



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Wanessa Candioto Barbalho de Souza

**Ações no pré-natal para a prevenção da violência obstétrica:
contribuições das enfermeiras à luz de Hildegard Peplau**

Rio de Janeiro

2024

Wanessa Candioto Barbalho de Souza

Ações no pré-natal para a prevenção da violência obstétrica: contribuições das enfermeiras à luz de Hildegard Peplau

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra Jane Márcia Progianti

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/B

S729 Souza, Wanessa Candioto Barbalho de
Ações no pré-natal para a prevenção da violência obstétrica :
contribuições das enfermeiras à luz de Hildegard Peplau / Wanessa
Candioto Barbalho de Souza. – 2024.
113 f.

Orientador: Jane Márcia Progianti

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Violência obstétrica - Prevenção e controle - Teses. 2. Parto
Humanizado - Teses. 3. Relações interpessoais - Teses. 4.
Cuidados de Enfermagem. I. Progianti, Jane Márcia. II. Universidade
do Estado do Rio de Janeiro. III. Faculdade de Enfermagem. IV.
Título.

CDU 614.253.5

Bibliotecário: Felipe Vieira Queiroz Xavier CRB: RJ - 230047/S

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou
parcial desta Dissertação, desde que citada a fonte

Assinatura

Data

Wanessa Candioto Barbalho de Souza

Ações no pré-natal para a prevenção da violência obstétrica: contribuições das enfermeiras à luz de Hildegard Peplau

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em: 31 de julho de 2024.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Jane Márcia Progianti (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Juliana Amaral Prata
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. Audrey Vidal Pereira
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro
2024

DEDICATÓRIA

Dedicado aos meus pais, que em todas as etapas da minha vida, me incentivaram, torceram, sorriram e choraram comigo, me fazendo acreditar que eu chego aonde quiser, com esforços e superações, e que sempre estarão ao meu lado. OBRIGADA, seu Antonio (pai) e Cristina (mãe) pelo amor incondicional. AMO VOCÊS!

Em especial à minha filha, Antonella, que chegou em meados do mestrado, sem aviso, e me fez acreditar e querer superar, ainda mais, todas as dificuldades para terminar o mestrado. Gratidão, filha, você chegou para reforçar a minha determinação como mulher, e agora mãe, na vontade de vencer. Amo-te, minha pequena!

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu pai maior, por proporcionar a vida e me permitir aprender com ela as coisas boas e tirar lições das coisas não tão boas e, assim, me fazer chegar até aqui.

À minha orientadora, Jane Márcia Progianti, por ter acreditado em mim e na minha capacidade de construir esse projeto, me dando essa oportunidade de crescimento profissional e pessoal. Grata pelos ensinamentos e “chamadas assertivas”, peço desculpas pelas falhas e tropeços do caminho.

Às minhas companheiras de turma e amigas do curso de Mestrado, em especial: Bianca e Fernanda, pelo companheirismo em compartilhar seus saberes. Por dividirem momentos de cansaço e de insegurança, passando pelo processo juntas. “Ninguém larga a mão de ninguém!”

A todas as enfermeiras participantes do estudo e colegas de profissão, que confiaram a mim seus depoimentos, contribuindo para a realização do estudo. Obrigada pela disponibilidade e boa vontade.

A todos os meus amigos, pela presença em muitos momentos de descontração. Foram momentos essenciais para renovar o “gás” e continuar o processo. Muito obrigada!

À minha amiga, Gabriela Vieira, agradeço pelas conversas, motivação e escuta dos desabafos nos momentos de tensão, nos quais era preciso alinhar a mente.

E a todos que aqui não foram citados, mas são lembrados, o meu muito obrigada!

Se você pensa que é um malgrado
(frustrado),

você se torna como tal.

Se você almeja atingir uma posição mais
elevada

deve, antes de obter a vitória,

dotar-se da convicção de que conseguirá
infalivelmente.

A luta pela vida nem sempre é vantajosa
aos fortes, nem aos espertos.

Mais cedo ou mais tarde,

quem cativa a vitória é aquele que crê
plenamente:

EU CONSEGUIREI." (*Napoleon Hill*)

RESUMO

SOUZA, W. C. B. **Ações no pré-natal para a prevenção da violência obstétrica: contribuições das enfermeiras à luz de Hildegard Peplau.** 2024. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, cujo objeto são as ações no pré-natal para a prevenção da violência obstétrica: contribuições das enfermeiras à luz de Hildegard Peplau. Foram elaborados os seguintes objetivos: conhecer as percepções das enfermeiras pré-natalistas acerca da violência contra a mulher; identificar as ações para a prevenção da violência obstétrica desenvolvidas pelas enfermeiras durante o processo de cuidar no pré-natal e discutir, à luz da Teoria das Relações Interpessoais, o processo de cuidar das enfermeiras pré-natalistas, com foco na prevenção da violência obstétrica. Para o tratamento dos dados foi utilizada a análise temática, no método de conteúdo de Bardin. A pesquisa teve como participantes quinze enfermeiras pré-natalistas da Atenção Primária da Saúde, do Estado do Rio de Janeiro. Os resultados foram agrupados em duas categorias: “percepção das enfermeiras pré-natalistas sobre violência contra as mulheres” e “ações desenvolvidas pelas enfermeiras no processo de cuidar no âmbito do pré-natal”. A primeira categoria desvelou as manifestações da violência obstétrica no contexto do trabalho de parto e no ciclo gravídico puerperal, bem como apontou as vulnerabilidades das gestantes em relação ao gênero, raça/cor e classe. Neste sentido, as enfermeiras consideraram como violência obstétrica as ofensas verbais que afetam o emocional, privação do acompanhante, violação do direito de escolhas e desrespeito ao protagonismo com práticas e atitudes invasivas. As enfermeiras também reconheceram que mulheres negras, mulheres que pertencem a um contexto familiar e territorial violento e que possuem relações de submissão ao parceiro são mais vulneráveis às violências. A segunda categoria apresentou as ações das enfermeiras na prevenção da violência obstétrica no processo de cuidar, as quais perpassam pelo estabelecimento da relação interpessoal para identificar as necessidades através do acolhimento, vínculo e escuta, e assim, através das consultas individuais e coletivas, implementam protocolos, esclarecem dúvidas específicas, incentivam o parto normal, incentivam a construção do plano de parto e a participação do acompanhante. Desse modo, desempenham os papéis de especialista, educadora, líder e provedora de recursos. Conclui-se que as enfermeiras percebem que a violência obstétrica é uma forma específica de violência contra as mulheres, que acontece não só durante o parto, mas também durante a gestação. E ainda, reconhecem que as violências contra as mulheres estão relacionadas com as vulnerabilidades de raça/cor, gênero e classe das mulheres. A relação interpessoal enfermeira/gestante com acolhimento e empatia, proporciona um vínculo de confiança que permite identificar as necessidades, e que a comunicação e escuta possibilita compreender as possíveis violências sofridas pelas mulheres.

Palavras-chaves: cuidados de enfermagem; violência obstétrica; relação interpessoal; pré-natal.

