

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NATÁLIA MOTA DA SILVA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PERSPECTIVAS DE ENFERMEIRAS OBSTETRAS E
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

UBERLÂNDIA - MG

2020

NATÁLIA MOTA DA SILVA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PERSPECTIVAS DE ENFERMEIRAS OBSTETRAS E
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina na Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para conclusão do Curso e obtenção do título de Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carla Denari Giuliani

UBERLÂNDIA – MG

2020

NATÁLIA MOTA DA SILVA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PERSPECTIVAS DE ENFERMEIRAS OBSTETRAS E
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina na Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para conclusão do Curso e obtenção do título de Bacharel/Licenciado em Enfermagem, pela banca examinadora composta por:

Uberlândia 2020

Banca examinadora

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Dedico este trabalho ao meu pai por sua incrível humildade, a minha mãe por sua determinação, aos meus irmãos pela bondade de seus corações e ao meu noivo que sonha os meus sonhos.

RESUMO

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde, no mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. **Objetivo:** Compreender sobre a violência obstétrica na perspectiva de enfermeiras obstetras e profissionais de enfermagem, durante a assistência ao parto e nascimento. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de caráter qualitativo, desenvolvido com 7 enfermeiras obstetras e 23 técnicas de enfermagem, atuantes no Centro Obstétrico (CO) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. **Resultados:** Para as autoras sociais a violência obstétrica é uma realidade e faz-se presente em diversos cenários na vida da mulher. Por se tratar de uma categoria que ainda dispõe de um número reduzido de profissionais especializados em obstetrícia, sua autonomia mediante a violência praticada a parturiente/puérpera é limitada. **Considerações finais:** A violência obstétrica trata-se ainda de uma realidade desagradável praticada principalmente pela classe médica, contudo abrange a enfermagem, uma vez que por falta de autonomia torna-se omissa a agressão.

Palavras-chaves: Violência de gênero. Enfermeira obstétrica. Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

Introduction: According to the World Health Organization, many women around the world suffer abuse, disrespect and mistreatment during childbirth in health institutions. Such treatment not only violates women's rights to respectful care, but also threatens the right to life, health, physical integrity and non-discrimination. **Objective:** Understand obstetric violence from the perspective of obstetric nurses and nursing professionals, during childbirth and birth care. **Methodology:** This is an exploratory, descriptive, qualitative study, developed with 7 obstetric nurses and 23 nursing technicians, working at the Obstetric Center (OC), Hospital de Clínicas, Universidade Federal de Uberlândia. **Results:** For social authors, obstetric violence is a reality and is present in different scenarios in the life of women. As it is a category that still has a small number of professionals specialized in obstetrics, its autonomy due to the violence practiced on the parturient / puerperal woman is limited. **Final considerations:** Obstetric violence is still an unpleasant reality practiced mainly by the medical profession, however it covers nursing, since for lack of autonomy, aggression is omitted.

Keywords: Gender violence. Obstetric nurse. Obstetric nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO COM JUSTIFICATIVA.....	9
2	OBJETIVOS.....	11
2.1	Objetivo geral.....	11
2.2	Objetivos específicos.....	11
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
4	METODOLOGIA.....	14
4.1	Tipo de pesquisa.....	14
4.2	Local de estudo.....	14
4.3	Seleção da amostra.....	14
4.4	Considerações éticas.....	15
4.5	Análises dos dados.....	15
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
5.1.1	Categorias Iniciais.....	17
5.1.2	Categorias Intermediárias.....	18
5.1.3	Categorias Finais.....	23
5.2	Resumo do desenvolvimento das categorias.....	26
5.2.1	Percepção de enfermeiras obstetras e profissionais de enfermagem frente à Humanização do Cuidar.....	26
5.2.2	Percepção de enfermeiras obstetras e profissionais de enfermagem frente à Violência Obstétrica.....	31
5.2.3	Relações de conflito entre as equipes profissionais: Enfermagem x Medicina.....	38
5.3	Análise da Nuvem de Palavras (NP).....	41
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
	REFERÊNCIAS.....	44
	ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	48

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO COLETA DE DADOS.....	49
--	-----------

1 INTRODUÇÃO COM JUSTIFICATIVA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) segundo o documento oficial: “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde”, declara que, “todas as mulheres têm direito ao mais elevado padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Sofrer algum tipo de violência obstétrica é realidade para uma a cada quatro mulheres no Brasil, segundo o estudo “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizado pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), em 2010 (SESC, 2010).

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Concomitantemente está a violência obstétrica, um problema recorrente presente nas práticas de atenção à mulher no pré-parto, parto e pós-parto. Nas instituições públicas e privadas, são muitas e comuns as ações que caracterizam como violência obstétrica, como submeter à gestante a uma aceleração do parto desnecessária; negligenciar sua decisão ao tipo de parto desejado; privar a mulher da presença do acompanhante, garantido pela Lei nº 11.108/2005; deixar de oferecer métodos não farmacológicos para alívio da dor, ocultar informações de interesse da cliente, entre outras (SILVA et al., 2011).

Para que a humanização da assistência ao parto aconteça, é necessário que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha de forma desnecessária, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e pós-parto, além de oferecer suporte emocional à mulher e a sua família, incentivando a formação de laços afetivos e o vínculo mãe-bebê (SILVA et al., 2011).

Para tal a OMS considera que, pelas características menos intervencionistas de seus cuidados, as (os) enfermeiras (os) obstetras/obstetrizes são os profissionais mais apropriados para o acompanhamento das gestações e partos normais (MERIGHI; YASHIZATO 2002).

Com o objetivo de qualificar o exercício da obstetrícia e neonatologia, é implementado ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia HC-UFU o projeto Apice On: Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/FIOCRUZ, tendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora. Este propõe a qualificação nos campos de atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal (APICE ON, 2017).

Simultaneamente é acrescentado o projeto Parto Adequado, desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde. Tem o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015).

Atualmente, no município de Uberlândia foi inserido, especificamente o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), no Projeto Parto Adequado visto sua alta taxa de cesarianas, além disso, desde outubro de 2016 acontece na cidade o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEE0 II) oferecido pela Rede Cegonha, uma parceria entre a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Federal de Uberlândia (UFU), onde estão sendo especializadas nove enfermeiras que já atuam na área materno-infantil de instituições públicas da cidade.

O presente trabalho possui sua relevância social por abordar sobre a violência obstétrica na perspectiva de enfermeiras obstetras, e técnicas de enfermagem atuantes na assistência ao parto natural de baixo risco, e parto cesárea. O papel dessas profissionais na atualidade tem sido de grande importância no que diz respeito à redução dos casos de violência obstétrica na assistência à saúde da mulher. Sobre sua relevância científica, poderá ser instrumento de novas pesquisas na área, uma vez que a enfermagem obstétrica é nova no país e cresce consideravelmente devido a conquista de seu espaço e aos esforços do Ministério da Saúde

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar sobre a violência obstétrica na perspectiva profissional de enfermeiras obstetras e profissionais de enfermagem, atuantes no Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

2.2 Objetivos específicos

- a) identificar o papel da equipe de enfermagem na redução de casos de violência obstétrica no Centro Obstétrico (CO) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia;
- b) verificar sobre a autonomia profissional de enfermeiras obstetras e profissionais de enfermagem durante a assistência direta às gestantes e puérperas;
- c) descrever a percepção das enfermeiras obstetras e profissionais de enfermagem em relação à conduta frente à violência obstétrica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, a maior parte dos partos dão-se em hospitais e, em 2011, 53,88% dos nascimentos ocorreram por meio de cesáreas (BRASIL, 2011). Já na saúde suplementar, que são as instituições de saúde privadas, a taxa foi de 75,5%, em 2006, para 85,5%, em 2015 (BRASIL, 2015).

