes durante o TP, não podiam acompanhar o nascimento, pois sua entrada não era permitida na sala de parto, apenas, na enfermaria de pré-parto.

Comumente vivenciava-se a realização de procedimentos que não seguem a técnica convencionada, sendo nitidamente observável a “contaminação” de outros profissionais à realização dessas.

Como profissional, eu me sinto diferente dos meus colegas, me acho muito boba, porque sou mais aberta em relação a alguns aspectos, como a permissão de acompanhantes do sexo masculino, são pessoas que dão apoio, uma força às pacientes, que elas necessitam naquele momento. **** *ent_004 *gru_1 *loc_2 *esc_2 *tem_2 *cur_2

não ofertar acompanhante, porque com acompanhante ao lado a parturiente sempre se sente mais segura, é um ponto de apoio para ela. Eu vejo a presença do acompanhante como algo muito positivo que só ajuda. Infelizmente nem sempre é permitida a presença do acompanhante. **** *ent_007 *gru_1 *loc_1 *esc_2 *tem_3 *cur_2

5.3.2 Representações sociais de puérperas sobre violência obstétrica

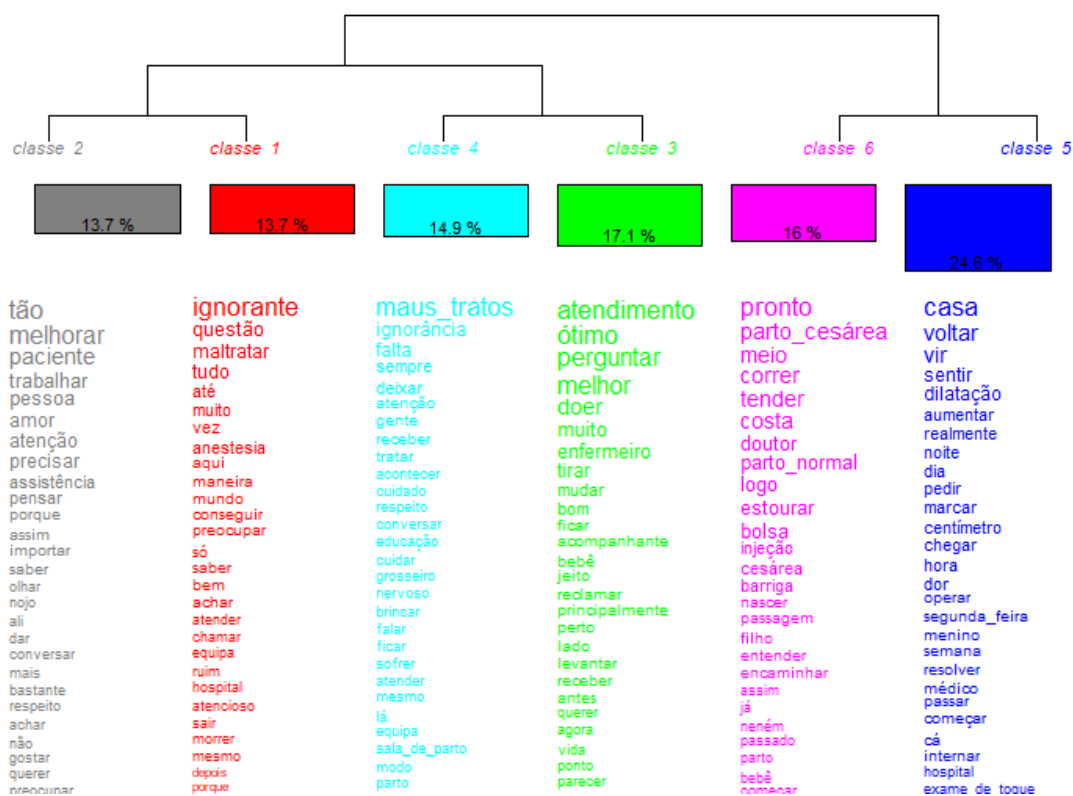
O processamento dos dados pelo *software* IRAMUTEQ reteve 29 textos (entrevistas) extraindo desses, 230 ST, formando seis classes, com aproveitamento de 76,09% do *corpus*, conforme indica a Figura 2.

A CHD oferece análise lexical do conteúdo que compõe o *corpus*, formando contextos lexicais caracterizados por vocábulos específicos e pelos segmentos de texto que possuem esse vocábulo em comum, com classificação desses vocábulos a partir da frequência das formas reduzidas (CAMARGO; JUSTO, 2013).

As classes foram formadas a partir das representações sociais das puérperas sobre VO, abrangendo aspectos sobre suas experiências no parto atual e anteriores (no caso de multíparas), quais aspectos foram mais satisfatórios e quais elas gostariam que tivessem sido diferentes, bem como o que consideravam VO.

Inicialmente o *corpus* total da análise foi dividido em duas ramificações (1ª partição), originando dois subcorpos. Um desses subcorpos dá origem às classes 5: *Acesso à maternidade* e 6: *Cesariana como solução*. A outra ramificação sofreu nova partição (2ª partição), dando origem, de um lado, às classes 3: *Avaliação do atendimento recebido* e 4: *Percepção de maus tratos*. Do outro lado, originou as classes 1- *Pontos marcantes da internação* e 2: *O que precisa melhorar*

Figura 2- Dendograma de classes das representações sociais de puérperas sobre violência obstétrica.



Fonte: Relatório IRAMUTEQ, 2019.

Quadro 4 - Classes produzidas pelo IRAMUTEQ a partir do *corpus* puérperas e suas denominações. Fortaleza-CE, 2019.

Corpus Representações sociais de puérperas sobre violência obstétrica	
Este <i>corpus</i> representa a dimensão relacionada às percepções das puérperas sobre os aspectos que compõem a violência obstétrica, bem como sua experiência na maternidade e a avaliação do atendimento recebido.	
Classes do dendograma gerado pelo <i>software</i> IRAMUTEQ- Figura 2.	Denominação das categorias correspondentes
Classe 1	Pontos marcantes da internação
Classe 2	O que precisa melhorar
Classe 3	Avaliação do atendimento recebido
Classe 4	Percepção de maus tratos
Classe 5	Acesso à maternidade
Classe 6	Cesariana como solução

Fonte: elaborado pela autora.

5.3.2.1 Classe 5: Acesso à maternidade

Nesta classe, com 24,6% dos ST, as puérperas relatam como foi o seu acesso à maternidade, discorrendo sobre os passos percorridos desde o momento que perceberam que deveriam se encaminhar ao hospital, até sua admissão neste, contando com alguns retornos para casa, por não estarem em TP ou a termo, dentre outros.

De segunda pra terça-feira, eu já tinha vindo aqui sentindo essas dores, aí o médico passou buscopam, eu tomei, voltei para casa, aí quando foi quarta-feira eu passei o dia sentindo dor, ontem o dia todinho. Eu estudo, a noite não aguentei ir para escola, aí voltei pra casa, aí quando foi na base de umas seis horas, quando eu vim para o hospital a minha bolsa estourou**** *ent_005 *gru_1 *loc_2 *ida_1 *est_3 *esc_4 *pro_1 *ren_2 *rel_1 *via_1

Eu vim dia 22, com quatro centímetros de dilatação, dei entrada cinco horas da manhã. Quando foi sete horas me mandaram para casa porque eu não estava sentindo dor, só estava sangrando pouco. ***** *ent_015 *gru_1 *loc_2 *ida_2 *est_2 *esc_5 *pro_1 *ren_2 *rel_6 *via_1

O acompanhamento pré-natal objetiva assegurar o desenvolvimento da gestação, com parto de um recém-nascido saudável, com o menor impacto possível na vida da mulher. Enfoca ações psicossociais e atividades educativas e preventivas, com vistas a diminuir a morbimortalidade materna. Assim, o acesso à informação é parte integrante desse, reafirmado pelas Políticas de Humanização da Assistência, junto à Rede Cegonha, que propõem o reposicionamento das mulheres para uma postura ativa, que possam exercer seu protagonismo e serem coparticipativas nas ações de cuidado (BRASIL, 2011; BRASIL, 2006).

Mesmo sendo acompanhadas no pré-natal, as gestantes procuraram atendimento antes de entrarem em TP, o que indica o não reconhecimento dos sinais deste. Essas idas e vindas das puérperas à maternidade acabam gerando ansiedade exacerbada, por acharem que os profissionais não as atendem de maneira adequada, o que elas atribuem a falta de compromisso e desinteresse da equipe de saúde, repercutindo em frustração e irritação por parte dessas e de seus familiares.

Em consonância a isso, em pesquisa realizada sobre o conhecimento de gestantes acompanhadas pelo pré-natal, Cabral *et al.*, (2018) constatou que 41% das participantes do acompanhamento relataram não ter suas dúvidas sanadas durante sua participação, dado bastante relevante, diante das várias alterações físicas e emocionais a que as mulheres são submetidas durante a gestação.

...fui em casa, tomei banho e fui pro hospital. Aí, o médico me examinou e disse que o colo do útero não estava aberto, mas em qualquer momento eu poderia entrar em trabalho de parto. Aí fui pra casa de novo e a dor foi aumentando, aumentando e eu voltei pro hospital de novo. **** *ent_017 *gru_1 *loc_2 *ida_2 *est_2 *esc_5 *pro_2 *ren_3 *rel_6 *via_1

Na narrativa da puérpera que relata sua experiência a seguir, percebeu-se a ancoragem das contrações que fazem parte do processo de parturição, ao sofrimento, mal atendimento e medo da morte do filho por falta de intervenção da equipe.

Vim para cá muitas vezes e voltei pra casa, passei duas semanas sofrendo, sentindo dor, fui muito mal atendida, vi a hora a criança morrer dentro de mim, ela nasceu toda roxinha. **** *ent_021 *gru_1 *loc_1 *ida_1 *est_3 *esc_4 *pro_1 *ren_1 *rel_1 *via_2

O ST que segue, a puérpera foi transferida de unidade hospitalar devido à falta de recursos assistenciais condizentes com seu quadro clínico.

Eu não tive meu filho aqui, eu tive em outro hospital e aí, teve umas complicações depois e eu fui transferida para cá, eu tive uma hemorragia... Ele (médico) passou medicamento, bolsa de sangue, umas injeções e um soro específico, só que não parava de sangrar.... Aqui fizeram os mesmos procedimentos comigo, novamente as mesmas vacinas que eu tinha tomado lá, soro e depois eu fui pro centro cirúrgico, pra fazer curetagem, pra eles verem o que foi a causa, mas não me disseram nada. **** *ent_017 *gru_1 *loc_2 *ida_2 *est_2 *esc_5 *pro_2 *ren_3 *rel_6 *via_1

As hemorragias pós-parto são a principal causa de mortalidade materna em países de baixa renda e a causa primária de quase um quarto de todas as mortes maternas em nível global. A maioria das mortes resultantes desse tipo de hemorragia ocorre durante as primeiras 24 horas após o parto, sendo mortes evitáveis com medidas simples, como uso rotineiro de uterotônicos e gestão adequada e em tempo hábil das mulheres (BRASIL, 2014).

Percebeu-se que a puérpera recebeu tratamento e seguimento adequados, demonstrando competência profissional e rede de atenção eficiente, o que não aconteceu com a puérpera 03, que discorreu sobre sua entrada no hospital no trecho a seguir:

Primeiro eu fui para o Gonzaguinha de Fortaleza, chegando lá o médico, só tinha um de plantão, então ele disse que não tinha como me atender, aí ele pegou e disse pra mim procurar outro hospital, eu fui pro Maracanaú, Ana Lima, cheguei lá o rapaz falou a mesma coisa, só que ele disse que estava com medo de fazer o meu parto porque já era a terceira cesárea, ele estava com medo, aí ele pediu pra mim ir para o Hospital da Mulher que provavelmente ia ter dois anestesistas e seria melhor. **** *ent_003 *gru_2 *loc_2 *ida_2 *est_3 *esc_5 *pro_2 *ren_4 *rel_1 *via_2

No âmbito do Brasil, desde 2007 existe a Lei nº 11.634, que estabelece o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência, pelo SUS, o que não foi feito com essa gestante, pois essa passou por duas unidades assistenciais antes de ter seu caso resolvido. Os profissionais que realizaram seu acompanhamento pré-natal conheciam suas condições de saúde, portanto, deveriam ter realizado orientação sobre qual unidade hospitalar da região de saúde possuía condições de atendê-la integralmente (BRASIL, 2007).