ABSTRACT

SOUZA, W. C. B. **Nurses' care actions to prevent obstetric violence in prenatal care**: contributions from Hildegard Peplau. 2024. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

This is research, with a qualitative approach, whose object is nurses' care actions to prevent obstetric violence in prenatal care. The following objectives were developed: to understand the meanings of violence against women for nurses who work in prenatal care at basic health units; discuss the process of caring for nurses who work in prenatal care at basic health units considering the Theory of Interpersonal Relations and discuss how the care actions developed by prenatal nurses prevent obstetric violence during childbirth. Bardin's thematic/categorical content analysis was used to process the data. The participants of the research were prenatal nurses from the city of the State of Rio de Janeiro who work to assist pregnant women. The results were grouped into two categories: "Violence against women from the perspective of prenatal nurses" and "Actions to prevent obstetric violence carried out in the process of caring for prenatal nurses in basic health care". The first category resulted in two subcategories, where there was an intersectional view of nurses on violence against women and the vulnerabilities and meaning of obstetric violence. The second category presented nurses' actions in preventing obstetric violence in the care process, which were the establishment of interpersonal relationships to identify needs, care actions and roles established to meet needs and prevent obstetric violence and empowerment and female independence after actions with the interface in preventing obstetric violence. We conclude that prenatal nurses develop interpersonal relationships through welcoming, bonding and listening, and thus, favors care actions in the care process, so that obstetric violence can be prevented.

Keywords: nursing care; obstetric violence; interpersonal relationship; prenatal.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Articulação da teoria das relações interpessoais com a prevenção da violência obstétrica no processo de cuidar de enfermeiras no pré-natal.....	39
Figura 2 -	Fluxo de captação e recrutamento das participantes do estudo.....	42
Figura 3 -	Esquema da violência contra as mulheres na percepção das enfermeiras pré-natalistas.....	63
Figura 4 -	Esquema das ações na prevenção da violência obstétrica realizadas no processo de cuidar das enfermeiras pré-natalistas na perspectiva da teoria relações interpessoais de H. Peplau.....	81
Quadro 1 -	Caracterização das participantes do estudo.....	111
Quadro 2 -	Codificação dos dados e construção das categorias.....	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária de Saúde
CEDAW	Convenção para a Eliminação de Todas as formas de Violência contra as Mulheres
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPN	Centro de Parto Normal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
RAMI	Rede de Atenção Materno e Infantil
SUS	Sistema Único de Saúde
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	17
2	REVISÃO TEMÁTICA	19
2.1	Violência contra a mulher	19
2.2	Violência Obstétrica	23
2.3	Políticas públicas de enfrentamento da violência obstétrica no Brasil ...	25
3	REFERENCIAL TEÓRICO	29
3.1	Relações interpessoais na prática da enfermagem à luz da Teoria de Hildegard E. Peplau	29
3.2	Articulação do referencial teórico ao objeto de estudo	35
4	METODOLOGIA	40
4.1	Tipo de pesquisa	40
4.2	Participantes	40
4.3	Coleta de dados	42
4.4	Análise dos dados	43
4.5	Aspectos éticos da pesquisa	45
5	RESULTADO E DISCUSSÃO DOS DADOS	47
5.1	Caracterização das participantes	47
5.2	Percepção das enfermeiras pré-natalistas sobre violência contra as mulheres	48
5.2.1	<u>Subcategoria 1: Manifestações da violência obstétrica</u>	48
5.2.2	<u>Subcategoria 2: Vulnerabilidades e a violência contra as mulheres: o olhar interseccional das enfermeiras</u>	55
5.3	Ações desenvolvidas pelas enfermeiras no processo de cuidar no âmbito do pré-natal	63
5.3.1	<u>Fase de orientação: Estabelecimento de relações interpessoais para identificação das necessidades</u>	64
5.3.2	<u>Fase de identificação: Ações de cuidado e papéis das enfermeiras para atender às necessidades das gestantes e prevenir a violência obstétrica</u>	68

5.3.3 <u>Fase de exploração e resolução: Empoderamento e autonomia das mulheres após as ações de cuidado das enfermeiras e suas interfaces com a prevenção da violência obstétrica</u>	77
CONCLUSÃO	82
REFERÊNCIA	85
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	105
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	108
APÊNDICE C - Orçamento.....	109
APÊNDICE D - Cronograma	110
APÊNDICE E – Caracterização das participantes.....	111
APÊNDICE F – Dados e Categorias	112

INTRODUÇÃO

Este estudo tem por objeto ações no pré-natal para a prevenção da violência obstétrica: contribuições das enfermeiras à luz de Hildegard Peplau. O interesse pelo tema surgiu devido à minha atuação como enfermeira obstétrica em uma maternidade pública da baixada fluminense, no estado do Rio de Janeiro. Nesta instituição hospitalar, observo que muitas mulheres não se reconhecem como ativas no processo de parto e são pouco esclarecidas sobre seus direitos, o que interfere na vivência prazerosa do processo de gestar e parir, deixando-as mais expostas às situações de desrespeito na assistência.

Tal constatação demonstra a existência da forte cultura do parto medicalizado. A medicalização é uma consequência inevitável dos processos de transformação social que criaram a medicina moderna a qual controla a vida das pessoas (Sena, 2016). Neste sentido, Zola (1972) reforça que é um processo enraizado na sociedade ocidental, cada vez mais imersa em um sistema técnico e burocrático que cria a dependência crescente pelo complexo médico industrial tecnológico (Szasz, 2007; Freitas; Amarante, 2017).

Nesta perspectiva, a medicalização do parto é um processo que valoriza o uso excessivo de intervenções invasivas do profissional no corpo feminino, com ênfase em resultados em curtos prazos (Cheron *et al.*, 2020). Tais características configuram o modelo biomédico que é fundamentado nas ideias mecanicistas. Por conseguinte, Balaska (2016) salienta que, nesta configuração assistencial, o protagonismo da mulher e sua autonomia durante o parto são anulados e as práticas obstétricas podem constituir em desrespeito, falta de dignidade e segurança na assistência obstétrica, causando violação dos direitos das mulheres, caracterizando-se como uma violência.

A violência obstétrica que é conceituada pela lei venezuelana como sendo:

A apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizado, num abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres (Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012, p. 32).

Diante do exposto, dentre as várias conceituações possíveis, a proposta por Bowser e Hill (2010) pontuam a violência obstétrica nas instituições de saúde, como: “Abuso físico”, “Imposição de intervenções não consentidas”, “Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas”, “Cuidado não confidencial ou privativo”, “Cuidado indigno e abuso verbal”, “Discriminação baseada em certos atributos” e “Abandono, negligência ou recusa de assistência” (Tesser *et al.*, 2015).

As violências obstétricas são consideradas por maus-tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos, tais como episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina de rotina e ausência de acompanhante (Tesser *et al.*, 2015). Acrescenta-se ainda que não se restringe somente aos aspectos físico, psicológico e verbal, mas também envolve a forma de como a mulher é tratada em um contexto geral, ou seja, de como é percebida, recebida e escutada no serviço (Nascimento *et al.*, 2022).