Nas últimas décadas o Brasil vem esforçando-se para melhorar a assistência obstétrica em vigor e encorajar práticas com menor número de intervenções propondo diretrizes, normas e protocolos (SOUZA et al., 2011).

Dentro dessa ótica criou-se o Projeto Parto Adequado, desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com o intuito de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, com valorização do parto normal e redução do número de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar.

O projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetria e Neonatologia, é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/ FIOCRUZ, tendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora, propõe a qualificação nos campos de atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal (APICE ON, 2017).

Outra estratégia utilizada foi a Resolução Normativa 398/2016, que dispõe sobre a obrigatoriedade do credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrias pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e hospitais que constituem suas redes (BRASIL, 2016). Inclusive, no que diz respeito à regulamentação da realização do parto normal pela Enfermeira Obstétrica (EO), tem-se a Portaria GM n. 2.815/98 (BRASIL, 2001).

A enfermagem obstétrica contribui no sentido de empoderar a mulher e resguardá-la em relação à sua individualidade através da conformação da assistência de enfermagem frente aos valores, cultura, crenças e diversidades de opiniões (MORAES et al., 2010) e encaram o parto como um processo fisiológico e isso repercute de maneira positiva na saúde materno-infantil.

A formação dos enfermeiros obstetras visa uma assistência de caráter mais humanizado e voltado para o respeito à fisiologia do parto. Possui competências que instrumentalizam para atuação qualificada na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, no parto vaginal, e nos cuidados ao recém-nascido, com foco nas funções assistenciais e educativas junto aos serviços de atendimento à saúde da mulher (BRASIL, 2011).

O MS incentiva a incorporação da enfermeira obstétrica nas equipes hospitalares tendo em vista sua contribuição para redução de possíveis intervenções e cesáreas desnecessárias (REIS et al., 2015). Porém, essas ações não têm evidenciado sucesso, que pode ser explicado pelo alto índice de cesárea na atualidade (LEAL et al., 2014).

O modelo predominante de assistência ao parto está centrado nas atividades médicas, que são mais valorizadas que as atividades das Enfermeiras Obstetras (EO). A maioria das EO trabalha em maternidades, sendo um número reduzido as que exercem sua profissão em casas de parto ou em atendimento domiciliar (BONADIO, 1999).

Esse cenário não muito favorável para a prática profissional foi visto em outros estudos, cujas egressas dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica destacaram como desafios profissionais: a pouca autonomia, a restrição do mercado de trabalho, a hegemonia da classe médica e o modelo de atenção biomédico que domina até hoje nos serviços de saúde (MONTICELLI, et al., 2008).

A autonomia profissional indica grau de poder, conhecimento teórico e prático, reconhecimento do ambiente, capacidade de agir e responsabilidade em tomada de decisões, que necessitam de saberes baseados em evidências, mobilização e coragem intelectual e moral, além de boa comunicação (VANN, 1998; MCKAY, 1997).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de caráter qualitativo, desenvolvido com enfermeiras obstetras e profissionais de enfermagem atuantes no Centro Obstétrico (CO) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

4.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido na cidade de Uberlândia, situada no extremo oeste do estado de Minas Gerais, na região denominada de Triângulo Mineiro, atualmente é a segunda cidade mais populosa do estado (669.672 habitantes), segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (estimativa de população residente no ano de 2016 para o cálculo do Fundo de Participação dos Municípios).

A cidade possui dois hospitais públicos e quatro privados que possuem serviços de ginecologia e obstetrícia prestando assistência ao parto e nascimento, no entanto, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) em específico, foi considerado como campo de pesquisa para este estudo.

4.3 Seleção da amostra

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) a pesquisadora apresentou o projeto de pesquisa para a gerente do setor, a qual autorizou sua entrada para realização do convite aos profissionais.

As técnicas de enfermagem e enfermeiras obstetras presentes na unidade, receberam convite para participar da pesquisa, e conforme sua aceitação, foram encaminhados para uma sala do próprio setor, onde receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE.

Os critérios para inclusão no estudo foram enfermeiras especialistas em obstetrícia e técnicas de enfermagem, atuantes na assistência ao parto e nascimento no setor do Centro Obstétrico, que aceitaram participar, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respondido ao questionário aplicado durante a entrevista. O tempo de duração das entrevistas manteve uma média de três a oito minutos. Desse modo, os profissionais que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram retirados do estudo. O número da amostra apresenta o total de 30 profissionais, sendo 7 enfermeiras obstetras e 23 técnicas de enfermagem.

4.4 Considerações éticas

Este estudo respeita os princípios éticos que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos, foi submetido à análise por meio do cadastro na Plataforma Brasil, recebendo parecer favorável do CEP da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), com aprovação sob número do parecer: 3.463.421 (Anexo A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa).

Em conformidade com a Resolução 466/2012 todos os participantes assinaram o TCLE, e receberam sua via. O anonimato foi mantido, utilizando pseudônimo para a identificação, nominando-as com nomes fictícios de deusas gregas, celtas, egípcias, nórdicas e romanas, garantindo que mesmo com a publicação dos resultados não haja possibilidade de identificação das autoras sociais.

4.5 Análises dos dados

A presente pesquisa tornou-se possível identificar os dados qualitativos através de entrevista gravada realizada a partir de um instrumento semi estruturado segundo a experiência prévia obtida nessa unidade, que aborda aspectos facilitadores, dificultadores levando em conta o trabalho colaborativo. A coleta de dados foi realizada de forma individual, durante o horário de trabalho das entrevistadas, em sala separada do setor.

O questionário aplicado era composto por cinco perguntas norteadoras, sendo: 1) Como você considera o processo de parturição? 2) Qual a sua visão sobre “Violência Obstétrica”? 3) Como é para você vivenciar a “Violência Obstétrica” ao ser praticada no setor em que trabalha? 4) Como você vivencia o cuidar nessa unidade? 5) Como você vivencia a relação de trabalho entre as equipes profissionais? (Anexo B – Instrumento Coleta de Dados).

Para a análise dos dados produzidos foi utilizado a Análise de Conteúdo por Laurence Bardin, a qual é caracterizada pelo agrupamento de técnicas de análises das comunicações com intuito de visualizar indicadores que permitam a inferência de conhecimentos destas mensagens, utilizando para tal, procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2016).

Visando o tratamento dos dados, as fases de análise consistem em: pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise consiste na organização dos dados, a partir da leitura flutuante, a escolha dos documentos, seguindo as seguintes regras: da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e pertinência, iniciando a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores e finalizando com a preparação do material ou edição. Enquanto a exploração do material caracterizada pela execução dos procedimentos a serem aplicados com intuito de analisar os dados, elaboração as codificações. O tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde os resultados são tratados de maneira a serem significativos, levantando as inferências, e interpretações possíveis (BARDIN, 2016).

Na análise qualitativa dos dados correspondentes aos grupos focais foi utilizado a técnica de análise lexical por meio do *software* IramuteQ (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*). No entanto para este estudo foi utilizado apenas a Nuvem de Palavras (NP) produzida pela *software*. Trata-se de um programa desenvolvido na França por Max Reinert em 1979 que permite a análise quali-quantitativa de dados textuais tomando como base as leis de distribuição do vocabulário (análises de *cluster*), através de diferentes etapas de segmentação do material discursivo.