A vinculação da gestante à unidade hospitalar onde o parto será realizado também é uma das estratégias da Rede Cegonha, que recomenda que sejam realizadas pelo menos duas visitas às suas unidades de referência para o parto, objetivando consolidar o seguimento do acompanhamento das gestantes e facilitando sua tomada de decisão no momento de procurar assistência hospitalar.

Apesar das normativas citadas, a peregrinação de gestantes em busca de atendimento obstétrico é uma dura realidade, o que contribui negativamente para a experiência do parto, pois afeta a fisiologia do parto, aumentando a vulnerabilidade do binômio mãe-filho. Durante o percurso de peregrinação, as gestantes vivenciaram inúmeros sentimentos negativos como medo, raiva, angústia, apreensão, ódio, estresse e nervosismo, dentre outros que afetam diretamente a fisiologia do parto, como a segurança, podendo torná-lo um evento inseguro.

Estudos demonstram que a discriminação na assistência ao parto a que são submetidas as mulheres mais pobres, como peregrinação em busca de vaga para internação, menor utilização de métodos para alívio da dor (LEAL *et al.*, 2005; DOMINGUES, 2016).

Das gestantes que relataram que procuraram o hospital e retornaram para casa, três pariram por via vaginal, portanto, deduz-se que não procuram a unidade no momento correto. A entrevistada 21, que também afirma ter ido ao hospital e retornado foi a única que julgaram necessário realizar parto abdominal.

5.3.2.2 Classe 6: Cesariana como solução

Nos depoimentos abaixo, percebe-se que a via de parto abdominal é ancorada, pelas mulheres, na saída para a resolução de problemas inerentes ao parto vaginal, servindo como uma estratégia de fuga da dor e para salvar a vida do bebê dos riscos do parto normal.

Em decorrência disso, o profissional que realiza o parto cirúrgico é visto como bom e o serviço avaliado positivamente.

Aqui eu fui atendida por um médico super bem, e ele aceitou fazer meu parto cesárea. **** *ent_003 *gru_2 *loc_2 *ida_2 *est_3 *esc_5 *pro_2 *ren_4 *rel_1 *via_2

Como estava passando das quarenta semanas de gestação, ele achava que eu não ia sentir mais nada, até então eu sentia, mas só que quando eu vinha, não tinha dilatação, ele achava que eu não ia ter, não tinha tido ainda, então eu não ia ter mais. Aí perguntou se eu queria fazer parto cesárea. Eu não tenho do que reclamar daqui, muito bom, médicos, enfermeiros, pediatras. **** *ent_001 *gru_1 *loc_2 *ida_2 *est_3 *esc_4 *pro_2 *ren_4 *rel_2 *via_2

...aí ele fez o exame de toque, eu disse que o meu primeiro tinha sido parto cesárea e não estava tendo passagem, me mandou logo pro centro cirúrgico. Quatro anos da minha cesárea anterior. **** *ent_007 *gru_2 *loc_2 *ida_3 *est_3 *esc_4 *pro_2 *ren_2 *rel_1 *via_2

Foi horrível, porque minha bolsa estourou quatro horas da manhã, aí começaram a induzir meu parto dez horas da manhã, aí quando foi oito horas apareceu um médico muito bom, viu que eu não tinha condições de ter esse menino de parto normal e me botou para fazer parto cesárea. **** *ent_002 *gru_1 *loc_2 *ida_2 *est_1 *esc_4 *pro_1 *ren_1 *rel_1 *via_2

Pelo discurso a seguir, a entrevistada nº 8 afirmou que os profissionais aguardavam o parto vaginal por opção própria, não considerando que existem critérios para a elegibilidade da via de parto. Dessa forma, fica evidente a falta de conhecimento da puérpera a respeito dos reais motivos que norteiam as decisões profissionais sobre a escolha da via de parto e dos instrumentos utilizados para embasar suas ações e indicar o momento de intervir.

Cheguei sentindo dores, contrações, tinha tudo para a criança nascer de parto normal, devido a ultrassom que eu tinha batido. A criança estava toda encaixada, aí o médico achou que seria possível ter parto normal, mas não foi. Eles esperam que a gente tenha parto normal, porque eles não querem fazer cesárea. **** *ent_008 *gru_1 *loc_2 *ida_2 *est_2 *esc_4 *pro_2 *ren_1 *rel_1 *via_2

...pra eu ficar aqui (hospital), minha mãe teve que fazer uma guerra aqui, e pra fazer a cesárea, outra guerra....aí disseram que estava dilatando muito lento, que foi na hora que minha mãe veio e resolveram fazer minha cesárea. **** *ent_021 *gru_1 *loc_1 *ida_1 *est_3 *esc_4 *pro_1 *ren_1 *rel_1 *via_2

As taxas de cesariana no Brasil alcançaram índices alarmantes e apesar da implantação de programas e campanhas de incentivo ao parto normal e humanizado, permanecem muito além do ideal. Vários aspectos fazem parte do universo consensual em relação à cesariana, como a possibilidade cômoda de agendamento para o dia e horário mais convenientes, para profissionais e famílias, ausência de dor do TP, preocupação estética com a manutenção da funcionalidade perineal, sendo consensual atribuir sequelas irreversíveis à vida sexual após parto normal, além da falsa correlação entre parto vaginal e risco para o binômio materno-infantil (COPELLI, 2015; MULLER, 2015; OLIVEIRA, 2016).

A decisão da opção pelo parto abdominal, está associada a vários aspectos, como o poder médico, experiência ruim em partos vaginais anteriores ou no atual, como TP “prolongado” e pela dor ocasionada pelas contrações uterinas (COPELLI, 2015).

No comentário da puérpera 21, percebeu-se a ênfase que esta deu à pressão que a mãe exerce sobre a equipe, interferindo sobre o momento da internação e a decisão pela realização do parto abdominal.

5.3.2.3 Classe 2: o que precisa melhorar

Quando indagadas sobre quais aspectos do atendimento recebido as puérperas julgavam necessário melhorar, as respostas englobaram vários aspectos, desde o atendimento, na recepção da maternidade, relacionando a recepção inadequada à falta de amor pela profissão.

Para mim, só precisa melhorar a recepção, que deveria ser mais atenciosa com as pacientes, porque através deles é que a gente tem acesso ao enfermeiro, ao médico, então, sem eles, a gente não é nada, infelizmente. Gostaria de ter sido tratada com mais respeito. **** *ent_009 *gru_2 *loc_2 *ida_2 *est_2 *esc_2 *pro_2 *ren_2 *rel_2 *via_2

As puérperas relacionam os modos grosseiros de tratar e o atendimento impessoal à falta de amor ao próximo e ao exercício da profissão, ressaltam que os profissionais priorizam os assuntos pessoais às obrigações no trabalho.

Acho que o atendimento na recepção poderia melhorar e o humor dos doutores que eles botam medicina por amor, enfermagem por amor e anda é longe. Tirando a mulher que não deixava nem a gente perguntar as coisas eu não mudaria nada não. **** *ent_006 *gru_2 *loc_2 *ida_1 *est_1 *esc_4 *pro_1 *ren_1 *rel_2 *via_2
Acho que podia melhorar a atendimento, porque pessoa quando vai ter uma criança, era para eles ter mais atenção e assistência às pessoas que tão sentindo dor. Elas conversavam mais do que atendiam as pessoas. **** *ent_005 *gru_1 *loc_2 *ida_1 *est_3 *esc_4 *pro_1 *ren_2 *rel_1 *via_1
Para melhorar, precisava mudar o coração de cada pessoa que trabalha, porque eu percebi que ninguém tem amor por ninguém. Depois da cirurgia, eu senti muita dor, chamava as pessoas e elas só sabiam dizer pra esperar o médico. Ontem, eu passei mal dentro do banheiro e não tinha uma pessoa para ajudar, eu desmaiei, a acompanhante da outra mulher que me ajudou. **** *ent_021 *gru_1 *loc_1 *ida_1 *est_3 *esc_4 *pro_1 *ren_1 *rel_1 *via_2

Na fala da entrevistada 21 percebeu-se claramente o descaso recebido, pois esta afirma que não teve chamado atendido pela equipe, ao sentir dor.

Que precisa melhorar aqui, só a atenção que dão às pessoas. Do médico, o atendimento foi muito bom, também tem umas enfermeiras ótimas, maravilhosas, mas tem outras que precisam dar mais atenção, que parecem que têm nojo da gente. **** *ent_023 *gru_2 *loc_1 *ida_2 *est_2 *esc_3 *pro_2 *ren_2 *rel_1 *via_2

5.3.2.4 Classe 1: Pontos marcantes da internação

De acordo com o apreendido na análise das falas das participantes, nesta classe, as puérperas relataram o que foi mais marcante na experiência da internação para o parto, como aspectos ligados à ambiência.

...o ruim daqui é só as enfermarias, faz muito calor aqui, o ventilador não vem até aqui. Dos profissionais, foi tudo bem. **** *ent_026 *gru_1 *loc_1 *ida_2 *est_1 *esc_5 *pro_1 *ren_2 *rel_1 *via_2

A RDC nº36 de 2008 regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e seus anexos, com vistas a criar ambientes que forneçam conforto e privacidade para mães, bebês e seus acompanhantes (ANVISA, 2008).

O ruim daqui desse hospital é só que tem muita gente ignorante e muito barulho, a gente não consegue dormir, descansar nada, as pessoas falam muito alto, as visitas ficam mais tempo do que deveriam, incomoda muito, mas fora isso, o atendimento foi muito bom. **** *ent_023 *gru_2 *loc_1 *ida_2 *est_2 *esc_3 *pro_2 *ren_2 *rel_1 *via_2

A estrutura física inadequada, com enfermarias que abrigam vários leitos, é um ponto bastante relevante para o conforto das mulheres e seus familiares e usada como justificativa para não aceitar acompanhantes do sexo masculino em várias instituições hospitalares, ferindo, dessa forma, os direitos das mulheres.

Em pesquisa sobre a satisfação de usuárias na rede pública hospitalar sobre a qualidade do atendimento ao parto, Silva, (2017) encontrou grande insatisfação no aspecto ambiência, especialmente no que se referia à temperatura na enfermaria, ao conforto, a qualidade e quantidade das roupas e o barulho, demonstrando que a estrutura das unidades não está adequada à humanização e qualidade da assistência.

Estava a equipe toda lá, todos muito educados, atenciosos. Foi ruim assim, a questão da cirurgia, a dor, a anestesia, depois ficar algumas horas paralisada, foi só isso, mas de resto, foi tudo muito tranquilo. **** *ent_004 *gru_1 *loc_2 *ida_2 *est_3 *esc_3 *pro_1 *ren_2 *rel_1 *via_2

Pela fala da puérpera a seguir, percebeu-se a ancoragem do atendimento hospitalar a sentimentos negativos, pela ênfase e surpresa que esta demonstra ao ter sido prontamente atendida e medicada.

Gostei logo quando eu cheguei, que não fui barrada, fui logo atendida, medicada, pra normalizar a pressão, aí fui pro parto normal, mas não deu certo e fiz a cesárea e eu gostei da equipe médica, do tratamento de todo mundo, como a gente é atendida. Antes de sair, se eu visse a equipe, ia parabenizar eles, porque aqui não é qualquer hospital, porque às vezes a gente chega num hospital e morre à míngua, porque não estão nem aí. ***** *ent_016*gru_2 *loc_2 *ida_2 *est_3 *esc_1 *pro_2 *ren_1 *rel_1 *via_2

Pelo exposto, fica explícito o poder que experiências negativas vivenciadas em situações anteriores exercem sobre a situação presente, influenciando suas expectativas, gerando ansiedade e medo, que impactam na sua forma de se relacionar com os profissionais. A expressão “morre à míngua” denota a frustração, por parte de quem está recebendo a atendimento e indiferença por parte de quem o realiza.