Ademais, Conceição *et al.* (2021) acrescentam que as violências obstétricas vão para além do momento do parto, apresentando-se desde a gestação, o que, no Brasil, nos remete à conjuntura do Sistema Único de Saúde (SUS), onde se encontram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Estratégias de Saúde da Família (ESF), que constituem as portas de entrada ao acesso nos serviços no âmbito da Atenção Primária de Saúde (APS) (Rodrigues; Neri, 2012).

O embate da violência obstétrica deve ser encarado como uma questão prioritária para o campo da saúde, pois representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde. (Souza; Pileggi-Castro, 2014).

Nesse tocante, a violência obstétrica é uma questão de saúde pública e com grandes repercussões sobre a saúde materna e perinatal, e, por isso mesmo, requer no âmbito da assistência gravídico-puerperal uma prevenção, a qual demanda de todos os envolvidos a incorporação de abordagens inovadoras que promovam segurança e garantam a promoção de seus direitos nas ações de saúde (Diniz *et al.*, 2015).

A prevenção quaternária, segundo Schopf *et al.* (2022), envolve a responsabilidade do profissional de saúde em utilizar, no processo de cuidar, tecnologias de relações pautadas na produção de vínculo, na autonomização e no

acolhimento, de modo a rever a prática clínica e reduzir as iatrogenias presentes no processo de trabalho (Maciel; Santos;Prado, 2020).

Ressaltamos que a prevenção quaternária na assistência pré-natal é baseada em evidências científicas no combate à violência obstétrica, e que esta prevenção identifica mulheres sob risco de hipermedicalização, intervenções desnecessárias e danos (Norman;Tesser, 2009; Tesser *et al.*, 2015). Desse modo, a assistência qualificada e humanizada do profissional no pré-natal, pode desenvolver o protagonismo das mulheres no processo de parto e nascimento, diminuindo as violências perpetuadas no gestar, parir e nascer (Anversa *et al.*, 2012)

Aqui emerge a relevância da atuação das enfermeiras na assistência pré-natal, que, por meio do processo de cuidar, podem desenvolver ações para prevenir as violências obstétricas. Esta potencialidade se associa ao fato de que, além da competência técnica requerida para a implementação de protocolos assistenciais, essas profissionais demonstram sensibilidade para compreender a mulher e seu modo de vida, e que possuem habilidades relacionais, baseadas na escuta e na ação dialógica, bem como utilizam tecnologias não invasivas de cuidados (Lima, 2011; Silva; Ribeiro, 2020), definidas como: “atributos da relação humana que integram o cuidar, situando-se na dimensão subjetiva, que se traduz em comportamentos, atitudes e posturas manifestadas durante o encontro da enfermeira com o cliente” (Prata *et al.*, 2022, p. 4).

Nesta perspectiva, é desejável que a enfermeira e a mulher construam uma relação que desenvolva a reflexão acerca das práticas benéficas e/ou danosas da assistência ao gestar, parir e nascer, e, sobretudo, dos direitos como mulher do processo de parturição, e que possa assegurar o desenvolvimento da gestação nos aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (Moura *et al.*, 2019; Trigueiro *et al.*, 2022).

Costa *et al.* (2013) referem que o período pré-natal é considerado o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados, o qual requer da enfermeira o estabelecimento de uma comunicação junto às gestantes e seus familiares que contribua para as práticas de cuidado em saúde, favorecendo o autocuidado, o exercício da autonomia e o empoderamento das mulheres, para a prevenção da violência obstétrica.

A assistência humanizada no processo da gestação ao parto, como salientam Villela, Almeida e Ribeiro (2011), se dá no relacionamento interpessoal e

terapêutico, pois esta relação possibilita as práticas em saúde construídas de modo compartilhado entre enfermeira e gestante no alcance de objetivos para a promoção e prevenção da saúde.

Visto isso, é possível refletir o quanto a relação interpessoal é essencial ao processo de cuidar, sobretudo na perspectiva desmedicalizada, contribuindo para a construção desta relação, que envolve conhecimentos, habilidades e atitudes, sobretudo para agir diante da violência obstétrica no processo de parturição, desde que as atividades educativas, individuais e em grupo abordem esta temática sob um enfoque problematizador da cultura medicalizada que permeia a sociedade, fornecendo instrumentos para o empoderamento das mulheres com base em seus direitos.

Em sua Teoria da Relação Interpessoal, Peplau (1990) traz a enfermagem psicodinâmica que oferta a noção de **crecimento pessoal** compartilhado pela enfermeira e a cliente, a partir do relacionamento desenvolvido no processo de cuidar, no qual envolve reconhecer, esclarecer e construir uma compreensão acerca do que acontece quando a enfermeira se relaciona de forma acolhedora com a mulher (Allgood;Tomey, 2004; Almeida; Lopes; Damasceno, 2005).

As relações interpessoais têm sido um passo fundamental em direção à compreensão da enfermagem como práxis, entendida como ação aprofundada, carregada de sentido, projetada, consciente e transformadora do sujeito, que consiste em compreender o comportamento dos indivíduos para que uns possam ajudar outros a identificar as dificuldades, e a aplicar os princípios de relação interpessoal em todos os níveis de experiência (Howk; Hildegard, 2004; Franzoi *et al.* 2016).

Por conseguinte, a teórica visualiza a enfermagem como um processo interpessoal, centrado na relação enfermeira/cliente, e aborda conceitos e princípios que deem suporte às relações interpessoais que se processam na prática da enfermagem, de modo que as situações de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal (Peplau, 1990; Almeida; Lopes; Damasceno, 2005).

A relação interpessoal visa compreender as necessidades, identificar dificuldades e oferecer ajuda na superação por meio de um processo de cuidado, onde a enfermeira estabelece o processo de comunicação e constrói um relacionamento terapêutico como objetivo principal do cuidar, estimulando o

enfrentamento das dificuldades ou problemas vivenciados pela mulher no ciclo gravídico-puerperal (Belcher; Fish; Peplau, 2000; Almeida, *et al.* 2005; Moraes; Lopes; Braga, 2006).

Para Peplau (1990), a relação interpessoal se desenvolve em quatro fases que perpassam o processo de cuidar, no qual a enfermeira pode desempenhar papéis distintos de acordo com as demandas, subjetividades, necessidades sociais e de saúde, e reações da mulher aos cuidados propostos. Assim, compreende-se que seja importante refletir sobre como o desempenho destes papéis da enfermeira se correlaciona com a prevenção da violência obstétrica durante a atenção pré-natal.

Diante do exposto e entendendo que as ações de cuidado das enfermeiras na assistência pré-natal na atenção primária devem acontecer por meio de um processo de relações interpessoais, foram despertados alguns questionamentos que, ao serem respondidos, puderam colaborar na elaboração de subsídios para a prevenção da violência obstétrica. Assim, foram elaboradas as seguintes **questões norteadoras**:

- Quais são as percepções das enfermeiras pré-natalistas acerca da violência contra as mulheres?
- Quais são as ações para a prevenção da violência obstétrica desenvolvidas pelas enfermeiras durante o processo de cuidar no pré-natal?