Para a aplicação da técnica de análise lexical no estudo foi realizada adaptação das produções discursivas de cada entrevista às normas de preparação do corpus de análise do *software* IramuteQ e exclusão das falas da moderadora adaptando-se trechos de falas das mulheres para posterior início da análise.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Elaboração das categorias de análise

Com o intuito de melhor explicar a análise dos dados produzidos pelo estudo, os dados coletados foram previamente analisados, com base na análise categorial demonstrada por Bardin, que configura seccionar o texto em categorias dependentes e interligadas entre si. Para que a análise de conteúdo embasada em opiniões, valores e crenças, seja realizada de forma significativa, a análise categorial mostra-se como a melhor opção para dados qualitativos.

A construção das categorias deu-se através da formulação de Laurence Bardin, após a transcrição dos diálogos das participantes, as palavras com maior número de repetição foram codificadas, configurando-se em unidades de registro, permitindo assim efetuar a categorização gradativa para realização do estudo (BARDIN, 2016).

5.1.1 Categorias Iniciais

As categorias iniciais ilustram as primeiras características da situação estudada através das entrevistas transcritas. Resultou do processo de codificação das mesmas, um total de quinze categorias. Cada categoria configura-se com base nos trechos destacados dos diálogos das autoras sociais, contando também com o embasamento do referencial teórico. Ressalta-se que não existem “regras” para a nomeação das categorias, uma vez que são determinadas pelos dados coletados. Desse modo, o Quadro 1, evidencia a construção de cada categoria inicial:

Quadro 1 - Categorias iniciais

CATEGORIAS INICIAIS
1. Processo de parturição
2. Pré-natal
3. Plano de parto
4. Cuidar holístico
5. Humanização da assistência ao parto
6. Estrutura física
7. Violência obstétrica
8. Negligência obstétrica
9. Autonomia da parturiente
10. Violência obstétrica praticada no local de trabalho
11. Conduta médica
12. Autonomia profissional
13. Relação de trabalho entre as equipes de enfermagem e medicina
14. Equipe multidisciplinar
15. Trabalho em equipe

Fonte: SILVA; DIULIANI, 2020.

5.1.2 Categorias Intermediárias

Após a nomeação e apresentação das categorias iniciais, surgiram cinco categorias intermediárias. Estas foram construídas após o agrupamento das quinze categorias iniciais. As junções das primeiras três categorias iniciais, produziram a primeira categoria intermediária, nomeada como Processo do Parto.

Quadro 2 - Categoria Intermediária I - Processo do parto

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
1. Processo de parturição	Evidencia questões físicas e emocionais relacionadas ao ato de dar a luz.	I. Processo do parto
2. Pré-natal	Ressalta a importância dos conhecimentos adquiridos pela parturiente através das consultas de pré-natal.	
3. Plano de parto	Evidencia a necessidade da parturiente realizar o planejamento do parto.	

Fonte: SILVA; DIULIANI, 2020.

O Quadro 3 ilustra a segunda categoria intermediária, Humanização do parto. Esta categoria resulta de fatores relacionados ao cuidado humanizado, realizado durante a assistência a mulher, e evidencia o fator estrutural como uma das principais causas para o atendimento inadequado no período de hospitalização da parturiente.

Quadro 3 - Categoria Intermediária II – Humanização do parto

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
4. Cuidar holístico	Considera o todo; busca avaliar todos os fenômenos por completo, não somente como um conjunto de sintomas.	II. Humanização do parto
5. Humanização da assistência ao parto	Evidencia a importância sobre a ação de humanizar.	
6. Estrutura física	Ressalta sobre a necessidade e disposição de recursos materiais para o atendimento adequado.	

Fonte: SILVA; DIULIANI, 2020.

A Violência obstétrica abrange o seu sentido literal, podendo ser configurada como além de qualquer procedimento invasivo indesejado, a palavras ofensivas ou até mesmo negligência por parte da equipe profissional. O Quadro 4 evidencia a terceira categoria intermediária, Desumanização das mulheres.

Quadro 4 - Categoria Intermediária III – Desumanização das mulheres

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
7. Violência obstétrica	Salienta sobre a realidade pessoal de práticas de violência contra a mulher no período gestacional e puerpério.	III. Desumanização das mulheres
8. Negligencia obstétrica	Denota a questões relacionadas a omissão e falta de cuidado por parte dos profissionais.	
9. Autonomia da parturiente	Salienta sobre a aptidão da parturiente para gerir o seu próprio parto.	

Fonte: SILVA; DIULIANI, 2020..

O Quadro 5 demonstra a quarta categoria intermediária, Profissionalização do cuidar, esta discute sobre a mecanização do cuidar praticada pela equipe profissional, uma vez que a violência obstétrica possui amplo sentido, e segundo os relatos das entrevistadas é muito cometida pela equipe médica.

Quadro 5 - Categoria Intermediária IV – Profissionalização do cuidar

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
10. Violência obstétrica praticada no local de trabalho	Salienta sobre a perspectiva pessoal de práticas de violência obstétrica, cometida contra a mulher no período gestacional e puerpério vivenciada no setor de trabalho.	IV. Profissionalização do cuidar
11. Conduta médica	Evidencia práticas de constrangimento à mulher durante o pré-nascimento e o pós nascimento.	
12. Autonomia profissional	Relata sobre questões relacionadas a subordinação entre as equipes de trabalho.	

Fonte: SILVA; DIULIANI, 2020.

O Quadro 6 evidencia a quinta e ultima categoria intermediária, Equipe profissional, esta aborda sobre as relações de trabalho entre as equipes profissionais.

Quadro 6 - Categoria Intermediária V – Equipe profissional

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA
13. Relação de trabalho entre as equipes de enfermagem e medicina	Evidencia o relacionamento profissional entre as equipes de trabalho.	V. Equipe profissional
14. Equipe multidisciplinar	Ressalta a participação de diferentes categorias profissionais.	
15. Trabalho em equipe	Considera o trabalho realizado por um grupo de pessoas que prioriza o esforço coletivo em	

Fonte: SILVA; DIULIANI, 2020.

5.1.3 Categorias Finais

Através da configuração das categorias iniciais e intermediárias, apresentadas anteriormente, tornaram-se possível a construção de três categorias finais.

Estas são denominadas “Humanização do Cuidar”, “Violência Obstétrica” e “Relações de conflito entre os Profissionais de Saúde.” Com o intuito de sintetizar as demais categorias construídas, as categorias finais são de suma importância para gerar as significações do estudo. O Quadro 7 ilustra a formação da primeira categoria final:

Quadro 7 - Categoria Final I – Humanização do cuidar

CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA FINAL
I. Processo do parto	Evidencia questões físicas e emocionais relacionadas ao ato de dar a luz.	I. Humanização do cuidar
II. Humanização do parto	Referencia a importância do cuidar holístico.	

Fonte: SILVA; DIULIANI, 2020.

O Quadro 8 evidencia a segunda categoria final, Violência obstétrica como realidade. Após sua construção, com base na coleta de dados, tornou-se possível afirmar que, segundo as entrevistadas, atos de violência obstétrica praticadas contra a parturiente e/ou puérpera constitui-se como realidade atual do setor.