5.3.2.5 Classe 3: Avaliação do atendimento

Nesta classe, com 17,1% dos ST, as puérperas fazem uma avaliação do atendimento recebido, enfatizando os aspectos mais relevantes, citando os pontos positivos e negativos do cuidado.

O meu atendimento, foi maravilhoso, a parte do parto cesárea, não tenho nada do que reclamar. As enfermeiras que cuidam da gente têm toda atenção. ***** *ent_002 *gru_1 *loc_2 *ida_2 *est_1 *esc_4 *pro_1 *ren_1 *rel_1 *viça_2

Meu atendimento foi ótimo! Eles são muito atenciosos, cuidadosos, educados, ajudam demais a gente, em tudo que você precisar. ***** *ent_004 *gru_1 *loc_2 *ida_2 *est_3 *esc_3 *pro_1 *ren_2 *rel_1 *via_2

O atendimento foi ótimo, tiraram minhas dúvidas, me trataram super bem, tanto a mim como a criança, o atendimento foi bom que só! ***** *ent_011 *gru_2 *loc_2 *ida_2 *est_6 *esc_2 *pro_1 *ren_1 *rel_2 *via_2

No ST a seguir, percebeu-se que o parto e o atendimento ao parto estavam ancorados no medo, presente, consensualmente, para a puérpera e para seus pares, como integrantes de uma sociedade que carrega como bagagem, experiências negativas, que são projetadas na perspectiva da referida puérpera, deixando-a apreensiva diante do parto iminente.

Eu gostei do meu atendimento, antes eu tinha muito medo, mas eu gostei. O povo falava muito, mas eu gostei. Eles (profissionais) ficavam perguntando se eu estava bem, se eu estava com frio, se eu tivesse com frio eu se abraçasse, que estava perto,

que já ia tirar o neném, que já tinha tirado. **** *ent_006 *gru_2 *loc_2 *ida_1
*est_1 *esc_4 *pro_1 *ren_1 *rel_2 *via_2

Quando a experiência da mulher é diferente da sua expectativa, ela pode repensar ou ressignificar as suas representações acerca do cuidado recebido, atribuindo um novo valor e significado a ele, e possibilitando novos conhecimentos e práticas sociais (CARNEIRO *et al.*, 2013; MOSCOVICI, 2003).

A enfermagem atua diretamente no cuidado às parturientes, assim, as demandas dessas pacientes são diretamente solicitadas a esta categoria profissional, que tem a responsabilidade de intervir em prol do conforto e bem-estar, dentro da equipe multiprofissional. Assim, as demandas que não possam ser atendidas por esses profissionais, devem ser repassadas para outros membros da equipe que as resolvam.

O atendimento, na parte do doutor foi ótimo, agora na parte da medicação foi horrível, elas deixam a gente sofrer bastante. Eu perguntava a elas se o doutor tinha passado algum remédio para aliviar a dor, elas diziam a não, num sei o que. Aí eu está certo. Falei para elas que eu estava sangrando, e elas nem aí. Uma ia botar o soro em mim, em vez de botar o soro, ficava conversando com a outra. ****
*ent_005 *gru_1 *loc_2 *ida_1 *est_3 *esc_4 *pro_1 *ren_2 *rel_1 *via_1
O atendimento melhor que eu recebi foi só da médica, porque as enfermeiras que estão aqui, só querem ver o lado delas, com o celular na mão direto, se esquecem que ganham o dinheiro delas de nós, porque se não tiver nenhuma paciente aqui, elas não têm emprego, iam ter que trabalhar na roça, que nem nós, roçando mato e apanhando feijão. **** *ent_021 *gru_1 *loc_1 *ida_1 *est_3 *esc_4 *pro_1
*ren_1 *rel_1 *via_2

Nos ST das puérperas 05 e 021, percebeu-se que elas avaliavam o atendimento médico como positivo, enquanto mencionam aspectos negativos de outras categorias profissionais. Vale enfatizar que muitas vezes as demandas expressadas pelas mulheres fogem da competência da equipe de enfermagem, havendo necessidade da intervenção do médico, que é visto como mais competente e como o profissional que teve interesse em resolver o problema da mulher.

A puérpera 09 referiu insatisfação com o acolhimento, na recepção, ancorando a espera pela consulta à desumanidade dos profissionais, indiferença e falta de compaixão, característicos de indivíduos que trabalham em hospitais.

Os maus tratos que eu recebi, foi só o atendimento mesmo (na recepção), falta de humanidade com a pessoa, naquele momento que a pessoa está passando por dificuldade. Não é porque a pessoa trabalha no hospital que tem que ser desumano não. Só quem sabe o que está se passando aqui é a pessoa que passa, a que está vivendo. **** *ent_009 *gru_2 *loc_2 *ida_2 *est_2 *esc_2 *pro_2 *ren_2 *rel_2
*via_1

Visando à melhoria do acesso às maternidades e hospitais, comungando com os preceitos das Políticas de Humanização e com a Rede Cegonha, foi instituído o Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia, uma ferramenta de apoio à decisão clínica, objetivando a pronta identificação de pacientes críticas, através da padronização e da prioridade de acesso aos serviços de saúde e, principalmente da promoção do acolhimento às gestantes, com responsabilização por estas dentro da rede de saúde, contribuindo para a diminuição da peregrinação das mulheres em busca de atendimento e desfechos desfavoráveis devido à demora do atendimento (BRASIL, 2017).

Apesar de serem submetidas a procedimentos sem embasamento teórico que os justifiquem ou mesmo contraindicados, as puérperas avaliam positivamente o atendimento, demonstrando desconhecimento sobre a fisiologia do parto e a necessidade de intervenções. Nesse contexto, percebeu-se a significância da violência simbólica, cujo poder e a autoridade do profissional se impõem e passam despercebidos pelos que recebem a violência.

Eu não tenho o que reclamar do atendimento, foi tudo perfeito. Na hora do bebê nascer, precisou empurrar a barriga, porque ele ficou tipo preso aqui por baixo, porque ele é muito grande. Aí, ela teve que fazer só uma forcinha aqui em cima. Também precisei tomar soro com remédio, porque eu já tinha dilatado dez centímetros, mas minha contração não era suficiente para colocar a força para ele nascer. ***** *ent_015 *gru_1 *loc_2 *ida_2 *est_2 *esc_5 *pro_1 *ren_2 *rel_6 *via_1

O atendimento foi bom, só precisa de uma atençãozinha maior, mas acho que é porque é muita mulher e os profissionais se confundem, às vezes. Mas foi tudo bom, tudo ok. Nos atendimentos dos meus partos passados foi pior, porque eles não tiveram muita atenção comigo, falta de acompanhamento, porque eu já estava esgotada e ninguém fazia nada por mim, entendeu? Faltou atitude e quem se colocasse no meu lugar. ***** *ent_029 *gru_2 *loc_1 *ida_3 *est_1 *esc_3 *pro_2 *ren_2 *rel_1 *via_1

Nos meus partos, fui cortada, mas depois o médico costurou. Em todos os meus partos, precisou empurrar a barriga, porque é uma ajuda que a gente recebe dos profissionais, né? Empurraram minha barriga e num instante minha filha nasceu, foi ótimo!***** *ent_028 *gru_2 *loc_1 *ida_3 *est_1 *esc_2 *pro_2 *ren_3 *rel_2 *via_1

Essa avaliação positiva, é baseada no universo consensual da puérpera, que prevalecem as práticas intervencionistas tradicionalmente adotadas por profissionais e aceitas pelas mulheres, assim, sua expectativa não é baseada no universo reificado os protocolos assistenciais. Dessa forma, sua visão crítica não é suficiente para avaliar a qualidade do cuidado recebido (D'ORSI *et al*, 2014).

5.3.2.6 Classe 4: como concebem os maus-tratos

As palavras maus tratos, ignorância e falta são as que apresentam maior ligação com esta classe, se referindo à ancoragem dos maus tratos a aspectos que percebem como

falhas do atendimento, como o relacionamento interpessoal, aspecto demonstrado por relatos de falta de atenção, desrespeito, falta de compromisso profissional, abandono, chacota e grosseria.

Maus tratos é demorar para atender a gente, tratar com ignorância, não ter respeito, não se preocupar com a gente e com nosso filho, essas coisas. **** *ent_027 *gru_2 *loc_1 *ida_3 *est_6 *esc_5 *pro_1 *ren_2 *rel_1 *via_2

Maus tratos é ser tratada com ignorância, deixar a pessoa jogada, sem dar atenção, sem olhar, porque você sabe que um parto exige atenção e cuidado, por mais simples que seja. **** *ent_028 *gru_2 *loc_1 *ida_3 *est_1 *esc_2 *pro_2 *ren_3 *rel_2 *via_1

Quando elas vêm com as ignorâncias delas, que não deixa nem a gente falar o que é, elas já querem adivinhar, eu respondo. Minha mãe foi fazer uma pergunta a ela, ela disse assim, eu já sei. **** *ent_006 *gru_2 *loc_2 *ida_1 *est_1 *esc_4 *pro_1 *ren_1 *rel_2 *via_2

Maus tratos é o modo como a pessoa fala com você, a dedicação dela, a atenção com você, isso demonstra que ela está atenciosa com você, tem outras que não, que estão trabalhando por obrigação mesmo. **** *ent_003 *gru_2 *loc_2 *ida_2 *est_3 *esc_5 *pro_2 *ren_4 *rel_1 *via_2

Pra mim, maus tratos é isso, falta de atenção, deixar sofrer, não chegar pra conversar nem orientar em nada, né? Coisa que não aconteceu comigo, elas me orientaram muito. **** *ent_015 *gru_1 *loc_2 *ida_2 *est_2 *esc_5 *pro_1 *ren_2 *rel_6 *via_1

Maus tratos é o modo como você é tratada, o fato de você ser nova a pessoa ficar debochando de você. Pelo fato de eu ter engravidado mais cedo, aí quando eu fui ter a minha primeira filha eu fui muito maltratada, eu não pude ficar com minha mãe de acompanhante, as enfermeiras ficavam debochando da minha cara, que eu queria ficar com a minha mamãe, soltando piadas, que quando estava no “bem-bom” não procurou a mamãe e agora queria a mamãe. **** *ent_007 *gru_2 *loc_2 *ida_3 *est_3 *esc_4 *pro_2 *ren_2 *rel_1 *via_3

Nos dois ST que seguem, vemos menção a aspectos físicos do atendimento, com o relato de exame de toque vaginal doloroso, relacionado a falta de cuidado do profissional.

Maus tratos no parto é quando o médico vai fazer o exame de toque e só falta rasgar. O jeito de falar. Ignorância. **** *ent_002 *gru_1 *loc_2 *ida_2 *est_1 *esc_4 *pro_1 *ren_1 *rel_1 *via_2

Aconteceu maus tratos no parto no outro hospital, o médico examinou, fez o exame de toque sem nem colocar gel. Depois que minha acompanhante chegou, melhorou. **** *ent_010 *gru_1 *loc_2 *ida_3 *est_3 *esc_5 *pro_2 *ren_2 *rel_2 *via_2

Pelo discurso da puérpera nº11, compreendeu-se que a presença do acompanhante funcionou como suporte emocional, durante a internação e como protetor de novos atos de violência. Assim, o acompanhante pode estimular uma relação mais cordial entre a parturiente e a equipe, além de causar efeito de inibição de novos abusos por parte da equipe (BRÜGGEMANN *et al.*, 2007; D’ORSI, 2017).

Já pesquisei e ouvi comentários no facebook sobre maus tratos. Alguns grupos no facebook, de mulheres que já foram mães passaram por maus tratos, mas só no

parto_normal, cesárea não. **** *ent_011 *gru_2 *loc_2 *ida_2 *est_6 *esc_2
*pro_1 *ren_1 *rel_2 *via_2

Achados da pesquisa de D'orsi, 2014 vão de encontro à afirmação dessa puérpera, pois esse autor concluiu que há maior ocorrência de relatos de violência em mulheres que passaram pelo TP e, portanto, estiveram mais tempo em contato com a equipe de saúde, portanto, mulheres que passaram por parto abdominais, especialmente os agendados e que passaram menos tempo hospitalizadas, sofreram menos maus-tratos.