Para responder a estas questões, elaboraram-se os seguintes **objetivos**:

- Conhecer as percepções das enfermeiras pré-natalistas acerca da violência contra a mulher;
- Identificar as ações para a prevenção da violência obstétrica desenvolvidas pelas enfermeiras durante o processo de cuidar no pré-natal;
- Discutir, à luz da Teoria das Relações Interpessoais, o processo de cuidar das enfermeiras pré-natalistas, com foco na prevenção da violência obstétrica.

1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

O desenvolvimento deste estudo se justifica, pois de 1996 a 2020, no Brasil, foram registrados 42.460 óbitos maternos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), sendo 68,6% decorrentes de causas obstétricas diretas¹, já as causas obstétricas indiretas² foram responsáveis por 28,2% das mortes maternas e 3,2% por causas obstétricas não específicas (Brasil, 2022a). Salienta-se que as causas diretas podem estar relacionadas com a violência obstétrica.

Ademais, a referida violência pode se expressar por meio da via de parto sem recomendação, apenas por interesse individual profissional e até na elaboração de um falso diagnóstico, como apontam as estatísticas da pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada em 2014. Esta pesquisa acompanhou 23.894 mulheres e seus bebês em hospitais públicos, conveniados ao SUS e privados, e apontou 88% dos nascimentos por cesariana no setor privado e 46% no setor público (Leal *et al.*, 2020).

Corroborando com os dados do DATASUS, no período de 2016 a 2020, o qual refere que, de um total de 14.305.558 partos no Brasil, 43,8% foram partos normais e 56,2% foram cesáreas, apesar da recomendação da OMS para que as cesarianas não excedam 15% do total de partos (Brasil, 2022b).

A pesquisa “Nascer no Brasil II”, iniciada em 2020, que acompanhou 24.255 mulheres, aponta as transgressões nas políticas públicas de saúde referentes à assistência adequada e de qualidade no ciclo gravídico-puerperal, o qual sinaliza para a violência existente nos níveis de assistência (Leal *et al.*, 2020).

A pesquisa da Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS), com eixo temático na saúde da mulher, identifica e analisa as práticas dos profissionais da saúde na atenção integral a mulheres e meninas em situação de violência doméstica e sexual, o que permitirá uma maior abrangência ao estudo, ressalvada pelo objetivo 5.2 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável –

¹Causas obstétricas diretas são as complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Em destaque, são: hipertensão arterial, hemorragia, infecção puerperal e aborto (MS, 2020).

²Causas obstétricas indiretas são resultantes de doenças pré-existentes à gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocados por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Em destaque foram: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, AIDS e doenças infecciosas e parasitárias (MS, 2020)

Agenda 2030, que busca concretizar os direitos humanos, alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres e meninas (ONU, 2015; Brasil, 2018).

Nesse contexto, o estudo é relevante, pois trará subsídios na prevenção quaternária, para que as enfermeiras pré-natalistas possam identificar gestantes que estejam em risco e em vulnerabilidades a práticas intervencionistas desnecessárias, que podem causar mais danos do que benefícios à sua saúde.

O estudo contribuirá para a compreensão do processo de cuidar das enfermeiras, na APS, através do foco em suas relações interpessoais com as usuárias. Isso apresentará reflexões, novas interpretações para a assistência pré-natal e um olhar mais atento na prevenção do fenômeno da violência obstétrica.

Tendo em vista que o uso de uma teoria oferece estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem, este estudo proporcionará um meio sistemático de coletar dados para descrever, explicar e prever a prática de pesquisa em relação à prática de enfermagem. O estudo mostrará também a relevância das relações interpessoais no estabelecimento do cuidado humanizado e desmedicalizado.

2 REVISÃO TEMÁTICA

2.1 Violência contra a mulher

A palavra violência vem do latim *vis*, e significa: tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser; todo ato de força contra a vontade e a liberdade de alguém; todo ato de violação da natureza de alguém; todo ato de transgressão contra alguém (Krug *et al.*, 2002). Caracteriza-se pela intencionalidade de agressão, coerção, omissão ou ameaça, com danos de ordem física, sexual e psicológica (Chauí, 2001) que ocorrem tanto no contexto individual como no coletivo, resultando em lesões, agravos, deficiências de desenvolvimento, privações e óbito (Berteloni, 2021).

Para abranger a temática violência e suas repercussões sobre a saúde, é necessário compreender o conjunto dos problemas que relacionam as condições de vida, questões ambientais, avanços que ocorrem na ciência e tecnologia do setor, sobretudo na biologia, e, também, nas intervenções e nos procedimentos médicos (Minayo, 2006). A primeira introdução do tema violência no campo da saúde foi a partir da década de 1980, com a problemática da violência contra crianças, através das denúncias dos profissionais de saúde (Njaine; Assis; Constantino, 2010).

A partir da década de 1990, emergiu o debate acerca dos impactos da violência sobre a saúde com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), que começaram a falar especificamente de violência e não apenas de causas externas, congregando as várias discussões que vinham ocorrendo em diferentes âmbitos (Njaine *et al.*, 2020).

Tanto que, em 2002, a OMS produziu o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, no qual o termo “causas externas”, que tradicionalmente englobava “acidentes e violências”, foi substituído pela expressão **violência e saúde** (Krug *et al.*, 2002).

Por conseguinte, em 2005, a OPAS e o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves-Fiocruz) produziram um relatório, denominado “Impacto da violência na saúde dos brasileiros”, que atuou na promoção e qualidade da vida (Brasil, 2005).

Em referência à classificação de violência, a OMS refere como categorias, fenômenos empíricos e as suas manifestações, sendo eles: violência interpessoal, ocorrida em dois âmbitos (intrafamiliar e comunitário), e perpetrada por parceiros íntimos e/ou entre membros da família, e a violência comunitária, aquela ocorrida no ambiente social, entre conhecido e desconhecido, efetuadas em função do número de vítimas e sua magnitude de sequelas orgânicas e emocionais (Felix, 2018; Njaine *et al.*, 2020).

A violência consiste em ações humanas individuais, de grupos, de classes, que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade e sua saúde física, moral, mental ou espiritual (Minayo; Souza, 2003). Desse modo, a violência, por afetar a vida e a integridade das mulheres, impulsionou o campo da saúde a atuar ativamente com respostas concretas por meio de pautas e ações positivas, através do movimento feminista (Assis; Deslandes; Minayo, 2017; Gonçalves *et al.*, 2019).

Em relação à inclusão dos direitos das mulheres como pauta na agenda mundial de direitos humanos e nas políticas dos governos, destacam-se algumas conferências internacionais, a IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994, no Cairo, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, em Beijing, ambas regidas pela Organização das Nações Unidas (ONU), que fortaleceram a luta dos movimentos sociais e contribuíram para os alicerces da criação de políticas de enfrentamento à violência em suas múltiplas formas e manifestações, bem como para o reconhecimento dos direitos das mulheres como parte dos direitos humanos (Lima, 2007; Coelho *et al.*, 2014).