Quadro 8 - Categoria Final II – Violência obstétrica

CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA FINAL
III. Desumanização das mulheres	Ilustra situações relacionadas à violência cometida direta e indiretamente à parturiente em período pré e pós nascimento.	II. Violência obstétrica como realidade

Fonte: SILVA; DIULIANI, 2020..

E, por fim, o Quadro 9 ilustra a ultima categoria final, intitulada como Relações de conflito entre as equipes profissionais.

Quadro 9 - Categoria Final III – Relações de conflito entre as equipes profissionais

CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA FINAL
IV – Profissionalização do cuidar	Ilustra sobre questões relacionadas ao cuidado destinado a paciente.	III. Relações de conflito entre as equipes profissionais
V – Equipe profissional	Evidencia a relação de Hierarquizar o poder entre as categorias profissionais.	

Fonte: SILVA; DIULIANI, 2020.

5.2 Resumo do desenvolvimento das categorias

Com o intuito de ilustrar a construção de forma progressiva, com base na sistematização das categorias, que surgiram através da coleta de dados, emergiram as categorias de análise, estas estão sintetizadas no Quadro 10:

Quadro 10 - Categorias de análise

CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
1. Processo de parturição	I. Processo do parto	I. Humanização do cuidar
2. Pré-natal		
3. Plano de parto		
4. Cuidar holístico	II. Humanização do parto	
5. Humanização da assistência ao parto		
6. Estrutura física		
7. Violência obstétrica	III. Desumanização das mulheres	II. Violência obstétrica como realidade
8. Negligência obstétrica		
9. Autonomia da parturiente		
10. Violência obstétrica praticada no local de trabalho	IV. Profissionalização do cuidar	III. Relações de conflito entre as equipes profissionais
11. Conduta médica		
12. Autonomia profissional		
13. Relação de trabalho entre as equipes de enfermagem e medicina	V. Equipe profissional	
14. Equipe multidisciplinar		
15. Trabalho em equipe		

Fonte: SILVA; DIULIANI, 2020.

5.2.1 Percepção de enfermeiras obstetras e profissionais de enfermagem frente à Humanização do Cuidar

Ao serem questionadas sobre a forma de cuidar na unidade, se esta consegue atender a parturiente de forma humanizada, as respostas mantiveram como opinião central não ser possível contemplar o cuidado humanizado.

“Falta humanização e uma equipe multidisciplinar. Seria muito importante a participação de um psicólogo nessa hora, para caminhar de uma forma diferente.”(Gaia)

“[...] Na teoria é muito lindo, mas não é o que acontece na prática.”(Íris)

Nesta ótica, a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, pelo Ministério da Saúde, procura colocar em prática os três princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços em saúde, desenvolvendo mudanças na gestão e transformando a assistência. A universalidade, a integralidade e a equidade ao serem aplicadas simultaneamente, conferem legitimidade ao SUS, produzindo humanização (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2013).

É importante salientar que a PNH opera a partir de instruções governamentais, éticas e políticas, que trabalham de forma concomitante ao processo de saúde. Para tal, são estabelecidas diretrizes que permitem nortear este trabalho, sendo elas: Acolhimento, Gestão Participativa e Cogestão, Ambiência, Clínica Ampliada e Compartilhada, Valorização do Trabalhador e Defesa dos Direitos dos Usuários (BRASIL, 2013).

O Acolhimento é apresentado como o primeiro conceito norteador, este permite reconhecer de forma simples e absoluta as necessidades apresentadas pelo usuário. Faz se necessário, pois permite construir de forma gradativa e sustentada relações de confiança, estabelecendo vínculos entre equipes/serviços, equipes/usuários, usuários/rede socioafetiva. A forma mais adequada para realizar o acolhimento é através da escuta qualificada, realizada pelo profissional de saúde, uma vez que, permite avaliar com individualidade o usuário, e determinar suas prioridades, vulnerabilidades, gravidades e riscos (BRASIL, 2013).

Segundo os discursos exibidos, as atoras sociais afirmam que devido à superlotação do setor e escalas reduzidas de trabalho por causa do adoecimento dos profissionais devido à sobrecarga, são fatores que dificultam a contemplação do cuidado de qualidade à mulher como um todo.

“O cuidado é parcial, por que como a equipe é muito grande, muito heterogênea, talvez não conseguimos fazer com que todas essas pessoas tenham a mesma visão, ou o mesmo comportamento. Tentamos fazer com que toda equipe tenha esse olhar humanizado, mas nem sempre conseguimos.”(Afrodite)

“Tentamos atender a paciente num todo, mas a demanda tem sido muito grande. A equipe vai adoecendo, então sempre tem um atestado atrás do outro, trabalhamos muitas vezes com uma equipe reduzida. Na medida do possível tentamos atender elas em todos os momentos, mas sempre fica algo a desejar.”(Artemis)

“Vivenciamos um setor que apresenta varias falhas, principalmente estrutural, muitas vezes impede de você prestar um cuidado com assistência, mas eu acredito que a enfermagem presta um cuidado bom com assistência de qualidade.”(Aura)

A Ambiência, estabelecida como a terceira diretriz da Política Nacional de Humanização, relaciona as condições sociais, culturais, éticas e morais às situações de vida dos usuários, e afirma que para que o atendimento deste usuário seja de qualidade, é preciso criar um ambiente saudável, acolhedor e confortável, que respeite a privacidade do profissional que assiste, ao paciente assistido (BRASIL, 2013).

Para tal, Ferreira reitera que as concepções de humanização podem ser entendidas como uma escuta qualificada, uma relação harmoniosa com a paciente, a reorganização logística dos processos de trabalho facilitando acesso, até a melhoria dos ambientes de cuidados (FERREIRA, 2005).

Em contrapartida segundo as atoras, o Centro Obstétrico ainda mesmo apresentando falhas no quesito estrutural, exibe uma melhora significativa no cuidado assistencial prestado as pacientes.

“Estamos sempre conseguindo. Temos ainda nossas dificuldades, mas melhoramos bastante.” (Aster)

“Tem melhorado muito, já foi pior. Hoje em dia tem sido mais humanizado.”(Brigid)

“Tem pontos que precisa melhorar. De um ano pra cá melhorou bastante, principalmente após a enfermagem participar mais, conquistando mais espaço.” (Belisama)

De acordo com a PNH, a humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde, desta forma, sua criação, estimula a comunicação entre estes, com o intuito de construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e compromete a ética dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2013).

De acordo com Ferreira, como uma tentativa de transformação, a humanização visa à melhoria do atendimento em saúde como um todo, na associação entre o lado subjetivo e objetivo do cuidado ao ser humano em condições de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, através do reconhecimento da importância dos aspectos psicológico, emocional, espiritual e social paralelamente a intervenção técnica e o cuidado fisiológico, o que pressupõe uma estrutura assistencial de uma prática dita holística (FERREIRA, 2005).

Desta forma, com o intuito de atingir este efeito, a Clínica Ampliada e Compartilhada, segundo o MS, trata-se de uma ferramenta utilizada para abordar de forma clínica o processo orgânico do adoecimento físico e sofrimento psíquico. Com o intento de melhorar sua eficiência, utiliza de outros recursos para enriquecer o diagnóstico clínico, investindo na qualificação do diálogo, tanto entre os profissionais da equipe, quando entre profissional e usuário, possibilitando assim decisões compartilhadas (BRASIL, 2013).