Maus tratos pra mim é a equipe não conversar com você na hora do parto, pra você ficar mais relaxada, menos nervosa, mais atenção. Tem doutor que fica com fone nos ouvidos, escutando música e só falando calma nos ouvidos da gente, tenha paciência. **** *ent_020 *gru_2 *loc_1 *ida_2 *est_3 *esc_2 *pro_1 *ren_1
*rel_1 *via_2

Maus tratos é demorar para atender a gente, tratar com ignorância, não ter respeito, não se preocupar com a gente e com nosso filho, essas coisas. **** *ent_027 *gru_2
*loc_1 *ida_3 *est_6 *esc_5 *pro_1 *ren_2 *rel_1 *via_2

Maus tratos para mim, eu acho que não seja só fisicamente, mas também verbalmente, às vezes você fala com uma pessoa de uma maneira que a pessoa não goste, já está maltratando, né. Tem muitas maneiras, não é só bater, a maneira de falar com as pessoas também é, tem que ver também isso. **** *ent_001 *gru_1
*loc_2 *ida_2 *est_3 *esc_4 *pro_2 *ren_4 *rel_2 *via_2

Podemos perceber uma forte relação entre a avaliação positiva das puérperas e o relacionamento interpessoal entre elas e a equipe de saúde, em que é mais importante para as mulheres serem bem recebidas do que as próprias condutas.

Nesse contexto, a estratégia de se calar diante da dor para não sofrer mais é frequentemente utilizada como recurso para escapar da violência institucional: aquela que colabora seria mais bem assistida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas que compõem a violência obstétrica fazem parte do cenário hospitalar há muitos anos, portanto, presentes no universo consensual das mulheres e profissionais da saúde, arraigadas a estes de forma que muitas vezes, por mais evidentes que sejam, passam despercebidas por quem pratica e por quem recebe essa violência, embora permaneçam marcadas na memória e/ou no corpo das mulheres, que muitas vezes carregam consigo sequelas decorrentes dessa violência pelo resto de suas vidas, sejam físicas ou emocionais.

Apesar do movimento que caminha de encontro às boas práticas na assistência ao parto, a realidade está distante do ideal, havendo a necessidade de estratégias eficazes de combate à VO.

Tendo em vista o contexto da VO nas maternidades, há a necessidade de cuidado clínico que vise suprir as necessidades específicas de cada mulher, respeitando suas peculiaridades, dentro dos padrões de segurança, com empatia, de forma a formar vínculo que possibilite uma relação pautada na confiança, fornecendo resposta positiva diante das dificuldades, medos, anseios e mitos presentes no universo consensual do parto.

Diante desse cenário, compreender as percepções que os indivíduos envolvidos no cuidado, profissionais da saúde e puérperas, possuem a respeito da VO no âmbito do parto, considerando o parto, não apenas biológica ou fisiologicamente, mas toda a sua magnitude simbólica, como rito de passagem das mulheres e famílias para o papel de mães/pais/provedores de um novo membro da constelação familiar torna-se uma importante ferramenta norteadora de ações que visem mudar a realidade dos cenários hospitalares.

Através das representações sociais foi possível identificar as percepções de profissionais e puérperas sobre a VO, com ênfase nos aspectos mais importantes para cada grupo, bem como os que são imperceptíveis para ambos os grupos.

Os profissionais percebem a violação dos direitos das parturientes sob vários prismas, envolvendo uma vasta gama de aspectos, mencionando, em seus discursos, aspectos psicológicos e físicos, dando mais importância a este último, embora, em certos momentos, se utilizem de justificativas para praticar procedimentos que vão contra as recomendações para as boas práticas na assistência.

Dentre os profissionais que atuam na instituição do interior, especialmente entre os de nível médio (auxiliares e técnicos em enfermagem), a necessidade de um programa de educação continuada, facilitando o acesso e promovendo incentivo a cursos de

aperfeiçoamento/qualificação se mostrou mais evidente, pois alguns trabalhadores estavam há anos sem acesso às novas diretrizes que regem as práticas profissionais.

Ficou evidente, na percepção dos profissionais, a necessidade de investimento na qualificação da equipe, enfatizando a importância da incorporação de evidências científicas nos cotidianos das maternidades como estratégia de melhoria da qualidade da atenção às mulheres.

Parte dos profissionais atuam baseados em aprendizados adquiridos há muitos anos, ainda durante a obtenção do seu certificado profissional, visto que não tiveram oportunidade e/ou incentivos para o acesso e participação em cursos de qualificação.

Em relação às puérperas, a percepção dos gestos que compõem a VO parte da experiência pessoal e do conhecimento presente no senso comum, partilhado por seus pares, nos seus ambientes de interação social. Observamos que estas conseguem identificar aspectos do atendimento que não foi satisfatório, mas nem sempre relacionam esses aspectos ao termo VO ou a violação dos seus direitos.

O referido grupo destaca as relações estabelecidas com os indivíduos que prestam o cuidado como as principais formas de violação dos seus direitos, citando o acolhimento, demora no atendimento e os modos de se relacionar como os pontos mais relevantes para a violação dos seus direitos.

É incontestável a importância da utilização de multimétodos, pois as técnicas utilizadas se complementaram, proporcionando uma visão mais ampla das percepções dos indivíduos pesquisados, reforçando certos aspectos e evidenciando outros que estavam implícitos até então.

O presente estudo teve como limitações o tamanho da amostra de profissionais médicos em uma das instituições, pois alguns se recusaram a participar da pesquisa. Pelo fato de ter sido realizado em apenas duas maternidades, salienta-se a necessidade de ampliação para outros locais de pesquisa, com realidades diferentes das encontradas neste.

Acredita-se que este estudo agrega conhecimentos à área obstétrica e motiva a contemplação do cenário do parto, evidenciando a necessidade de aprimorar as práticas de atenção ao parto e nascimento, levando em conta as evidências científicas e peculiaridades de cada mulher, agregando teoria, técnica e humanização no cuidado ao binômio mãe-filha, além da inclusão da família.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da diretoria colegiada - RDC nº 36, de 03 de junho de 2008.** Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em: 29 jan. 2018.

AGUIAR, J.M. **Violência institucional em maternidades públicas:** hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. 198f. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jan. 2018.

AMARAL, R.C.S.; ALVES, V.H.; PEREIRA, A.V.; RODRIGUES, D.P.; SILVA, L.A.; MARCHIORI, G.R.S. A inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento: obstáculos em um hospital de ensino no Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery**, v.23, n. 1, 2019.

ARGENTINA. **Ley Nacional 25.929.** De Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. 2004. Disponível em: <<https://www.tribuno.com/jujuy/nota/2015-10-2-13-51-0-reglamentaron-la-ley-25-929-de-parto-humanizado-mujer-embarazada-ley-25-929-parto-humanizado-boletin-oficial>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

BITTENCOURT, F.; VIEIRA, J.B.; ALMEIDA, A.C.C.H. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 515-520, jul/set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 11.634 de 27 de dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>. Acesso em: 10 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017.** Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica. Santa Catarina. 2017. Disponível em: <http://leis.ale.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html>. Acesso em: 10 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal:** relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: <<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/diretriz-nacional-de-assistencia-ao-parto-normal-relatorio-de-recomendacao/>>. Acesso em: 10 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante:** a operação cesariana. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante:** a operação cesariana. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1.459, de 24 de junho de 2014.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 5 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2815 de 29 de maio 1998. Inclui, na Tabela de Informações Hospitalares do SUS, procedimentos de atenção ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1016, de 26 de agosto de 1993.** Normas básicas de alojamento conjunto. 1993. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt1016_26_08_1993.html>. Acesso em: 08 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 466, de 14 de junho de 2000.** Brasília: MS, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000.** Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 29 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 985/GM em, 05 de agosto de 1999.** Garantir o acesso à assistência ao parto nos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde-SUS, em sua plena universalidade. 1999. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria_985_1999_cpn.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: MS, 2012. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** Plano de ação 2004-2007. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Você sabe o que é violência obstétrica?**. 2018. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

BRUGGEMANN, O.M.; OSIS, M.J.D.; PARPINELLI, M.A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 44-52, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jul. 2018.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. 2013. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em: 08 jun, 2017.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um *Software* Gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n.2, 2013.

CARNEIRO, M.S.; TEIXEIRA, E.; SILVA, S.E.D.; CARVALHO, L.R.; SILVA, B.A.C.; SILVA, L.F.C. Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. **Rev Min Enferm.**, v.17, n. 2, p.446-453, 2013.

CASTIEL, L.D. **O buraco e o avestruz**: a singularidade do adoecer humano. São Paulo: Papirus, 1994.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 516 de 24 de junho de 2016**: Normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, centros de parto normal e/ou casas de parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de enfermeiro obstetra e obstetriz no âmbito do sistema Cofen. Rio de Janeiro: COFEM, 2016.

COPELLI, F.H.S. et al. Determinants of women's preference for cesarean section. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 336-343, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200336&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jul. 2018.

COUTINHO, M.P.L. A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do software tri-deux-mots (version 5.2). **Revista campo do saber**, v. 3, n.1, p. 219-243, jan/jun. 2017.

COUTINHO, M.P.L. **Depressão infantil e representação social**. 2. ed. João Pessoa: UFPB, 2005.

COUTINHO, M.P.L.; NÓBREGA, S.M.; ARAÚJO, L.S. Software Trideux: uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisas em representações sociais. In: COUTINHO, M.P.L.; ALBUQUERQUE, E.R.S. (Org.). **Métodos de Pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa: UFPB, 2011.

COUTINHO, M.P.L.; NÓBREGA, S.M.; CATÃO, M.F. F. M. Contribuições teórico-metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das representações sociais. In: COUTINHO, M.P.L.; LIMA, A.S.; OLIVEIRA, F.B.; FORTUNATO, M.L. (Org.). **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: UFPB, 2003.

DE ROSA, A.S. L. Une technique pour détecter la structure, les contenus, les indices de polarité, de neutralité et de stéréotypie du champ sémantique liés aux représentations sociales. In: ABRIC, J. C. (Org.). **Méthodes d'étude des Représentations Sociales**. Ramonville Saint Agne: Erès, 2003.

DOMINGUES, R.M.S.M.; SANTOS, E.M.; LEAL, M.C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S52-S62, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2004000700006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 jul. 2019.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S154-S168, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 jul. 2019.

FONSECA, S.C. et al. Escolaridade e idade materna: desigualdades no óbito neonatal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 94, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100284&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 jul. 2019.

FONTANELLA, B.J.B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 jul. 2019.

JIANG, H.; QUIAN, X.; CARROLI, G.; GARNER, P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review). **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, v. 2, jan. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28176333>>. Acesso em: 13 dez. 2018.

JODELET, D. Representações sociais: Um domínio em expansão. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2001. p. 17-41.

JUÁREZ, D.O. **Violencia sobre las mujeres: herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios**. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

JUSTO, A.M.; CAMARGO, B.V. Estudos qualitativos e o uso de *softwares* para análises lexicais. In: NOVIKOFF, C.; SANTOS, S.R.M.; MITHIDIERI, O.B. (Org.). **Caderno de artigos: X SIAT & II Serpro**. Rio de Janeiro: UNIGRANRIO, 2014.

KELLE, U. Análise com auxílio de computador. In: BAUER, M.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2013.

LAHLOU, S. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**, v. 20, n. 38, p. 1-7, 2012.

LEAL, M.C. et al . Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p.S17-S32, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 jul. 2019.

LEAL, R.M.A.C. et al. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 15-25, abr. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2019.

LIMA, J.V.F. **Contribuição do cuidado clínico de enfermagem à puérpera fundamentado na teoria do conforto**. 2017. 145f. Tese (doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2017.