Corroborando, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, também conhecida como Convenção de Belém do Pará (1994), teve como objetivo tornar visível a violência contra a mulher e exigir o repúdio e sua eliminação, apresentando um amplo conceito de violência doméstica e intrafamiliar, ganhando a incorporação do conceito de gênero à definição de violência contra a mulher (Pandjarian, 2006; Coelho *et al.*, 2014).

Em 2003, foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), para a organização de uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência, que simbolizou um passo importante para garantir recursos para implementação de serviços e políticas públicas integradas de enfrentamento à violência contra as mulheres (Oliveira *et al.*, 2020; Souza *et al.*, 2021).

Em 2006, houve a implementação da Lei Maria da Penha, que criou mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, que seguiu as determinações da Convenção de Belém do Pará (1994) e da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra as Mulheres CEDAW (1979), sendo o primeiro tratado internacional que dispõe amplamente sobre os direitos humanos da mulher (Brasil, 2006; Coelho 2014; Chakian, 2019; Tobias 2021).

A Lei Maria da Penha define violência doméstica e familiar contra a mulher como sendo qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico, e dano moral e patrimonial. Ainda, compreende o âmbito da unidade doméstica como espaço de convívio permanente de pessoas no âmbito da família, em qualquer relação íntima de afeto independentemente da orientação sexual (Brasil, 2006).

Nesse contexto, em 2007, após a realização da II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, em Brasília, o Governo Federal aprovou o Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência Contra a Mulher, que apresentou uma estratégia de gestão que orientava a execução de políticas de enfrentamento à violência contra mulheres, no sentido de garantir a prevenção e o combate à violência, bem como os direitos das mulheres (Brasil, 2007; Chakian, 2019).

Assim, a Organização das Nações Unidas declarou, em 2018, a violência contra a mulher como **qualquer ato de violência de gênero que causa, ou pode causar, dano físico, sexual ou mental, incluindo a ameaça de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, quer ocorra na vida pública ou privada** (WHO, 2018).

A violência contra a mulher também abarca o assassinato intencional de mulheres porque elas são mulheres, inclui qualquer morte de mulher ou menina, em geral após uma história de violência praticada pelo parceiro, caracterizada de feminicídio. Entre os anos de 2009 e 2019, um total de 50.056 mulheres foram assassinadas no Brasil. Visto que 33,3% do total de homicídios de mulheres ocorreu em domicílio (OMS, 2012; Cerqueira *et al.*, 2021).

Salienta-se que 3.737 mulheres foram assassinadas no Brasil em 2019, sendo vitimadas em razão de sua condição de gênero, ou seja, em decorrência de violência doméstica ou familiar, quando há menosprezo ou discriminação à condição de mulher, e, também, da violência em geral (Cerqueira *et al.*, 2021).

Para a OPAS (2021), 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida; 42% das mulheres em situação de violência por parte do parceiro relatam lesões como consequência da mesma; 30% das mulheres que estiveram em um relacionamento dizem ter sofrido alguma forma de violência física e/ou sexual na vida por parte de seu parceiro e, 20% das mulheres relatam ter sofrido violência sexual na infância. Globalmente, 38% dos assassinatos de mulheres são cometidos por um parceiro masculino.

No Brasil, embora tenha sido um cenário de diversas conquistas por parte das mulheres ao longo de sua história, no que concerne aos direitos civis e políticos, a sociedade permanece alicerçada em uma ordem patriarcal (Malta *et al.*, 2021), o que resulta no poder de gênero na maior parte das agressões sofridas pelas mulheres, decorrentes de conflitos interpessoais com o sexo oposto que mantêm vínculos afetivos e profissionais (Silva *et al.*, 2021).

O conceito de gênero evidencia a dimensão cultural que apresenta um papel estruturante no processo de tornar-se homem ou mulher. As questões de gênero estão atribuídas às expressões do masculino e do feminino, por imposição de caráter biológico, por injunções sociais e culturais, sendo estritamente ligadas aos papéis que cada um tem que assumir socialmente, promovendo uma sociedade patriarcal e binária (Poggio, 2012; Santana, 2015).

Os papéis que demarcam os homens e as mulheres em sociedade simbolizam as importâncias socioculturais que se ilustram em cima das diferenças biológicas de sexo feminino e masculino, com isso, os direitos que envolvem as mulheres ainda são transgredidos ao redor do mundo. Contudo, a busca para evidenciar a mulher como sujeito de direitos, tomando como base sua capacidade de escolha e determinação sobre seu próprio corpo, diminui a desigualdade de gênero, amenizando a violência contra a mulher (Njaine *et al.*, 2020).

O patriarcado fundamenta-se na distinção social entre os sexos biológicos, e se manifesta na inferiorização da mulher em relação ao homem. Visto isso, a hierarquização entre os sexos se estabelece pela necessidade de domesticação da sexualidade feminina, mesmo com os avanços no âmbito dos direitos das mulheres (Almeida, 2010; Gomes, 2020).

A relação de poder e manifestação do patriarcado que mais atinge as mulheres é a violência. A naturalização da violência de gênero é incentivada em

uma sociedade patriarcal na qual os homens exercem sua dominação através da agressão para demonstrar sua virilidade (Saffioti, 2004; Gomes, 2020).

Desta maneira, a violência contra a mulher é resultante de um cenário social complexo e multifacetado, com dimensões que são “baseadas em sistemas desiguais que se retroalimentam, principalmente em relação a questões sobre a variedade de gênero, raça, etnia, classe e orientação sexual” (Gomes, 2020, p.25).

2.2 Violência Obstétrica

A violência obstétrica é institucionalizada e reforçada pelo modelo patriarcal/tecnocrático muito evidenciado no Brasil, que trata o nascimento como um problema médico e que considera toda gravidez potencialmente patológica; e a mulher se torna uma máquina incapaz de participar nas decisões sobre o próprio corpo (Damasceno, 2016), o que torna o processo parturição uma experiência traumática na qual a mulher se sente agredida, desrespeitada e violentada por aqueles que lhe prestaram assistência (Sauaia; Serra, 2016).

Os dados do DATASUS, no período de 2016 a 2020, referem um total de 14.305.558 partos no Brasil, e revelam que 43,8% foram partos normais e 56,2% foram cesáreas, apesar de todos os esforços voltados para a diminuição da cesárea no processo de parturição (Brasil, 2022b). Isto configura uma atenção desumanizada e desrespeitosa por profissionais que realizam intervenções não consentidas e sem evidências científicas, violando o corpo e os direitos das mulheres, no parto (Souza *et al.*, 2021; Trajano; Barreto, 2021).

A violência obstétrica é listada na Lei Integral de Violência contra a Mulher (LIVCM). No entanto, o conceito não é precisamente conhecido pelos juristas e nem pelas ciências médicas. Um dos países mais envolvidos com essa temática na América Latina é a Venezuela, onde foi promulgada a lei intitulada **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**, que defende os direitos das mulheres e estabelece 19 formas de violência, dentro das quais se encontra a violência obstétrica (Venezuela, 2007; Zanardo *et al.*, 2017).