Sobre o cuidado holístico, é possível observar que o mesmo está presente no decorrer dos discursos, uma vez que, o holismo, teoria que busca entender os fenômenos psicológicos e biológicos na sua totalidade, não deve ser aplicado ao modelo biomédico, mas deve estar presente nas práticas de todos os profissionais de saúde, independente de ser aplicado em âmbito público ou privado.

“Não conseguimos atender a paciente de forma holística. O cuidar ainda é muito falho. Muitas vezes a equipe de enfermagem presencia atos de violência obstétrica e omite.”
(Anaka)

“Nem sempre consegue atender a paciente de forma holística. O nosso objetivo é conseguir atendê-las de acordo com suas necessidades.” (Aveta)

“Ainda falta muito para atender a paciente em tudo que ela precisa, como um todo, psicologicamente, fisicamente e socialmente. O serviço ainda deixa a desejar.” (Bellona)

Segundo os discursos das participantes, o cuidar holístico é compreendido em toda sua magnitude, contudo a contemplação dos quesitos do cuidado holístico não é atingida com excelência, o que leva a refletir e questionar a qualidade da assistência prestada as parturientes que são admitidas no setor.

Para Oliveira a construção de uma nova forma de cuidado com os usuários dos serviços de saúde pautados na humanização, leva-se em consideração que o usuário deva ter uma abordagem integral e humana. Portanto, para que esta aconteça de forma adequada é preciso respeitar os saberes que são ligados a sua cultura de forma única e individual, pois cada indivíduo enfrenta de forma diversificada o seu processo de adoecimento e cura (OLIVEIRA, 2002).

Com base nisso, a sexta e última diretriz da Política Nacional de Humanização, a Defesa dos Direitos dos Usuários afirma que:

Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei, e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta. Todo cidadão tem direito a uma equipe profissional qualificada, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social (BRASIL, 2013).

O processo de Parturição segundo as participantes do estudo configura uma experiência única na vida da parturiente, deve ser tratada de forma individual e respeitosa, e para que o cuidado seja realizado com qualidade faz-se necessário dispor de uma equipe estruturada e bem articulada. Vale ressaltar a importância do pré-natal durante o período gestacional da mulher, com as orientações corretas e o adequado preparo psicológico, desde a descoberta da gestação, são de suma relevância para a realização de um parto natural com excelência.

Por se tratar de uma experiência única na vida da mulher, o acompanhamento correto através das consultas durante o pré-natal, a realização dos exames de rotina da gestante, e o planejamento do parto, garantem maior eficiência no momento da escolha da via de parto, sendo o parto vaginal ou a cesárea a pedido, pois é sabido que ambos possuem seus critérios de indicação, benefícios e dificuldades.

5.2.2 Percepção de enfermeiras obstetras e profissionais de enfermagem frente à Violência Obstétrica

Segundo as atoras sociais, a Violência Obstétrica abrange o seu sentido literal, podendo ser configurada como além de qualquer procedimento invasivo indesejado, a palavras ofensivas ou até mesmo negligencia por parte da equipe profissional.

“A violência obstétrica surge a partir do momento que é violado o desejo da mulher no parto, ou na forma que essa paciente é tratada durante a internação. Vivenciamos sim situações de violência, desde pequenos detalhes, até o ato durante o parto em si.”(Freya)

“A violência obstétrica não se restringe apenas ao parto, mas aos procedimentos invasivos que são feitos desnecessariamente, como o toque vaginal inúmeras vezes.”(Aura)

“Tudo que é contra a vontade da paciente. Acredito que ocorre a violência obstétrica quando a paciente pede uma analgesia e obtêm como resposta que é prejudicial para o parto vaginal, ou que não tem. No ápice do parto vaginal, a mulher diz não suportar mais a dor, e é dito que se ela alcançou o trabalho de parto ativo é preciso continuar, um exemplo nítido de desrespeito ao seu desejo.” (Áine)

“Existe muita, qualquer ação, palavra ou olhar, que for dirigido à mulher, tanto gestante, quanto em trabalho de parto, ou no puerpério, de forma discriminatória/agressiva/autoritária denegrindo ou tirando dela os direitos de escolha e de questionamento. É uma luta muito grande.”(Afrodite)

De acordo com Bowser e Hill, a violência obstétrica possui diversificadas formas de apresentação, ocorrendo muitas vezes através de: abuso físico, cuidado humilhante, ofensa verbal, imposição de intervenções não consentidas, descuido, negligência/imperícia/impudência ou recusa da assistência.

Além disso, a violência obstétrica também inclui a recomendação de cirurgias cesáreas que ultrapassam o limite da normalidade (BOWSER; HILL, 2010).

Conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), formado por um conjunto de normativas éticas, composto por artigos, organizado por capítulos e inclui determinados princípios, como: direitos, responsabilidades e deveres, e proibições, criado com o intuito de aprimorar o comportamento ético do profissional de enfermagem. A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) N° 564/2017 aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

O COFEN, ao revisar o CEPE:

Nortear-se por princípios fundamentais, que representam imperativos para a conduta profissional e consideram que a Enfermagem é uma ciência, arte e uma prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde; tem como responsabilidades a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento; proporciona cuidados à pessoa, à família e à coletividade; organiza suas ações e intervenções de modo autônomo, ou em colaboração com outros profissionais da área; tem direito a remuneração justa e a condições adequadas de trabalho, que possibilitem um cuidado profissional seguro e livre de danos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Sobretudo, esses princípios fundamentais reafirmam que o respeito aos direitos humanos é inerente ao exercício da profissão, o que inclui os direitos da pessoa à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade e a ser tratada sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Com relação aos Princípios Fundamentais da nova resolução N° 564/2017, prefacialmente cabe ressaltar o Artigo 24 do Capítulo II – Dos Deveres dos Profissionais de Enfermagem, este afirma que compete ao profissional de enfermagem “exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Conforme consta no Artigo 47, parágrafo único, o profissional deve incontestavelmente:

respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais. Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Conforme os discursos apresentados, é possível afirmar que práticas de violência obstétrica cometidas contra as mulheres atendidas no Centro Obstétrico, configuram-se ainda como uma infeliz realidade.

*“A violência obstétrica ainda existe sim. Ela é praticada de forma mascarada.”
(Aveta)*

“Olha, muito complicado por que presenciamos muito. Infelizmente é uma realidade.”(Felicitas)

“É uma realidade. É uma falta de respeito com o que a gestante planejou para ela.”(Flora)

“São atitudes desrespeitosas e desnecessárias que podem ser cometidas contra a mulher antes, durante e após o parto. Infelizmente é uma realidade aqui nesse setor.”(Ísis)

Segundo a Febrasgo, o Brasil dispõe de maternidades superlotadas e com infraestrutura bastante prejudicada, enfrenta ainda déficit de profissionais obstetras, principalmente de obstetras, além de questões conflituosas entre as categorias profissionais devido a questões salariais. No entanto, o cuidado mecanicista e modelo biomédico que está enraizado deixam de lado uma formação médica mais humana e que valoriza e respeita a vida humana (FEBRASGO, 2011).

Neste panorama conforme declarado pelo Artigo 39 é dever do profissional de enfermagem “esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

É de responsabilidade do profissional de enfermagem conforme consta no Artigo 40 Capítulo II – Dos Deveres dos Profissionais de Enfermagem, “orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Como determinado pelo Artigo 42, cabe ao profissional “respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Ao serem questionadas sobre vivenciar a violência obstétrica ser praticada no setor em que trabalham, as participantes afirmam tratar-se de uma situação desagradável, que por vezes a equipe médica está envolvida, assumindo o papel de agressor, e por existir a disputa de poder entre as categorias Medicina/Enfermagem, consideram-se impotentes para intervir revertendo a agressão, o que caracteriza sua participação de forma indireta.