MAGALHAES, A.M.M.et al . Associação entre carga de trabalho da equipe de enfermagem e resultados de segurança do paciente. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 51, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100457&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2019.

MARCONDES, N.A.V.; BRISOLA, E.M.A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap**, v. 20, n. 35, p. 201-213, ago. 2014.

MARIANI, A.C.; NASCIMENTO NETO, J.O. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. **Cadernos da Escola de Direito**, Curitiba, v. 2, p. 48-60, jul. 2016.

MARTINS-SILVA, P.O. et al . Teoria das representações sociais nos estudos organizacionais no Brasil: análise bibliométrica de 2001 a 2014. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 891-919, 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512016000400891&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2019.

MEDEIROS, R.M.K. et al . Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1091-1098, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601091&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2019.

MEHRY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO M.E.; SANTOS, C.M.; RODRÍGUEZ, R.A. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-150.

MELANIA, E. **Estudando episiotomia**. 2012. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com/2012/08/estudando-episiotomia.html>>. Acesso em: 10, dez, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

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

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MULLER, E.; RODRIGUES, L.; PIMENTEL, C. O tabu do parto: dilemas e interdições de um campo ainda em construção. **Civitas**, v.15, n. 2, p.272-293, 2015.

NOGUEIRA, J.R.D.F.; FERREIRA, M. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 3, n. 8, p. 57-66, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 ago. 2018.

NOVARETTI, M.C.Z. et al . Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 692-699, 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500692&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 ago. 2018.

OLIVEIRA, F.L. Triangulação metodológica e abordagem multimétodo na pesquisa sociológica: vantagens e desafios. **Ciências sociais unisinos**, v. 51, n. 2, p. 133-143, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático (OMS 1996). Disponível em: http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf. Acesso em: 08 jun. 2017.

PARCERO, S.M.J.; COELHO, E.A.C.; ALMEIDA, M.S.; ALMEIDA, M.S.; NASCIMENTO, E.R. Características do relacionamento entre a mulher e seu parceiro na ocorrência de gravidez não planejada. **Rev. baiana enferm.**, v. 31, n.2, 2017.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 08 jun 2017.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v.4, n.4, p. 105-117, 2010.

PEREIRA, J. S. et al. Violência obstétrica : ofensa a dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 15, p. 103-108, 2016. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2016.

PEREIRA, J. S.; SILVA, J.M.G.; BORGES, N.A.; RIBEIRO, M.M.G.; AUAREK, L.J.; SOUZA, J.H.K. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 15, n. 1, p. 103-108, 2016. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2017.

PEREIRA, S.B. et al. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 3, p. 1313-1319, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901313&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2017.

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>. acesso em: 29 abr. 2019.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 595-602, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2017.

RIOS, I.C.; SIRINO, C.B. A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: o Olhar dos Estudantes. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p.401-409, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300401&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2017.

RISCADO, L.C.; JANNOTTI, C.B.; BARBOSA, R.H.S. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100501&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2017.

RODRIGUES, D.P.; ALVES, V.H.; VIEIRA, R.S.; LEÃO, D.C.M.R.; PAULA, E.; PIMENTEL, M.M. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **Rev. Enferm UFPE**, v. 12, n.1, p. 236-246, 2018.

SANTO, S. Guidelines para monitorização fetal intraparto: resumo do novo consenso da FIGO de 2015. **Acta Obstet Ginecol Port**, Coimbra, v. 10, n. 1, p. 8-11, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302016000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2017.

SANTOS, L.M.; PEREIRA, S.S.C. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Physis**, v. 22, n.1, p.77-97, 2012.

SANTOS, R.C.S.; SOUZA, N.F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica**, v. 5, n. 1, p. 57-68, jan/jun. 2015.

SILVA, A.L.A. et al . A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001205003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2017.

SILVA, AM.F.; MARTINI, J.G.; BECKER, S.G. A teoria das representações sociais nas dissertações e teses em enfermagem: um perfil bibliométrico. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 294-300, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0707201100200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2017.

SILVA, G.; MARCELINO, M.C.; RODRIGUES, M.P.; TORO, L.S.C.; SHIMO, R.K.K.; SHIMO, A. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Rev Rene**, v. 15, n.4, p. 720-728, 2014.

SILVA, T.F.; COSTA, G.A.B.; PEREIRA, A.L.F. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 82-87, 2011.

SILVA, W.V.; STEFANELLI, M.C.; HOGA, L.A.K. A relevância da comunicação terapêutica para o atendimento da dimensão emocional da gestante na assistência pré-natal. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 17, n.3, p. 35-44, 2002.

SILVEIRA, L.C.et al . Cuidado clinico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrucao da pratica profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 548-554, 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-814520130003000548&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2017.

SILVEIRA, S.C.; CAMARGO, B.V.; CREPALDI, M.A. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 23, n. 1, p. 01-10, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2017.

SORATTO, J.et al . Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300325&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2017.

SOUZA, A.M.M. et al . Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200324&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2017.

STEPHANY, K. **Cultivating empathy**: inspiring health professionals to communicate more effectively. Sharjah: Bentham Science Publishers, 2014.

TAVARES, D.W.S.; BRITO, R.C.; CÓRDULA, A.C.C.; SILVA, J.T.; NEVES, D.A.B. Protocolo verbal e teste de associação livre de palavras: perspectivas de instrumentos de pesquisa introspectiva e projetiva na ciência da informação. **Ponto de Acesso**, v.8, n.3, p. 64-79, dez. 2014.

TESSER, C.D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H.F.A.; DINIZ, S.G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p.1-12, 2015.

THACKER, S.B; BANTA, H.D. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. **Obstet Gynecol Surv.**, v. 38, n.6, p. 322-338, 1983.

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violência**. 2007. Disponível em: <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

VENTURI, G.; AGUIAR, J.M.; HOTIMSKY, S.N. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras. In: VENTURI G.; GODINHO T (Org.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 47-61.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Appropriate Technology for Birth**. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Appropriate Technology for Birth**: Lancet. 1985. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/>. Acesso em: 29 jan. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Puérperas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PUÉRPERAS

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa *Representações sociais de puérperas e profissionais sobre a violência obstétrica: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem*, que tem como objetivos apreender as representações sociais de gestantes e profissionais da saúde a respeito da violência obstétrica.

Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo primeiramente a uma pergunta que a senhora irá responder depressa com três palavras que vierem à sua mente. Em seguida, gostaria de contar com sua colaboração respondendo a uma entrevista sobre os procedimentos que os profissionais realizaram com a senhora durante a internação para o parto e sobre a forma como foi tratada durante o internamento para o parto, que poderá ser gravada se a senhora concordar. Os riscos se relacionam ao constrangimento, embaraço ou sofrimento que a senhora pode ter ao lembrar de fatos dolorosos ou tristes relacionados ao internamento para o parto, durante a entrevista, mas a pesquisadora conversará com a senhora e a entrevista só começará quando a senhora estiver bem. Caso o contrário, a entrevista será desconsiderada ou remarcada conforme seu desejo. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e a senhora tem a liberdade para a qualquer momento deixar de participar da coleta, sem qualquer prejuízo ou danos.

Comprometemos- nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão utilizados em artigos científicos a serem publicados em revistas especializadas, apresentados em encontros científicos e congressos, sempre mantendo sigilo de sua identidade, ou seja, sem nome não será divulgado. Os resultados desta pesquisa contribuirão para melhor qualidade da assistência às gestantes durante a hospitalização. Sua participação não está condicionada a pagamento e a senhora não terá custos financeiros.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca desta pesquisa através dos contatos com a pesquisadora Antonia de Maria Gomes Paiva pelo telefone: (088) 99660.0663 ou em seu endereço residencial, na rua João Xerez, nº 607, Aldeota, Ipu-CE e com a orientadora Prof.^a Dra. Dafne Paiva Rodrigues pelo telefone: (085) 9 8130.2944.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra disponível para esclarecimentos sobre esta pesquisa pelo telefone: (085) 3101.9890 – Endereço Av. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza-Ceará, funcionando de segunda a sexta-feira em horário comercial. Este termo será elaborado em duas vias sendo uma para a participante da pesquisa e outro para o arquivo da pesquisadora. Eu, _____, tendo sido suficientemente esclarecida a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma voluntariamente.

_____, ____ de _____ de 2018.

Assinatura da participante ou responsável legal

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Pais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PAIS

Sua filha está sendo convidada a participar da pesquisa “*Representações sociais de puérperas e profissionais sobre a violência obstétrica: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem*”. Os objetivos deste estudo consistem em identificar as representações sociais de parturientes e dos profissionais de saúde que atuam na assistência a respeito da violência obstétrica durante a internação para o parto. Caso você autorize, sua filha irá: participar de um teste de associação livre de palavras e entrevista. A participação dela não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição hospitalar. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da participação dela, porém se ela sentir constrangimento, embaraço ou desconforto ao lembrar de fatos dolorosos ou tristes relacionados a possíveis maus tratos sofridos, durante a entrevista, poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com a pesquisadora sobre o assunto.

Você ou sua filha não receberá remuneração pela participação. A participação dela poderá contribuir para melhor qualidade da assistência às gestantes durante a hospitalização. As respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação.

Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Eu, _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação do meu filho(a) _____ sendo que:

() aceito que ele(a) participe () não aceito que ele(a) participe.

_____, _____ de _____ de 2018.

Assinatura

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email: cep@uece.br, com funcionamento de segunda a sexta-feira, em horário comercial. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos. Pesquisadora Principal: Antonia de Maria Gomes Paiva, telefone: (88) 9 9960 0663, email: dymarry@yahoo.com.br, residente na rua João Xerez nº 607, Ipu- CE.

APÊNDICE C- Termo de Assentimento para Gestantes Adolescentes

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA GESTANTES ADOLESCENTES

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “*Representações sociais de puérperas e profissionais sobre a violência obstétrica: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem*”. Seus pais/responsáveis permitiram que você participe. Queremos conhecer as suas representações sociais acerca da violência obstétrica no contexto da hospitalização durante a gravidez.

Se você concordar em participar, a pesquisa será feita no hospital, onde você responderá um teste de associação de palavras e uma entrevista que será gravada. Durante a pesquisa é possível ocorrer constrangimento, embaraço ou sofrimento ao fazê-la lembrar de fatos dolorosos ou tristes relacionados a algum tipo de mau trato sofrido durante a internação.

Caso aconteça algo errado ou um incômodo, você pode desistir de participar, pedir para conversar com o pesquisador sobre o que o incomodou ou avisar seus pais. Mas a sua participação poderá contribuir para melhorar a qualidade da assistência para você e para outras gestantes durante a hospitalização.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá problema se recusar a participar ou se desistir. Ninguém saberá identificar o que você responder na pesquisa, nem mesmo seus pais ou cuidadores. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em revistas científicas ou em congressos, mas sem identificar as gestantes que participaram da pesquisa.

Caso tenha alguma dúvida pode nos procurar pelos telefones (88) 9 9960 0663 ou e-mail: dymarry@yahoo.com.br da pesquisadora Antonia de Maria Gomes Paiva. Pode também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que aprovou a realização desse projeto e funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85) 3101-9890, e-mail: cep@uece.br, funciona de segunda a sexta-feira, em horário comercial. O Comitê de Ética defende os Direitos dos participantes das pesquisas.

Antonia de Maria Gomes Paiva

Enfermeira, mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE, telefone: (88) 9 9960 0663, residente na rua João Xerez nº 607, Aldeota, Ipu-CE.

Eu _____ aceito participar da pesquisa “Representações sociais de puérperas e profissionais sobre a violência obstétrica: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem”. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar chateado ou furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa. _____, _____ de _____ de 2018.