O termo **violência obstétrica** foi reconhecido na 74ª sessão da ONU, em 2019 (Naciones Unidas, 2019), como uma violação de direitos humanos de mulheres

e meninas, que apresentou a questão da violência contra as mulheres nos serviços de atenção à saúde reprodutiva, e com particular atenção às causas e aos problemas estruturais que levam à violência contra a gestante, parturiente e puérpera. Assim, a tipologia de violência obstétrica pode se manifestar em diferentes períodos da vida sexual e reprodutiva da mulher, sendo proferida em dois tipos: a ligada à implementação de protocolos médicos institucionalizados e a de gênero, o que revela a violência obstétrica como violência de gênero, num contexto institucional de supermedicalização (Franeczek, 2018; Castro; Rates, 2021).

No entanto, embora identificada, a violência obstétrica carece de conceituação e reconhecimento, o que talvez venha a imprimir maior efetividade à sua regulamentação, e revela ser de suma importância que o legislativo federal discipline a temática, até para que se possam definir sanções específicas à violência obstétrica (Marques, 2020).

De Castro e Rates (2021) definem violência obstétrica como situações ou condutas vivenciadas pelas mulheres na assistência ao gestar, parir e nascer, as quais resultam em danos ou sofrimento psicológico, físico ou emocional. As situações e condutas consideradas violentas reprimem o exercício de direito à saúde sexual e reprodutiva, o direito a receber informações sobre o estado de saúde e o direito a decidir com autonomia sobre seu corpo e seus processos reprodutivos.

Em 2010, uma pesquisa em parceria com a Fundação Perseu Abramo e SESC revelou que 25% das mulheres sofreram algum tipo de agressão durante a gestação ou no parto. Tais agressões, praticadas por profissionais de saúde nas instituições, vão de repreensões, humilhações e gritos, realização de exames dolorosos e contraindicados, passando por xingamentos grosseiros com viés discriminatório quanto à classe social ou cor da pele (Saffiote, 2015; Venturi; Godinho, 2013).

Diante do exposto, ocorre a discriminação no tratamento que possa inferiorizar a mulher diante de sua condição social, cor, raça/etnia e situação econômica, constituindo igualmente violência obstétrica. O relatório da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra traz, com os dados de 2013 do MS, que a proporção de mulheres negras na assistência pré-natal foi de 69,8%, enquanto a de mulheres brancas foi 84,9%. Como parte deste cenário, atualmente 60% das vítimas de morte materna no país são mulheres negras (Brasil, 2011; Castro; Rates, 2021).

O paradigma do racismo se constitui em um serviço apropriado e profissional às pessoas por sua raça/cor, cultura ou origem étnica, sendo assim, a discussão sobre violência obstétrica contra as mulheres negras é inerente ao enfrentamento contra o racismo institucional. Mais ainda, a violência obstétrica contra as mulheres negras é ferramenta funcional ao sistema racista que legitima políticas de vida e morte (Castro; Rates, 2021).

A ampla definição das formas de violências assistidas durante o processo de parto e nascimento expandiu o número de mulheres que passaram a se reconhecer como vítimas dela. Visto que, quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais humilhante e rude tende a ser o tratamento oferecido, em que mulheres desfavorecidas economicamente, com baixo nível de escolaridade, negras, que não realizaram acompanhamento pré-natal, sem acompanhante, profissionais do sexo, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento estão mais sujeitas à violência obstétrica (Diniz *et al.*, 2015; Zanardo, 2017).

2.3 Políticas públicas de enfrentamento da violência obstétrica no Brasil

A violência obstétrica é um termo que vem sendo usado a partir do movimento social em prol do parto humanizado no Brasil para designar práticas no atendimento às gestantes, ao parto e puerpério que podem ser classificadas como violências. Nesse contexto de violência ao parto, o Brasil apresentou políticas públicas que abrangem um favorecimento na assistência humanizada às mulheres, desde o pré-natal ao puerpério (Parto do Princípio, 2012; Marques, 2020).

Em 1984, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM), visando à atenção à saúde da mulher em sua totalidade, para articulações das ações de pré-natal, assistência ao parto e puerpério. Com isso, desde 1985, a OMS recomenda um acompanhante no parto com o intuito de diminuir a violência obstétrica (Brasil, 2001).

Dentro do contexto de estabelecimento dos direitos humanos pós-ditadura militar, em 1993, foi criada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), a partir da Carta de Campinas que relata uma série de denúncias em

relação à assistência ao parto, apontando-a como não humana e que violava os direitos de mulheres e bebês ao nascer (Marques, 2020).

No viés da assistência humanizada ao parto, em 1996, a OMS publicou um Guia Prático: Assistência ao Parto Normal (OMS, 1996). Esse documento propõe mudanças importantes na prática obstétrica, em que a mulher assume um papel mais participativo no nascimento, criticando as práticas rotineiras e intervencionistas. O documento cita a enfermeira obstetra como uma profissional qualificada para assistir o parto, contribuindo para a diminuição da violência obstétrica (Rangel da Silva; De Souza Serrano; Moreira Christoffel, 2006).

Para o fortalecimento e a defesa do parto normal, o Ministério da Saúde lançou as Portarias n.º 2815, de 29 de maio de 1998, propondo que a assistência ao parto de baixo risco fosse prestada pelo profissional enfermeiro obstétrico; e a n.º 163, de 22 de setembro de 1998, criando o modelo do Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (Brasil, 2016). Deste modo, ficou reconhecido à inclusão na Tabela de Pagamento do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) o grupo de procedimentos realizados pelas Enfermeiras Obstetras, ressaltando a assistência voltada ao protagonismo e empoderamento das mulheres no processo de gestação, parto e nascimento (Porto; Moraes; Aparecida, 2002; Borges; Lucchesi, 2015).

Para ratificar a mudança de paradigma cultural da assistência ao parto, o MS lança os Centros de Partos Normais (CPN) e as Casas de Partos, através da Portaria n.º 985/1999, regulamentada pela GM n.º 11/2015, sendo locais preferencialmente de atuação de enfermeiras obstetras e obstetras, a fim de amenizar a morbimortalidade materna e neonatal no processo de parto e nascimento, e diminuir o índice de intervenções, respeitando o protagonismo e empoderamento da mulher (Brasil, 1999; Silva *et al.*, 2013; Freitas; Nardini; Fernandes, 2019). Atualmente, são cadastrados no CNES 107 CPN, que contam com 340 obstetras e 6.247 enfermeiras(os) obstétricas(os) na atuação da autonomia da mulher no parto, contra a violência obstétrica (Abenfo, 2022).

O MS, através da Portaria/GM n.º 569/2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que fundamenta preceitos na humanização da assistência obstétrica e neonatal, como: reduzir a mortalidade materna e perinatal, melhorar o tratamento dado às gestantes e parturientes,

estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência primária e o parto (Brasil, 2000; 2014; Almeida, 2010).

Com a implementação do PHPN, foram adotadas medidas administrativa e legislativa para assegurar o direito das mulheres diante do enfrentamento da violência obstétrica. Nesse sentido, sob os preceitos acima descritos, elaborou-se a Lei do Acompanhante (Lei n.º 11.108/2005), que garante um acompanhante de livre escolha da mulher no período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e a (Lei n.º 11.634/2007), que dá o direito de a gestante conhecer e vincular a maternidade onde será assistida, no âmbito do SUS (Brasil; 2005; 2007; Barboza; Almeida Junior, 2020).