“Pra ser sincera já vi muitas cenas desagradáveis, por que você vê acontecer e não poder fazer nada. Toda vez em que eu acredito ter vivenciado uma violência obstétrica eu fico tentando refletir se realmente foi necessário aquilo naquele momento.” (Artemis)

“É muito ruim, porque você sente vontade de brigar, mas não pode. Muitas vezes a gente bate de frente com o médico. Isso faz parte da cultura, onde o médico pode mais e é feito só a vontade dele, não se leva em consideração a vontade da paciente, e nem a opinião da equipe.” (Aura)

“Desgastante. Sabendo que acontece todos os dias, que poderia ser evitado, mas que mesmo estando na linha de frente não podemos fazer nada.” (Astrild)

É necessário ressaltar que, de acordo com o Artigo 45 é de obrigação do enfermeiro/técnico de enfermagem “prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Conforme explanado pelo Artigo 47, é dever do profissional de enfermagem “posicionar-se contra, e denunciar aos órgãos competentes, ações e procedimentos de membros da equipe de saúde, quando houver risco de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência ao paciente, visando à proteção da pessoa, família e coletividade” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Neste sentido, conforme consta no Artigo 51 é dever do profissional “responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individual ou em equipe, por imperícia, imprudência ou negligência, desde que tenha participação e/ou conhecimento prévio do fato” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Ademais, fez-se necessário destacar o Artigo 64 do Capítulo III – Das Proibições, este afirma que é proibido “provocar, cooperar, ser conivente ou omissivo diante de qualquer forma ou tipo de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Contudo, outras atrizes apresentam opiniões diferentes, estas afirmam que a violência obstétrica permeia ambas as categorias enfermagem/medicina, e que por vezes desenvolvem atitudes de hostilidade por falta de segurança e conhecimento profissional para lidar com a situação apresentada.

“Infelizmente ainda acontece muito e às vezes cometemos sem perceber enquanto profissional.” (Demeter)

“É uma realidade, e acontece muitas vezes por insegurança da equipe de enfermagem e equipe médica.” (Alala)

De acordo com o Artigo 55 é dever do profissional de enfermagem “aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Segundo a atora social Astrild, a mulher assumindo papel de gestante ou puérpera, em alguma fase de seu atendimento seja durante o pré-natal, internação ou alta, será vítima de algum tipo de violência. Além do mais, de acordo com a OMS, a violência contra a mulher é persistente e complexa, assumindo diferentes formas no ambiente social.

Agora essa violência é definida como violação dos direitos humanos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

“É muito praticada, e pode-se afirmar que em algum momento, seja durante o pré-natal, o parto ou até mesmo o puerperio a paciente vivenciará um episódio de violência obstétrica.” (Astrild)

Sofrer algum tipo de violência obstétrica é realidade para 1 a cada 4 mulheres no Brasil, segundo o estudo “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, feito pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC, em 2010 (SESC, 2010).

De acordo com os discursos, mesmo com o desenvolvimento de assuntos e debates relacionados à violência contra gestantes e puérperas, ainda faz-se necessário que este tema seja mais trabalhado.

“Nos dias de hoje não deveria nem existir, por causa dos avanços da medicina, mas infelizmente ainda é uma realidade, acredito que não acontece somente aqui, mas também em vários outros hospitais. Acredito que deveria tratar mais sobre esse assunto.” (Hebe)

“É inadmissível, principalmente depois de todas as discussões e estudos sobre esse tema.” (Bellona)

Ao associar os artigos destacados do Capítulo II – Dos Deveres dos Profissionais de Enfermagem, e o artigo 64 do Capítulo III – Das Proibições ao Capítulo IV – Das Infrações e Penalidades, é preciso desmembrar em gravidades as ações reprovadas pelo COFEN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Conforme o Artigo 111, as infrações serão consideradas leves, moderadas, graves ou gravíssimas, segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

O Primeiro Parágrafo deste Artigo afirma que, são consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições ou ainda que causem danos patrimoniais ou financeiros (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

O Segundo Parágrafo declara que são consideradas infrações moderadas as que provoquem debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

O Terceiro Parágrafo alega que são consideradas infrações graves as que provoquem perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

O Quarto e último parágrafo atesta que são consideradas infrações gravíssimas as que provoquem a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Referente ao cumprimento da aplicação das penalidades o Capítulo V – Da Aplicação das Penalidades afirma que as mesmas somente poderão ser aplicadas, cumulativamente, quando houver infração a mais de um artigo, conforme o Artigo 114 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Relacionando os artigos selecionados do Capítulo II – Dos Deveres dos Profissionais de Enfermagem as penalidades do Capítulo V – Da Aplicação das Penalidades para este estudo, é possível destacar que:

A pena de Advertência verbal, segundo o Artigo 115, é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 39, 40, 42, 47, 51 e 55 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

De acordo com o Artigo 116, a pena de Multa é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 39, 40, 42, 45, 51 e 64 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

A pena de Censura é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 42, 45, 51 e 64, conforme o Artigo 117 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Segundo o Artigo 118, a pena de Suspensão do Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 42, 45, 51 e 64 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

A pena de Cassação do Direito ao Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 45 e 64, de acordo com o Artigo 119 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

5.2.3 Relações de conflito entre as equipes profissionais: Enfermagem x Medicina

De modo geral, as participantes ao serem questionadas sobre a relação de trabalho entre as equipes profissionais, pontua-se que não é estabelecido um bom relacionamento entre a equipe de enfermagem e a equipe médica, ressaltam ainda que não existe comunicação entre ambas, pois apresentam-se pouco articuladas entre si.

“Para a equipe poder trabalhar em harmonia falta muito. Eu sinto de algumas pessoas da equipe médica que a visão deles é de que a enfermagem não passa de seus funcionários. Eles não entendem que são duas equipes que precisam trabalhar em parceria.”(Artemis)

“Péssima. Não somos unidos, não falamos a mesma língua. Lógico que cada um possui o seu saber, porém o nosso posicionamento muitas vezes não é levado em consideração.”(Anaka)

“Não existe comunicação entre a equipe médica e a equipe de enfermagem. A equipe medica deixa muito a desejar.”(Astrild)

“Norte, sul, leste e oeste. É bastante complicado, o médico é reconhecido como autoridade máxima. Não trata-se da profissão, enfermeiro ou técnico de enfermagem, cada um possui o seu conhecimento, o trabalho em equipe deveria ser indispensável.”(Bast)

No entanto, ao refletir sobre as especificidades da equipe multidisciplinar em saúde, Silva define os médicos e enfermeiros como grupos de maior representatividade para os serviços nessa área, apontando ainda a relação entre esses grupos como conflitante.

Reitera que os conflitos advindos do ruim relacionamento entre os membros destas categorias conferem grandes malefícios para a contemplação do cuidado de forma satisfatória (SILVA, 2006).

Buscando compreender as causas que desencadeiam estas situações conflituosas, Lima e Bastos afirmam que tais razões estão relacionadas à falta de clareza na delimitação de papéis, nas disputas de poder, na estrutura hospitalar verticalizada e burocratizada e na falta de comprometimento de muitos profissionais (LIMA; BASTOS, 2007).