Assinatura da gestante

APÊNDICE D- Roteiro de Dados Sociodemográficos puérperas

ROTEIRO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS PUÉRPERAS

Número de ordem _____

Maternidade Ipu () Maternidade Maracanaú ()

Iniciais nome:

Procedência:

Estado civil: 1-casada () 2- Solteira () 3- União estável () 4- Namora () 5- Viúva 6- Outro ()

Escolaridade: 1- Analfabeta () 2- Fundamental Incompleto/Completo () 3- Médio Completo/Incompleto 4- Superior ()

Profissão:

Renda familiar:

Religião: 1- Católico () 2- Evangélico () 3- Espírita () 4- Testemunha de Jeová () 5- Nenhuma () 7- Outra ()

Paridade: G____P____A_____ Vaginais_____ Abdominais_____

Idade gestacional:

Diagnóstico na internação:

Local de ocorrência de partos anteriores:

APÊNDICE E- Formulário Estímulos Indutores Testes de Associação Livre de Palavras

ESTÍMULOS INDUTORES TALP

Diga-me cinco palavras que vêm à sua mente quando eu falo a palavra:

Parto

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

Cuidados no parto

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

Maus tratos no parto

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

APÊNDICE F- Roteiro de Entrevista Semiestruturada para Puérperas

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PUÉRPERAS

- Fale sobre o atendimento que você recebeu dos profissionais durante sua hospitalização para o parto.
- O que você entende por maus tratos no parto?
- Quais aspectos da assistência recebida durante sua hospitalização você considera que devem ser melhorados?
- Como você gostaria de ter sido tratada pelos profissionais do hospital?

APÊNDICE G- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa *Representações sociais de puérperas e profissionais sobre a violência obstétrica: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem*, que tem como objetivos apreender as representações sociais de gestantes e profissionais da saúde a respeito da violência obstétrica.

Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo primeiramente a uma pergunta que, de forma rápida com três palavras que vierem à sua mente. Em seguida, gostaria de contar com sua colaboração respondendo a uma entrevista sobre os procedimentos que você, como profissional realizou com as pacientes durante a internação para o parto que poderá ser gravada se o senhor (a) concordar. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o senhor (a) tem a liberdade para a qualquer momento deixar de participar da coleta, sem qualquer prejuízo ou danos.

Comprometemos- nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão utilizados em artigos científicos a serem publicados em revistas especializadas, apresentados em encontros científicos e congressos, sempre mantendo sigilo de sua identidade, ou seja, sem nome não será divulgado. Os resultados desta pesquisa contribuirão para melhor qualidade da assistência às gestantes durante a hospitalização. Sua participação não está condicionada a pagamento e o senhor não terá custos financeiros.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca desta pesquisa através dos contatos com a pesquisadora Antonia de Maria Gomes Paiva pelo telefone: (088) 99660.0663 ou em seu endereço residencial, na rua João Xerez, nº 607, Aldeota, Ipu-CE e com a orientadora Prof.^a Dra. Dafne Paiva Rodrigues pelo telefone: (085) 9 8130.2944.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra disponível para esclarecimentos sobre esta pesquisa pelo telefone: (085) 3101.9890 – Endereço Av. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza-Ceará, funcionando de segunda a sexta-feira em horário comercial. Este termo será elaborado em duas vias sendo uma para a participante da pesquisa e outro para o arquivo da pesquisadora.

Eu, _____, tendo sido suficientemente esclarecida a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma voluntariamente.

_____, ____ de _____ de 2018.

Assinatura da participante ou responsável legal

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE H – Roteiro Dados Caracterização Profissional

ROTEIRO DADOS CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

Categoria profissional: 1- Enfermeiro () 2- Técnico em enfermagem () 3- Médico ()

Local da pesquisa: 1- Ipu () 2- Maracanaú ()

Tempo de atuação na área 1- menos de 1 ano () 2- 1 a 3 anos 3- 4 a 9 anos () 4- 10 ou mais anos

Quando participou do último curso de qualificação/aperfeiçoamento: 1- menos de um ano ()
2- 1 a 3 anos () 3 não lembra

Curso ofertado por: 1- instituição onde trabalha () 2- interesse próprio ()

APÊNDICE I- Roteiro de Entrevista Semiestruturada para Profissionais

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS

- Para você o que caracteriza a violência obstétrica?
- O que pode ser feito para reprimir a violência obstétrica?
- O que você acha que é para os outros a violência obstétrica?
- Qual a sua percepção sobre as intervenções dos profissionais no trabalho de parto?

APÊNDICE J- Dicionário de Palavras

Estímulo 1- Parto

Acolher	Frustrante	Repouso
Acompanhante	Gestação	Respeito
Alegria	Gratidão	Responsabilidade
Alívio	Gratificante	Ruim
Amor	Grito	Sangue
Ansiedade	Hospital	Satisfação
Atendimento	Horível	Saudades
Atendimento ruim	Ideal	Saúde
Atribulação	Inexplicável	Segurança
Bênção	Ingênua	Sério
Bom	Insegurança	Silêncio
Bom atendimento	Líquido amniótico	Sofrer
Carinho	Luta pela humanização	Sonho
Cesárea	Mãe	Superação
Complicado	Médico	Surpresa
Complemento	Medo	Tempo
Compromisso	Medo de morrer	Trabalho
Conhecer filho	Melhor do que esperava	Tranquilidade
Contrações	Momento único	Triste
Cuidado	Motivação	Tudo
Decisão	Não quero mais	União
Desconforto	Nascimento	Vida
Desespero	Natural	
Deus	Necessário	
Dever cumprido	Nervosismo	
Diferente	Obra divina	
Diferente do que esperava	Parir	
Difícil	Parto normal	
Dor	Passageiro	
Dor que esquece	Péssimo	
Dúvida	Pontos	
Emoção	Posição	
Espera	Pré-natal	
Esperança	Preocupação	
Estresse	Pressa	
Exercício	Processo	
Experiência	Raiva	
Família	Rápido	
Faz a diferença	Realização	
Felicidade	Recompensa	
Filho	Recuperação	
Fisiologia	Remédio	
Fome	Renascimento	
Força	Renovação	

Estímulo 2- Cuidados no Parto

Acolher	Empatia	Observar
Acompanhante	Enfermagem	Ótimo
Acompanhar	Escândalo	Ouvir
Agilidade	Escutar	Paciência
Agradar	Esperança	Parto normal
Ajuda	Essencial	Paz
Alegria	Exames	Péssimo
Alimentação	Examinar	
Alívio da dor	Exceção	
Amamentação	Excelente	Preocupação
Ambiente	Exercício	Presente
Amor	Explicar	Pressão
Apoio	Extravagância	Privacidade
Assistência	Família	Privilegio
Atenção	Fatal	Problema
Ausculata	Faz a diferença	Procedimentos
Banho	Fé	Quieta
Bom	Feeling	Raiva
Bom atendimento	Felicidade	Rápido
Bom profissional	Filho	Receio
Carinho	Força	Recuperação
Cesárea	Garantir direitos	Relaxar
Competência	Garantir protagonismo	Remédio
Complicado	Gentileza	Repouso
Compreensão	Gestos	Respeito
Compromisso	Gratidão	Responsabilidade
Comunicação	Gratificante	Sangue
Confiança	Grito	Satisfatório
Conforto	Habilidade	Saúde
Conhecimento	Higiene	Segurança
Conversar	Hospital	Sério
Corpo	Humanização	Silêncio
Cuidado	Ignorância	Simplicidade
Cuidar	Igualdade	Surpresa
Deambular	Importante	Toque vaginal
Dedicação	Informar condutar	Tranquilidade
Decisão	Injeção de força	Tratamento
Deficiente	Jejum	Tratar bem
Destreza	Limpeza	Urgência
Deus	Mãe	Vacina
Diferente do q esperava	Maravilhoso	Via de parto
Dignidade	Médico	
Disponibilidade	Necessário	
Eficiente		

Estímulo 3- Maus Tratos no Parto

Abandono	Egocentrismo	Não consentimento
Agredir	Empurrar a barriga	Não teve
Ambiente inadequado	Episiotomia	Negar ajuda
Antipatia	Esperar	Negar informações
Antiético	Estresse	Nervosismo
Arrogância	Exercício	Omissão
Assistência ruim	Falar que está fedendo	Palavras grosseiras
Assustada	Falta de atenção	Pensativa
Atendimento ruim	Falta de cuidado	Peregrinação
Barulho	Falta de ética	Perda de direitos
Brutalidade	Falta de empatia	Perda da autonomia
Cansaço	Falta de profissionalismo	Preguiça
Cesárea	Fome	Pressa
Censura	Forçar o parto normal	Procedimentos desnecessários
Choro	Fragilidade	Péssimo
Confusa	Gestos	Piada
Consequências	Grito	Raiva
Conversa	Horrível	Receio
Corte	Ignorância	Reclamar
Crime	Impedir acompanhante	Restrição leito
Culpa	Impotência	Repreender
Deixar sentir dor	Incompetência	Ruim
Deixar sofrer	Incompreensão	Sofrer
Demora	Incerteza	Solidão
Demora no atendimento	Indiferença	Submissão
Desatualização	Indignação	Tempo
Descaso	Injeção de força	Terror
Desconforto	Internação precoce	Toque vaginal
Desespero	Insatisfatório	Trauma
Desentendimento	Insensibilidade	Tratamento
Desmerecer	Jejum	Triste
Desrespeito	Manobra de kristeler	Troca de plantão
Desprezo	Mau caráter	Violência
Destruição	Maldade	Violência obstétrica
Desumanidade	Maltratar	Violência psicológica
Desvalorizar	Médico	Violência verbal
Dor	Medo	
Duvidar	Mutilação	

ANEXOS

ANEXO A- Anuência Hospital Ipu



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AUTARQUIA MUNICIPAL HOSPITAL DR. JOSÉ
EVANGELISTA DE OLIVEIRA
CNES: 5018110
CNPJ: 13414781/0001-02

PARECER

Eu, Antonio Glaudson Martins de Sousa, Secretário Municipal de Saúde e Diretor do Hospital Municipal Dr. José Evangelista de Oliveira de Ipu- CE, autorizo a realização da pesquisa " **Representações sociais de profissionais e puérperas sobre violência obstétrica: subsídio para o cuidado clínico de enfermagem**" sob responsabilidade de Antonia de Maria Gomes Paiva, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com coleta de dados a ser realizada no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019.

Ipu, Ce, 20 de setembro de 2018

Antonio Glaudson Martins de Sousa

Antonio Glaudson Martins de Sousa

Secretário Municipal de Saúde/ Diretor do Hospital Municipal Dr. José
Evangelista de Oliveira

ANEXO B- Anuência Hospital Maracanaú

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E
SAÚDE- PPCCLIS

FOLHA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Outorgamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada: *"Representações sociais de profissionais e puérperas sobre violência obstétrica: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem"*, desenvolvida no Centro de Parto Normal do Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda, com o intuito de auxiliar no trabalho conclusão de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde de *Antônia de Maria Gomes Paiva*, sob orientação do prof(a). *Dafne Paiva Rodrigues*, com os seguinte(s) objetivo(s): *apreender as representações sociais de profissionais sobre violência obstétrica; apreender as representações sociais de puérperas sobre violência obstétrica e traçar plano de cuidados com vistas à eliminação da violência obstétrica, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no Centro de Parto Normal através de entrevista semiestruturada e técnica de associação livre de palavras (TALP) aplicados às puérperas, no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019.*

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Resulta que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, e em especial:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa;
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado;
- 5) Que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

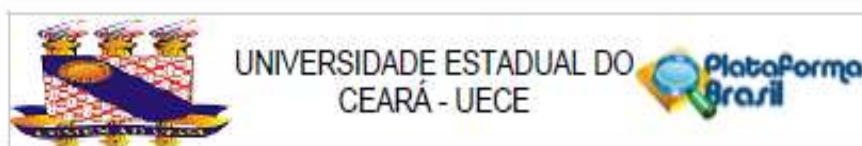
Fortaleza, 25 de setembro de 2018.