Corroborando com o PHPN, em 2004, o MS tem por estratégia a formulação da referência e contrarreferência na atenção à mulher, para qualidade de assistência na gestação, parto e puerpério, através do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Brasil, 2004). Este ressalta os direitos de mulheres e crianças, desigualdades sociais e regionais e a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal (Sé, 2014).

Nesta conjuntura, para uma assistência humanizada no processo de gestar, parir e nascer, é lançada a estratégia Rede Cegonha, normatizada pela Portaria n.º 1.459/2011, que amplia o acesso e melhora a qualidade do pré-natal; garante a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; assegura as boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento (Brasil, 2011). E seus objetivos propõem a redução da mortalidade materna e infantil e a prevenção da violência obstétrica (Cavalcanti, 2010).

Tardelli (2022) ratifica que a Rede Cegonha é uma política pública voltada para o cuidado integral da mulher e de sua família, através de rede multidisciplinar, com atenção humanizada no pré-natal, parto e puerpério. Uma iniciativa que garante uma gestação vivenciada com segurança, que zela pelos princípios do SUS, como universalidade, equidade e integralidade, tendo como maior pilar a morbimortalidade materna e infantil. Embora as políticas públicas de saúde garantam a humanização no atendimento, o número de violência obstétrica em âmbito hospitalar ainda é grande.

Diante de todo o contexto de políticas públicas para garantir os direitos das mulheres para uma assistência sem intervenções e baseadas em evidências, no processo de gestar, parir e nascer, o MS, em 04/04/2022, destituiu a Rede Cegonha e

institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), através da Portaria nº 715, que retoma o protagonismo da atuação médica na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, e exclui as enfermeiras obstétricas e obstetrizas que atuam em prol do protagonismo e empoderamento da mulher. Isso implica em grave violação dos direitos humanos das mulheres e recém-nascidos, ratificando a violência obstétrica (Brasil, 2022; Tardelli, 2022).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Relações interpessoais na prática da enfermagem à luz da Teoria de Hildegard E. Peplau

Diante dos fatos, reflete-se a importância de a enfermagem nortear o seu cuidado no uso de teorias que contemplam um movimento da profissão em busca da autonomia e da delimitação de suas ações, as quais são utilizadas para guiar a prática profissional ou dar apoio às investigações cujos objetos possuam concordância com a realidade da enfermagem. Sendo assim, neste estudo, a teoria de Hildegard E. Peplau, denominada Teoria das Relações Interpessoais (TRI) ou por enfermagem psicodinâmica, será o arcabouço teórico adotado, pois compreende que a enfermagem pauta o seu processo de cuidar na construção de uma relação terapêutica (Belcher; Fish; Peplau, 2000;Howk; Hildegard, 2004).

A construção da teoria em questão é bem referenciada pela biógrafa Bárbara Calloway (2002), relatando que Peplau se formou em 1931, na Pensilvânia, no Hospital Training School. Atuou como enfermeira em um hospital psiquiátrico privado, no inverno de 1941-1942, onde teve sua experiência transformadora. Franzoi *et al.* (2016) ressaltam que, no ano de 1943, Peplau concluiu o curso em Psicologia Interpessoal no BenningtonCollege, onde teve a oportunidade de estudar com Harry Stack Sullivan, médico psiquiatra proeminente daquela época, que desenvolveu a Teoria Interpessoal, marco teórico importante que fundamentou a teoria de Peplau.

Deste modo, Peplaufoi influenciada com grande relevância pela Teoria Interpessoal de Harry Stack Sullivan, cuja premissa parte do princípio de que a personalidade e o comportamento do indivíduo se desenvolvem a partir das relações com outras pessoas. Refere, ainda, que a personalidade pode se modificar em qualquer período da vida devido ao estabelecimento de novas relações interpessoais e à maleabilidade do ser humano (Franzoi *et al.*, 2016).

Peplau ainda trabalhou com Frieda Fromm-Reichmann, em que a abordagem se relacionava à psicoterapia. Ela também participou dos seminários de Henry Stack

Sullivan que a inspirou a elaborar os detalhes do que se tornaria seu livro seminal, *Interpersonal Relationships in Psychiatry* (Calloway, 2002; D'antonio, et al., 2014).

Santos e Nóbrega (1996) mencionam que as teorias conceituais de Peplau, utilizadas antes do lançamento de seu livro em 1952, abordaram quatro conceitos, que não se correlacionaram com a ampla influência ambiental sobre o indivíduo, focando tarefas psicológicas individuais do ser necessitado de ajuda, que eram encontrados num hospital: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem.

A pessoa é definida em termos de homem como um organismo que “luta a seu modo para reduzir a tensão gerada pelas necessidades” (Santos; Nóbrega, 1996, p. 57). Peplau utiliza a definição de paciente como sendo o indivíduo que necessita de cuidados de saúde, considerando o ser humano um organismo vivo instável que luta para atingir um estado de equilíbrio perfeito, o que só atingirá pela morte (George, 1993).

O ambiente está implicitamente definido quando Peplau afirma que “há forças fora do organismo e no contexto da cultura que influem no paciente” (Santos; Nóbrega, 1996, p. 57), mas a teórica não se refere, diretamente, a sociedade/ambiente, ela na verdade estimula o profissional de enfermagem a levar em conta a cultura e os costumes do paciente (Tomey, 1989).

A saúde é definida como “um símbolo vocabular que implica movimento adiante da personalidade e outros processos humanos em curso, na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária” (Santos; Nóbrega, 1996, p.57).

A enfermagem é considerada uma arte terapêutica, um processo interpessoal, em que cada indivíduo deve ser visto como um ser biopsicossocial-espiritual, dotado de crenças, costumes, usos e modos de vida voltados para determinada cultura e ambiente diversificado. Para a autora, a enfermagem é uma relação humana entre um indivíduo que necessita de serviços de saúde e um enfermeiro preparado para reconhecer e responder às necessidades de ajuda do paciente (Peplau, 1990; Santos; Nóbrega 1996).

Para George (1993, p.23), Peplau olha a enfermagem como uma "força de amadurecimento e um instrumento educativo", uma vez que, à medida que a enfermeira assiste o usuário, utilizando a relação interpessoal como principal ferramenta, ela cresce, conhecendo-se melhor, e ajuda o usuário a crescer também.

O marco teórico de referência para a prática da enfermagem e, sobretudo, para a enfermagem psiquiátrica foi desenvolvido por Hildegard E. Peplau, em 1952, com seu livro, *Relações Interpessoais em Enfermagem: Oferecendo um Quadro de Referência Conceitual para Enfermagem Psicodinâmica* (Peplau, 1990). Sua insistência cuidadosa, rigorosa e detalhada nas relações interpessoais como a estrutura fundamental para o trabalho das enfermeiras rapidamente se tornou a retórica, se não a realidade, da educação e prática da enfermagem, em geral, e da enfermagem psiquiátrica, em particular (Manfreda, 1982; D' Antonio *et al.* 2014).