De acordo com as atoras sociais, a classe médica manifesta limitada abertura às enfermeiras obstétricas, outro fator importante que influencia para uma boa relação de trabalho.

“Muita desigualdade entre os dois, e a equipe médica não tenta se associar para que o nosso trabalho seja em conjunto. Os nossos trabalhos são diferentes mas se acontecem de forma unida, a paciente tem mais vantagens.”(Alala)

“Ainda é complicada, é uma luta, já melhorou muito, mas ainda falta respeito, acredito que por sermos poucas enfermeiras, e por não ter enfermeiro obstetra em todos os horários, acredito que isso dificulta a relação entre as equipes.”(Aster)

“É péssima, infelizmente o relacionamento entre médicos e enfermeiros não é bom, por que não falam a mesma língua, cada um pensa de uma forma, não seguem o mesmo raciocínio, não seguem a mesma rotina de trabalho, o que dificulta muito o relacionamento entre as equipes.”(Aura)

Conforme a Resolução COFEN Nº 477 de 2015, dentre todas as absolutas diretrizes dispostas pela resolução, cabe ao profissional de enfermagem especialista em obstétrica dispor sobre sua atuação na assistência às gestantes, parturientes e puérperas, cabendo-lhes privativamente de acordo com o Artigo Primeiro item “h”: Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, ligada à área de obstetrícia, e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015).

Em contrapartida, algumas atoras afirmam que existe parceria entre as equipes profissionais.

“Eu acho um bom trabalho, é parceria, a parturiente não é só assistida pela equipe de enfermagem como também junto com a equipe de médicos, residentes, então tem parceria.”(Aurora)

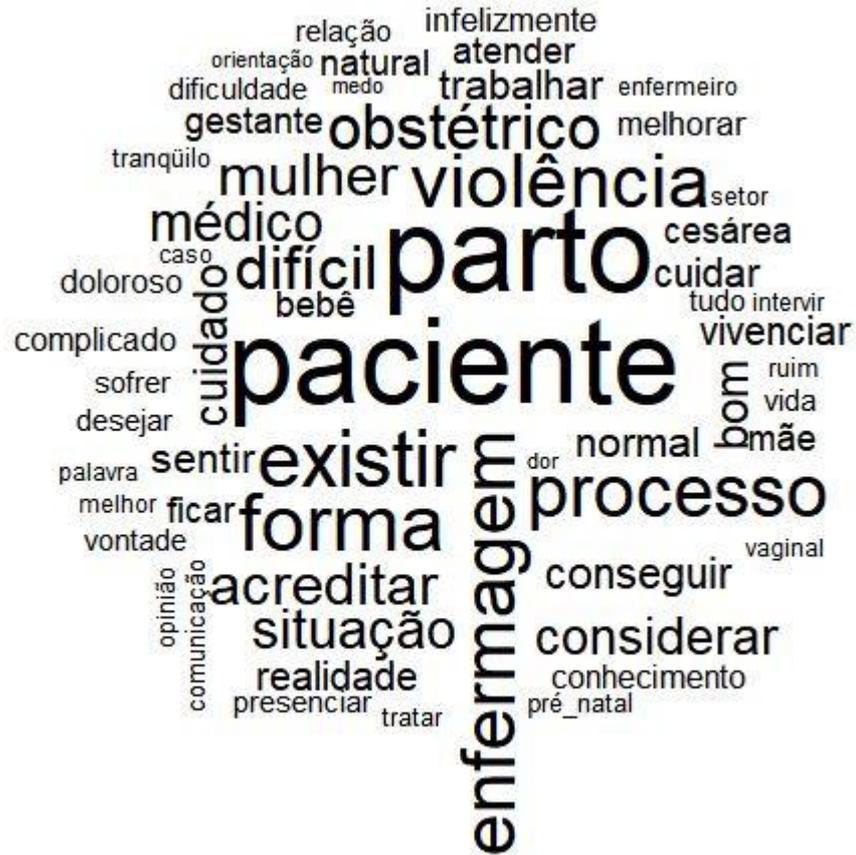
“Para mim não tem problema com as equipes, na maioria das vezes que acontece alguma situação, eu chamo, converso, falo na hora, a maioria dos residentes conseguem ouvir.”(Atena)

“De modo geral existe uma boa relação de trabalho sim. Acontece algumas interferências, mas pode sim melhorar o processo de comunicação entre as equipes.”(Aveta)

Concluídas as premissas, Chaves afirma que a disputa por espaço profissional, e pelo poder tem comprometido o exercício do trabalho em equipe que poderia ser realizado em harmonia pela equipe multidisciplinar, uma vez que, existindo um bom convívio e um adequado relacionamento profissional, a qualidade da assistência prestada ao cliente, seria o foco principal no serviço de saúde (CHAVES, 2012).

5.3 Análise da Nuvem de Palavras (NP)

Figura 1 – Nuvem de Palavras das atoras sociais



Fonte: IRAMUTEQ (2020)

As Nuvens de palavras (NP) são figuras reproduzidas a partir da leitura superficial do senso comum, com base na frequência quantitativa das palavras que após análise produzem ideias ou concepções. O tamanho de cada palavra indica sua frequência, admitida como proxy da relevância de determinada temática na totalidade de hipertextos (SURVEYGIZMO, 2012). No presente trabalho a NP foi utilizada como suporte à análise de conteúdo das participantes do estudo, totalizando 30 atoras sociais.

A princípio é possível identificar as palavras PARTO e PACIENTE em destaque, em seguida ENFERMAGEM, VIOLÊNCIA, FORMA e PROCESSO, neste caso resta compreender o sentido que estes termos resultam perante seus contextos. Através dos diálogos transcritos e com base no contexto que estes termos aparecem, os quais são resultantes das respostas as questões norteadoras, todos estão direta e indiretamente relacionados à violência obstétrica. A forma que o processo do parto é apresentado relaciona-se ao processo de parturição questionado na primeira questão norteadora. Este é tido como doloroso, complicado, difícil, como destacado pela NP.

É possível relacionar as palavras REALIDADE, MÉDICOS, DIFÍCIL e PRESENCIAR, a segunda questão norteadora que questiona sobre a visão das participantes acerca da violência obstétrica, pois estas afirmam tratar-se de uma realidade difícil, muitas vezes praticada pela equipe médica, mas que abrange a enfermagem.

Ao responderam a terceira questão norteadora, que questiona sobre como é vivenciar a violência obstétrica ser praticada no local em que trabalha, as atoras afirmam ser muito difícil presenciar e não ter autonomia para agir contra as atitudes de violência.

Como apontado pela NP o termo CUIDAR em destaque relaciona-se à quarta questão norteadora, que evidencia sobre como é vivenciado o cuidar no setor de trabalho, os discursos afirmam deixar muito a desejar, comprometendo para um cuidado mais eficiente e por isso não ser possível atender a paciente de forma holística.

Para finalizar, as palavras ENFERMEIRO, MÉDICO, RELAÇÃO, DIFICULDADE e COMUNICAÇÃO ressaltadas pela NP, podem ser associadas à quinta questão norteadora, que busca compreender sobre a relação de trabalho entre a equipe de enfermagem e a equipe da medicina, as quais informam existir muitas dificuldades na comunicação, e alegam não haver uma boa relação interpessoal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo verificamos a partir das entrevistas realizadas com as atoras sociais, que a violência obstétrica trata-se ainda de uma realidade desagradável que ocorre no atual setor de trabalho, e que muitas vezes acontece por falta de comunicação entre as equipes multiprofissionais, principalmente enfermagem e medicina.