Antônia de Maria Gomes Paiva
 Antônia de Maria Gomes Paiva
 Universidade Estadual do Ceará-UECE
 Programa Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde- PPCCLIS

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
 HOSPITALAR
 Marilda Escoto Aragão
 Diretora Assistencial

De acordo,
25/09/18

ANEXO C- Parecer Consubstanciado CEP UECE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Representações sociais de profissionais e puérperas sobre violência obstétrica: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem

Pesquisador: ANTONIA DE MARIA GOMES PAIVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01693418.2.0000.5534

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.050.083

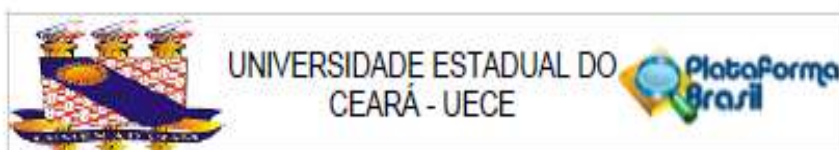
Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem como proposta a apreensão das representações sociais de parturientes e profissionais de saúde sobre a violência obstétrica durante a hospitalização para o parto. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem multimetodológica orientado pelo referencial das representações sociais. Os cenários do estudo serão duas maternidades públicas, uma localizada no município de Ipu-CE e outra em Maracanaú-CE. Os participantes serão: a) Profissionais da saúde (enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares em enfermagem) que atuam no setor obstétrico; b) Puerperas acompanhadas nas maternidades investigadas. A coleta de dados será realizada a partir de duas técnicas: a) técnica de associação livre de palavras; e b) entrevista semiestruturada. Haverá uso de um instrumento para caracterização do perfil sociodemográfico e obstétrico das puerperas. A análise dos dados será realizada a partir da análise fatorial de correspondência, com uso do software Tri-deux-mots, bem como haverá a análise lexical, a partir do software IRAMUTEQ. A pesquisadora refere que não serão utilizadas fontes secundárias de dados.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário da pesquisa é "Apreender as representações sociais de parturientes e profissionais de saúde sobre a violência obstétrica durante a hospitalização para o parto." Os objetivos secundários da pesquisa são: a) Identificar as representações sociais de parturientes a

Endereço: Av. Sítio Manguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 3.050.083

respeito da violência obstétrica durante a internação para o parto; b) Descrever os elementos constituintes das representações sociais sobre violência obstétrica para profissionais de saúde; c) Descrever os elementos constituintes das representações sociais sobre violência obstétrica para puerperas; d) Traçar intervenções de cuidado para puerperas tendo como base as representações sociais apreendidas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora afirma que "Os riscos decorrentes da realização da presente pesquisa são mínimos, pois não incluem qualquer tipo de procedimento de manipulação de pacientes, apenas entrevista. Entretanto, eventualmente, pode gerar constrangimento, embaraço ou sofrimento às puerperas, ao lembrar de fatos dolorosos ou tristes, característicos de violência obstétrica, que se relacionam ao cuidado recebido durante o trabalho de parto e parto." A pesquisadora se propõe a conversar com as participantes para minimizar ou agir sobre esses riscos.

Como benefício, a autora refere que "Os resultados desta pesquisa contribuirão para melhor qualidade da assistência às parturientes durante o internamento para o parto."

No TCLE das gestantes, dos pais e no termo de assentimento às gestantes adolescentes, a pesquisadora faz referência à garantia da confidencialidade, anonimização dos dados, liberdade de recusa e de retirada do consentimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é importante para identificar se a violência obstétrica está presente nos serviços de saúde investigados, bem como de que forma ela acontece, tanto do ponto de vista dos profissionais de saúde quanto das puerperas, possibilitando a apreensão de informações que serão úteis para a elaboração de ações de prevenção e controle desse problema em âmbito local.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com a resolução 466/2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

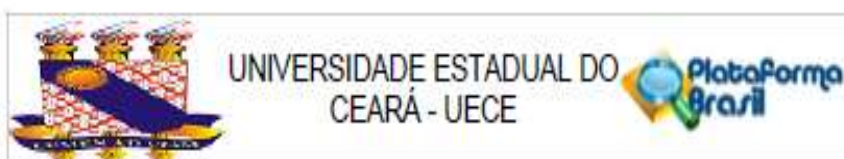
Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Sias Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9690 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 3.050.053

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1166719.pdf	30/11/2018 16:55:57		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_profissionais.pdf	29/11/2018 16:42:02	Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/09/2018 21:41:53	ANTONIA DE MARIA GOMES PAIVA	Acelto
Parecer Anterior	pareceripu.pdf	26/09/2018 21:41:07	ANTONIA DE MARIA GOMES PAIVA	Acelto
Outros	anunciaMaracananova.pdf	26/09/2018 21:40:01	ANTONIA DE MARIA GOMES PAIVA	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	26/09/2018 21:35:31	ANTONIA DE MARIA GOMES PAIVA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_dissertacao.docx	19/08/2018 06:54:22	ANTONIA DE MARIA GOMES PAIVA	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencialpu.pdf	19/08/2018 06:38:17	ANTONIA DE MARIA GOMES PAIVA	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	16/08/2018 15:50:59	ANTONIA DE MARIA GOMES PAIVA	Acelto
Folha de Rosto	folha_de_rosto_pdf.pdf	16/08/2018 15:47:48	ANTONIA DE MARIA GOMES PAIVA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 30 de Novembro de 2018

Assinado por:

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Sítio Manguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9990 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br

ANEXO D- Relatório Tri-Deux Mots

TRIDEUX Version 5.3 - Mai 2017

TRIDEUX Version 5.3 - Mai 2017

Renseignements Ph.Cibois Laboratoire PRINTEMPS

Université de Versailles - St-Quentin

PhCibois@wanadoo.fr

Calcul des facteurs

Le nom du fichier des noms de modalites est violencia.MOD

Ce fichier d'impression a pour nom violencia.AFC

Le nombre total de lignes du tableau est de 158

Le nombre total de colonnes du tableau est de 11

Le nombre de lignes supplementaires est de 0

Le nombre de colonnes supplementaires est de 0

Le nombre de lignes actives est de 158

Le nombre de colonnes actives est de 11

AFC : Analyse des correspondances

Le phi-deux est de : 0.243756

Le nombre de facteurs a extraire est de 3

Facteur 1

4 49 0 -40 0 -116 1 tbem2
 4 50 0 672 26 -92 1 medic3
 4 -1073 16 -139 1 854 44 fisiol1
 4 332 2 7 0 -133 1 recup1
 4 341 2 -192 2 -197 2 neces1
 4 88 0 -184 2 -249 4 ces1
 4 370 2 -136 1 -265 4 gentil2
 4 325 1 -78 0 -131 1 memor1
 4 383 2 -143 1 -520 16 descon1
 4 -306 1 -182 2 -124 1 traum3
 4 59 0 -62 0 72 0 inseg3
 4 -254 1 653 25 -8 0 surpre1
 4 347 2 -107 1 -198 2 saude2
 4 322 1 -92 0 311 6 desmer3
 4 -295 1 766 34 -228 3 choro3
 4 -303 1 -288 5 66 0 privil2
 5 -151 0 563 23 -31 0 perdir3
 5 264 1 20 0 536 21 fami2
 5 138 0 -45 0 -428 14 negli3
 5 -264 1 87 1 322 8 cansa3
 5 -1645 46 -965 68 -215 3 monit2
 5 353 2 -142 1 -439 14 dsesp1
 5 -1373 30 -391 10 231 4 calma2
 5 -198 1 -173 2 -122 1 saude1
 5 23 0 48 0 320 8 horri1
 5 -1635 46 -971 69 -419 13 cuida1
 5 -140 0 447 15 -365 10 preoc1
 5 335 2 23 0 -184 3 fpaci3
 5 280 1 -29 0 200 3 marav2
 5 120 0 -21 0 -374 10 viops3

5 -218 1 -161 2 286 6 gratid1
 6 110 0 -56 0 239 5 paz2
 6 -587 7 -328 9 -526 25 exame2
 6 389 3 -276 7 -563 28 esper3
 6 312 2 -70 0 124 1 esper1
 6 -252 1 -348 11 -162 2 atdru3
 6 319 2 -4 0 -172 3 duvid3
 6 -456 4 186 3 -217 4 acolh1
 6 -66 0 -245 5 -300 8 forca2
 6 292 2 -10 0 102 1 raiva3
 6 -776 12 -172 3 407 15 insen3
 6 -405 3 851 63 -312 9 infcon2
 6 -279 2 28 0 179 3 huma2
 6 -33 0 383 13 -349 11 acompt2
 6 122 0 -31 0 9 0 gratid2
 6 -96 0 -287 7 211 4 fome3
 6 -85 0 -282 7 -254 6 amame2
 7 -97 0 -67 0 259 7 nqma1
 7 -147 1 -246 6 -487 25 carin1
 7 307 2 -23 0 -164 3 nteve3
 7 151 1 -63 0 -47 0 dif1
 7 -1565 59 844 73 -333 12 ouvir2
 7 -588 8 -300 9 160 3 ambi2
 7 -1171 33 -451 21 365 14 viover3
 7 184 1 -100 1 -270 8 desca3
 7 -30 0 32 0 290 9 ftcuida3
 7 157 1 17 0 -250 7 horri3
 7 166 1 30 0 -194 4 impor2
 7 -88 0 -132 2 222 5 feli2
 7 -155 1 -242 6 -341 12 remed2

```

8 323 3 -85 1 90 1 comp1
8 -698 13 570 38 -251 8 neginf3
8 -402 4 140 2 -124 2 momu1
8 -48 0 -16 0 61 0 tran1
8 -123 0 -122 2 -26 0 confo2
8 308 3 30 0 156 3 forcpn3
8 302 2 25 0 -114 2 conv2
8 -845 20 -229 6 -416 21 atenc1
8 -1476 60 193 4 -455 25 resp1
8 312 3 -70 1 124 2 rapid2
9 173 1 -24 0 -24 0 neces2
9 -768 18 -47 0 -39 0 nasc1
9 298 3 58 0 42 0 btrat2
9 291 3 48 0 -2 0 tran2
9 195 1 49 0 -11 0 forca1
9 -341 4 -369 18 -36 0 respon2
9 318 3 -29 0 -91 1 filh2
9 204 1 321 14 -227 7 compre2
10 314 3 78 1 148 3 abdno3
10 334 4 -125 2 -208 6 maltr3
10 -90 0 -26 0 200 6 desum3
10 -928 29 -31 0 -78 1 segur2
10 -115 0 -206 6 -273 11 reali1
10 -65 0 -166 4 20 0 compet2
10 74 0 -78 1 -255 10 alim2
11 -217 2 -248 10 -169 5 preoc2
11 -1837 127 366 22 61 1 huma1
11 -168 1 -155 4 257 11 desam3
11 -45 0 14 0 3 0 demor3
11 327 4 -86 1 -7 0 repou2

```


12	-118	1	-77	1	37	0	prof2
12	321	4	-16	0	38	0	pereg3
12	-634	17	-12	0	-28	0	episio3
12	324	4	17	0	-110	2	oti2
12	295	4	39	0	337	20	enfer2
12	283	3	-5	0	272	13	nervo1
12	-384	6	330	19	-282	14	krist3
12	-642	17	-244	10	28	0	prdes3
12	-157	1	-118	2	12	0	dedic2
13	-169	1	-79	1	9	0	fami1
13	17	0	247	12	-81	1	pnor1
13	246	3	-56	1	-225	10	deus1
13	105	0	-96	2	47	0	triste3
13	141	1	-102	2	-305	18	sof3
14	-43	0	131	4	278	16	piada3
15	166	1	17	0	-3	0	exp1
16	-407	9	291	20	-142	5	empat2
17	-134	1	140	5	93	2	pacien2
17	88	0	-73	1	443	50	negaju3
17	288	5	53	1	104	3	medo3
17	156	1	-2	0	37	0	btend2
17	-644	24	-98	2	25	0	viobs3
17	166	2	-76	1	116	3	alivio1
18	-42	0	161	7	208	12	amor2
18	-537	18	194	10	170	8	incpet3
19	-182	2	15	0	-156	7	carin2
19	55	0	-105	3	93	2	tqvag3
21	18	0	85	2	266	22	apoio2
21	-355	9	81	2	9	0	resp2
22	-259	5	145	7	78	2	orien2

22	36	0	30	0	7	0	ajuda2
22	-72	0	26	0	16	0	acompanha2
23	190	3	-27	0	-169	10	higie2
24	-154	2	11	0	114	5	emoc1
27	76	1	-76	2	-246	24	sof1
31	238	6	-59	2	-118	6	dor3
31	-395	17	136	8	50	1	desres3
31	-63	0	-41	1	148	10	solid3
31	191	4	-7	0	28	0	ruim1
32	292	9	-77	3	39	1	dxsof3
32	198	4	88	4	-75	3	bom1
32	249	7	85	3	-136	9	ruim3
37	62	0	-37	1	-147	12	aleg1
41	-432	26	130	10	92	5	vida1
42	38	0	108	7	151	14	acolh2
42	146	3	0	0	5	0	feli1
47	92	1	-61	3	-102	7	indif3
49	-3	0	162	19	5	0	palag3
56	41	0	-33	1	151	19	cuida2
57	166	5	15	0	53	2	ansie1
58	-95	2	-21	0	-23	0	amor1
64	279	17	-55	3	-28	1	bom2
65	163	6	-37	1	49	2	filh1
74	209	11	19	0	76	6	medo1
76	110	3	-40	2	-56	4	desat3
85	173	9	-51	3	19	0	ignor3
128	149	10	-20	1	30	2	atenc2
168	123	9	23	1	1	0	dor1
*_**_*-----*	_**_*-----*	_**_*-----*	_**_*-----*	_**_*-----*	_**_*-----*	_**_*-----*	
*	*	*1000*		*1000*		*1000*	

Le fichier de position en sortie sera violencia.POS

et servira d'entrée pour la création du tableau lexical des questions

Le fichier d'impression est violencia.IMP

Position de fin des caractéristiques 6

Nombre de lignes maximum par individu 1

Traitement de mots de question ouverte

*** ATTENTION : mot plus long que 10 caractères

vida1esper241213

*** ATTENTION : mot plus long que 10 caractères

filh1acolh275213

Nombre de lignes lues en entrée 309

Nombre de mots écrits en sortie 3138

Nombre de mots de longueur supérieure à 10 = 2

Découpage en mots terminé

Impression de la liste des mots

1 2bom1	1 3dor1	3 aband3	10 abdno3	1 aborto3
1 absur3	1 abuso3	1 acalm2	2 acalma2	6 acolh1
42 acolh2	3 acomp1	22 acomp2	6 acompt2	1 aconch1
1 aconch2	1 aconse2	1 acont3	1 adapt2	1 afeto1
1 aflic1	1 aflica1	1 afpa2	2 agili2	1 agonia1
1 agrad2	1 agrad3	1 agreed3	1 agredi3	22 ajuda2
37 aleg1	3 aleg2	2 alidor2	10 alim2	17 alivio1
6 amame2	7 ambi2	2 ambnd3	1 amedr3	3 amig2
1 amo1	58 amor1	18 amor2	1 anest1	1 anest3
57 ansie1	1 ansie2	3 antie3	1 antip3	21 apoio2
2 aprend1	1 aprox2	3 arrog3	1 arroga3	1 arrogan3
3 assisru3	1 atdiru3	1 atdru1	6 atdru3	8 atenc1
128 atenc2	1 atenc3	1 atencao2	1 atend1	1 atrib1
4 auscu2	1 auto1	1 autor3	1 avfre2	1 banho2

2 barul3	1 bassist2	3 benca1	3 bestar2	32 bom1
64 bom2	3 brutal3	17 btend2	9 btrat2	5 calma2
1 camin2	1 camin3	5 cansa3	1 cansac1	7 carin1
19 carin2	1 censu3	4 ces1	2 ces2	4 ces3
1 chati3	1 cheiro1	4 choro3	1 cicatriz2	1 coadjuv2
1 coleg3	8 comp1	1 comp2	1 compai1	2 compan2
10 compet2	2 comple1	9 compre2	1 compri3	1 compro1
1 compro2	3 comun2	1 condsoc3	1 conf1	3 conf2
1 confo1	8 confo2	1 conhe1	1 conhe2	3 conhec2
1 conhfil1	1 consen3	1 conseq3	1 consul2	1 contr1
8 conv2	1 coope2	1 corpo2	1 crime3	1 criti3
1 cruel3	5 cuida1	56 cuida2	1 culpa3	1 curio1
1 curio2	1 damelhsi2	1 deamb2	1 decep3	1 decepc3
2 decis1	1 decis2	3 dedic1	12 dedic2	2 deisdo3
1 demdil3	11 demor3	11 desam3	76 desat3	1 desate3
1 desca2	7 desca3	2 descan2	4 descon1	2 descon3
1 desconfi3	4 desmer3	2 desprez3	1 desres2	31 desres3
1 destr2	1 destre2	1 destruc3	10 desum3	2 desva3
1 desval3	13 deus1	2 deus2	7 dif1	1 diferent1
3 difesp1	1 difesp2	2 dign1	2 dign2	1 dila1
1 dispo2	168 dor1	1 dor2	31 dor3	1 dpp2
2 dsatu3	2 dsent3	5 dsesp1	2 dsesp3	1 dsest3
3 dsresp3	1 duvid1	6 duvid3	1 dvcump1	1 dxdor3
1 dxsang3	1 dxsof2	32 dxsof3	1 edprof2	3 educa2
1 efeti2	1 eficien2	3 egocen3	24 emoc1	1 emoca1
16 empat2	1 empod1	12 enfer2	2 engan3	1 entreg1
12 episio3	2 episior3	2 equip2	1 errad3	1 espe1
2 espec1	6 esper1	2 esper2	6 esper3	1 esprc1
1 esprc2	1 esquec3	2 essen2	1 estar1	1 estra1
1 estres1	1 evitris2	2 evolu2	6 exame2	2 exami2

1 excele2	1 excess2	1 exerc1	4 exerc2	1 exerc3
15 exp1	1 exp2	1 expec2	1 expec3	2 expli2
1 extra2	13 fami1	5 fami2	1 fase1	1 fasestp2
1 fatal2	1 fcuid3	2 fe1	3 fe2	2 fedu3
1 feeling2	42 feli1	7 feli2	2 femp3	1 fhab3
65 filh1	1 filh1acolh	9 filh2	1 filh3	1 filho1
1 finesc3	4 fisiol1	1 fome1	6 fome3	9 forca1
6 forca2	8 forcpn3	1 formac2	1 forpn3	5 fpaci3
2 fprofi3	1 fqfede3	2 fragil3	1 fragro3	3 fraq1
2 fresc3	3 frustr1	7 ftcuida3	1 ftdial3	1 ftedu3
3 ftestru3	1 ftprofi3	1 fzdifer2	1 fztdvgb2	1 gardir2
1 garprot2	4 gentil2	1 gesta1	1 gesto2	2 gesto3
1 gostfaz2	5 gratid1	6 gratid2	2 gratif2	1 gratifi1
1 gravi1	2 grito1	2 grito2	3 grito3	2 habil2
1 hemor2	23 higie2	1 homem3	1 honra2	5 horri1
7 horri3	3 hospi1	3 hospi2	11 huma1	6 huma2
1 humi3	2 humil3	1 iamor2	1 ideal1	2 ignor2
85 ignor3	1 igual2	3 impac3	1 impaco3	1 impor1
7 impor2	3 impot3	1 impre1	3 inabi3	1 inacei3
2 incert3	18 incpet3	1 incpt3	1 indif2	47 indif3
4 indig3	1 indiv1	1 induz3	1 induzr3	1 inesq1
2 inexp1	2 inexp3	3 inexpl1	1 inexpl3	6 infcon2
1 infor1	1 infor2	1 injfor2	1 injforca1	1 injus3
1 insat3	2 inseq1	4 inseq3	6 insen3	1 interna3
1 intol3	1 intoler3	1 intpre3	1 inves2	3 irres3
1 irritac3	1 jejum2	1 jejum3	12 krist3	1 legal2
1 lhuma1	1 liber1	1 liber2	3 limpe2	1 liqui1
1 livre2	2 mae1	1 mae2	3 malda3	1 malt3
10 maltr3	5 marav2	1 mcara3	2 medic1	3 medic2
4 medic3	74 medo1	1 medo2	17 medo3	1 melcmu1

1 melesp1	1 melho1	4 memor1	8 momu1	5 monit2
1 mor1	1 morfil1	2 morte1	1 morte3	1 motiv1
1 mtrat2	1 muda1	3 mutil3	4 nacolh3	1 naju2
1 naoaguen3	9 nasc1	1 naten3	1 natur1	2 nceiopi3
4 nconsen3	4 neces1	9 neces2	17 negaju3	8 neginf3
5 negli3	1 negvon3	12 nervo1	1 nfzrceslo3	1 ngossim3
1 ngrita2	1 novafa1	1 novafase1	1 npoiar3	7 nqma1
2 nqmai1	1 nqrmai1	1 nsrbaten3	7 nteve3	1 nvaicon3
1 obradi1	3 obser2	1 ofend3	1 ofens3	1 ofensa3
1 omiss3	1 orien1	22 orien2	1 oti1	12 oti2
7 ouvir2	1 oxito3	1 pacie1	1 pacien1	17 pacien2
1 pacit2	1 pala2	2 palag2	49 palag3	3 passa1
1 pauto3	1 pauton3	6 paz2	1 pedia2	1 pensa3
1 percep2	1 perdi3	5 perdir3	12 pereg3	1 perfei2
2 perve3	3 pes1	1 pes2	2 pes3	1 pesa1
3 phemo2	14 piada3	4 pinfec2	1 plane1	13 pnor1
2 pnor2	1 pnor3	1 pnru3	1 ponto1	1 ponto2
1 pordin3	2 posic1	2 prati3	1 prazr1	1 prdes2
12 prdes3	1 pregu3	5 preoc1	11 preoc2	1 preoc3
1 presa1	1 presa3	3 presao2	1 prese1	1 prese2
1 presen1	3 presen2	2 pressa1	1 priori1	2 privac2
4 privil2	1 probl2	1 proces1	1 prof1	12 prof2
3 prof3	1 profispl3	1 protag1	2 protag3	1 pxrvag3
1 queix2	1 queix3	1 quieta2	1 raiva1	1 raiva2
6 raiva3	3 rapid1	8 rapid2	10 reali1	1 reali3
2 recei2	3 recla3	1 recom1	4 recup1	3 recup2
1 relax2	1 remed1	7 remed2	2 renas1	1 renov1
2 repou1	11 repou2	1 repreen2	1 resolv2	8 resp1
21 resp2	1 respe2	4 respon1	9 respon2	1 resptpges2
1 restri3	31 ruim1	2 ruim2	32 ruim3	1 salvid2

1 sangr3 3 sangu1 1 sangu2 1 satis2 1 satisf1
 2 satisf2 4 sauda1 5 saude1 4 saude2 10 segur2
 1 sensib2 1 sensibi1 1 sentim1 1 seren2 3 silen2
 1 simpa2 1 simpl2 1 sinais2 1 soberpro3 27 sof1
 13 sof3 1 soli3 1 solid2 31 solid3 4 sonho1
 1 sorriso2 1 stres1 2 stres3 1 submis3 1 super1
 4 surpre1 1 sviol2 4 tbem2 1 tdbem2 3 tempo1
 1 tempo2 2 tempo3 1 tirccfor3 1 tqvag2 19 tqvag3
 3 trab1 8 tran1 9 tran2 2 trata2 2 trata3
 1 traum1 4 traum3 1 trbdin3 2 triste1 13 triste3
 1 trpla3 1 tudo1 3 uniao1 1 unic1 1 urgen2
 1 vacina2 1 valor2 1 vergo3 2 viaprt2 41 vida1
 1 vida1esper 2 vida2 1 vifilh2 1 vima2 1 vincu1
 17 viobs3 5 viops3 1 viopsi3 1 viosim3 1 viover2
 7 viover3 1 visao2 1 vita2 1 vitor1 1 viver3
 2 zelo2

Nombre de mots entrés 3138

Nombre de mots différents 596

Fin normale du programme