Segundo as entrevistadas, as enfermeiras obstetras e os profissionais de enfermagem possuem pouca autonomia para intervir em situações que configuram-se como violência à mulher, durante o pré-parto, parto e pós-parto. As atoras afirmam que a violência obstétrica praticada no CO relaciona-se à classe médica, contudo abrange a enfermagem, uma vez que por falta de autonomia torna-se omissa a agressão.

Diante deste cenário, de acordo com as entrevistadas, a conduta profissional frente à violência obstétrica torna-se comprometida e limitada. Tais afirmações apresentam-se relacionadas de forma negativa e insatisfatória ao papel da equipe de enfermagem na redução dos casos de violência. Contudo, apesar da enfermagem obstétrica, e de todos os métodos não farmacológicos que dispõe para indução do parto natural não serem bem aceitos pela equipe médica, a sua inclusão a obstetrícia avança a cada dia, e com isso sua autonomia, caminhando para a diferenciação da formação médica tradicionalista.

Importante ressaltar que fatores como a enorme demanda pelo atendimento especializado, a falta de estrutura física e escalas reduzida de funcionários influenciam diretamente, comprometendo o serviço assistencial de qualidade prestado as parturientes e puérperas atendidas no setor. Por estas razões, muitas vezes são impostos pela equipe profissional métodos considerados mais “rápidos” à mulher, como a cesárea, na tentativa de otimizar o trabalho de parto por não demandar muito tempo quando comparado ao trabalho de parto natural.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Proporção de parto cesáreo**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp5556/nota703.pdf. Acesso em: 28 mar. 2019.
- ALMEIDA, N. A. M. *et al.* Concentração plasmática do hormônio adrenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não farmacológico de alívio da ansiedade e dor do parto. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 2, p. 223-8, 2005.
- APICE ON. **Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia neonatologia**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>. Acesso em: 15 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 03 mar. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de cobertura. **Proporção de partos hospitalares**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/pdf/ficha_F.7.pdf. Acesso em: 13 jul. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de cobertura. **Proporção de partos hospitalares**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2016_4_ficha_tecnica_dos_indicadores_anexo_ii.pdf. Acesso em: 14 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 12 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Normativa 398/2016. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/partonormal/faq-398.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BONADIO, I.C. *et al.* Levantamento do número de enfermeiros obstetras formados nos últimos 20 anos pelas escolas de enfermagem do Brasil. **Revista Nursing**, São Paulo, SP, v. 2, n. 8, p. 25-9, 1999.
- BOWSER, D.; HILL, K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. **Translating Research Into Action**, Bethesda, MD, v. 8, p. 15-23, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 477 DE 14/04/2015, **Legislação Federal e Estadual**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04782015_30969.html. Acesso em: 02 Jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 564/2017, **Legislação Federal e Estadual**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 02 Jun. 2020.

COSTA, A.A.N.M.; SCHIRMER, J. A atuação dos enfermeiros egressos do curso de especialização em obstetrícia no nordeste do Brasil: da proposta à operacionalização. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 6, p. 332-9, 2012.

CHAVES, R.N.; ALVES A. L. As relações de poder dentro da unidade hospitalar: uma perspectiva de médicos e enfermeiros. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, Mato Grosso, MT, v. 30, p.159-164, 2012.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Crise na saúde: falta de leito obstétrico**. São Paulo, SP, 2011. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br>. Acesso em: 10 Jun. 2020.

FERREIRA, J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, SP, v. 3, p.111-8, 2005.

IRAMUTEQ. **IramuteQ**. [S. l.], 2020. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/>. Acesso em: 01 Jun. 2020.

KELEHER, K.C. Collaborativepractice: characteristics, barriers, benefits, andimplications for midwifery. **Journalof Nurse Midwifery**, [s. l.], v. 43, n. 1, p. 8-11, 1998.

KRAMER, M.; SCHMALENBERG, C.E. Magnet hospital staff nursesdescribeclinicalautonomy. **Nursing Outlook**, [s. l.], v. 51, n. 1, p. 13-9, 2003.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**, [s. l.], v. 30, p. 17-32, 2014.Suplement1.

LIMA, I. B.;BASTOS, L. O. Conflitos de poder na relação entre profissionais de saúde sob a óptica do paciente. **Revista de Enfermagem UFPE**, [s. l.], v. 1, p. 19-27, 2007.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Agir em saúde:um desafio para o público. São Paulo, SP:Hucitec, 1997.

MERIGHI, M. A. B.; YOSHIZATO, E. Seguimento das enfermeiras obstétricas egressas dos cursos de habilitação e especialização em enfermagem obstétrica da Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 10, p. 493-501, 2002.

MORAES, M. S. et al. Aplicabilidade de estratégias não farmacológicas para alívio da dor em parturientes: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, [s. l.], v. 4, p. 131-6, 2010.

MONTICELLI, M. et al. Especialização em Enfermagem Obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. **Texto & Contexto – Enfermagem**, [s. l.], v. 17, p. 482-9, 2008.

MCKAY, S. The routetotrueautonomouspractice for midwives. **Nursing Times**, [s. l.], v. 93, n. 46, p. 61-2, 1997.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, SP, v. 6, p. 63-74, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade segura**: assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 2014.

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

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (Brasil). **HumanizaSUS**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br>. Acesso em: 02 Abr. 2019.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (Brasil). **HumanizaSUS**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>. Acesso em 01 jun. 2020.

SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo, SP, 2010. Disponível em: https://apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesqui_saintegra.pdf. Acesso em: 10 Jun. 2019

SACRAMENTO, M. T. P.; TYRRELL, M. A. R. Vivências das enfermeiras nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 14, p. 425-33, 2006.

SANTOS, E. K. A. *et al.* Especialização em Enfermagem Obstétrica da UFSC-1999/2003: perfil e atuação dos egressos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, PR, v. 7, p. 155-62, 2008.

SILVA, I. M. B. P. **A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar**. 2006. Tese (Doutorado). Pontífice Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/19/arelacaoconflituosaentremedicoseenfermeirasnocontextohospitalar.pdf>. Acesso em 12 Jun. 2020.

SILVA, L. M. *et al.* Vivenciando as experiências daparturição em um modelo assistencial humanizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 64, n. 1, p. 60-5, 2011.

SILVA, N. M.; GIULIANI, C. D. Categorização gradativa, 2020.

SOUZA, T. G. *et al.* A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 32, n. 3, p. 479-86, 2011.

SURVEYGIZMO. **Using Word Clouds To Present Your Qualitative Data.** [S. l.], 2012.
Disponível em: <https://www.surveygizmo.com/>. Acesso em: 10 Maio 2019.

VANN, M. K. Professional autonomy for midwives. An essential component of collaborative practice. **Journal of Nurse-Midwifery**, [s. l.], v. 43, n. 1, p. 41-5, 1998.

ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.463.421

Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura_.pdf	21:07:07	Giuliani	Aceito
Folha de Rosto	Folha_.pdf	30/01/2019 20:32:31	Carla Denari Giuliani	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 21 de Julho de 2019

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO COLETA DE DADOS

1) Como você considera o processo de parturição?
2) Qual a sua visão sobre “Violência Obstétrica”?
3) Como é para você vivenciar a “Violência Obstétrica” ao ser praticada no setor em que trabalha?
4) Como você vivencia o cuidar nessa unidade?
5) Como você vivencia a relação de trabalho entre as equipes profissionais?