A teorista visualizou o fenômeno de enfermagem como um processo interpessoal cujo foco principal está centralizado na relação enfermeira/paciente e, em sua teoria, identifica conceitos e princípios que dão suporte às relações interpessoais que se processam na prática da enfermagem, de modo que as situações de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal (Peplau, 1990; Almeida, 2005).

Sendo assim, essas ideias encontram relevância na enfermagem e na assistência à saúde, pois conceitos como **cuidado centrado no paciente, parceria com usuários e reforço da autonomia de usuários e famílias** são enfatizados para a promoção da saúde. D' Antonio (2004) refere que a relação enfermeira/cliente é o centro da prática de enfermagem, a qualidade da relação interpessoal torna-se uma bússola moral pela qual os enfermeiros encontram seus caminhos para experiências de satisfação ou angústia em seu trabalho.

Corroborado por D' Antonio *et al.* (2014), essa relação é vista mais claramente em duas seções de *Relações Interpessoais*: uma identifica as experiências psicobiológicas que influenciam mutuamente o funcionamento das personalidades de enfermeiros e clientes; e outra, que analisa como uma experiência de adoecimento reformula as tarefas de desenvolvimento inacabadas de clientes e enfermeiros, assim como fortalece as habilidades de ambos na busca por um crescimento da personalidade. Entretanto, Peplau não se debruça claramente sobre o movimento em direção às reivindicações de saúde e cidadania plena, que exige tanto da enfermeira quanto do cliente.

Sendo a enfermagem uma profissão que pode transitar nas tensões que existem entre o legado histórico e o social do cuidado, os imperativos biológicos e especializados, e os apelos atuais para fortalecer o significado das parcerias interpessoais, recorre-se às ideias seminais de Peplau sobre o poder transformador

das relações interpessoais na prática de cuidado. Com isso, restaura-se o valor das relações nos processos de cuidar, onde o **cuidado centrado no cliente** e a intervenção **adaptada individualmente** devem ser mais do que retórica e os relacionamentos não serão eficazes sem as habilidades do provedor para torná-los significativos (D'Antonio, 2014).

Nesse contexto, Peplau conceitua sua teoria incluindo crescimento, desenvolvimento, comunicação e papel, e narra que o crescimento é mútuo, e que advém do aprendizado com as experiências da relação terapêutica. O desenvolvimento é a identificação de momentos de dificuldade, que requer um aprimoramento de habilidades para novas experiências. A comunicação é pautada na relação interpessoal, não somente verbal, mas também na expressão corporal, racional e irracional de desejos, ajudando em novas formas de pensamento e de percepção, e findando os papéis que possuem importância na compreensão dos fenômenos de enfermagem nas situações específicas da relação terapêutica (Peplau, 1990; Pinheiro *et al.*, 2019).

Para a assistência de enfermagem, Peplau desenvolveu uma série de passos que seguem determinado padrão terapêutico, o qual tem como centro a relação do enfermeiro com o cliente, que é flexível, e baseada em princípios científicos e aquisição de papéis. Estes passos são: (1) orientação, (2) identificação, (3) exploração e (4) solução, os quais se superpõem e se interrelacionam à medida que o processo evolui na direção de uma solução (Santos; Nóbrega, 1996; Franzoi *et al.*, 2016).

A fase de orientação é o início da relação interpessoal e ocorre quando o cliente ou a família percebe a necessidade de ajuda. Tanto o enfermeiro quanto o cliente trazem suas bagagens anteriores (cultura, valores, ideias pré-concebidas etc.), que devem ser levadas em consideração, sendo que ambas têm papel igualmente importante na interação interpessoal. Nesta fase, tem-se o encontro de desconhecidos e finaliza com o esclarecimento e a definição do problema.

Na fase de identificação, o cliente reage seletivamente ao enfermeiro, ambos precisam esclarecer as percepções e expectativas mútuas. Ocorre a exploração de sentimentos do enfermeiro ao cliente, que auxilia no enfrentamento do problema, fortalecendo a personalidade e fornecendo dessa forma, a satisfação necessária. É nessa fase que se estabelecem as metas do processo de cuidar, e espera-se que seja de forma interdependente e cooperativa.

Na fase de exploração, o cliente começa a sentir-se parte integrante do ambiente provedor de cuidados, e poderá apresentar um conflito entre dependência-independência. O enfermeiro oferece uma atmosfera sem ameaças e utiliza instrumentos de comunicação como: esclarecimento, escuta, aceitação e interpretação para, com isso, ajudar o cliente na exploração de todos os caminhos da saúde. Nesse momento, o profissional auxilia o cliente na resolução dos problemas, avançando para a próxima fase.

A fase de solução é a última do processo interpessoal. Presume-se que as necessidades do cliente já foram satisfeitas através dos esforços cooperativos dele e do enfermeiro. O sucesso dessa fase é o afastamento do cliente com o profissional, e ambos se tornam fortes e amadurecidos.

Observa-se que, na evolução das fases da relação interpessoal, há mudanças progressivas no papel cliente/enfermeiro, favorecendo no amadurecimento e crescimento pessoal de ambos, destacando-se, principalmente, a conquista de autonomia e participação do cliente, que não se trata de um sujeito “paciente” neste processo, mas de um sujeito ativo (Franzoi *et al.*, 2016).

Na execução destas fases, Peplau identifica e conceitua sete papéis diferentes assumidos pelo profissional, que podem surgir no desenvolvimento das fases, os quais são descritos da seguinte maneira: Estranho - acontece quando o enfermeiro e a pessoa são dois estranhos ao olhar um do outro, e o profissional deve recorrer a um tratamento amável, aceitando a pessoa como pessoa e não como doente, procurando não tecer juízos de valor. Educador - aquele que partilha conhecimentos a respeito de uma necessidade ou interesse; Provedor de recurso - aquele que oferece informações específicas, necessárias, que auxiliam na compreensão de um problema ou situação, de determinadas habilidades e atitudes, auxilia outra pessoa no reconhecimento, enfrentamento, aceitação e solução de problemas que interferem em sua capacidade de viver feliz e eficientemente; Líder - aquele que executa o processo de início e manutenção das metas do grupo, através da interação; Especialista Técnico - aquele que providencia cuidados físicos, exibindo habilidades clínicas e que apresenta a capacidade de utilizar equipamentos nessa tarefa; Conselheiro - ocorre quando o profissional dá resposta ao pedido de ajuda da pessoa. As técnicas interpessoais objetivam ajudar a pessoa a identificar e a compreender na sua totalidade o que está a vivenciar atualmente, e de que modo a experiência pode ser integrada, ao invés de dissociada de outras experiências da

vida; e substituto - aquele que assume o lugar do outro, ou seja, ocorre quando a pessoa pode confrontar-se com sentimentos e emoções vividas numa relação anterior. Nesta situação, é papel do enfermeiro ajudar a pessoa a identificar semelhanças entre si (profissional) e o indivíduo de quem a pessoa se lembra, bem como as suas diferenças. Nesta fase, existe uma definição das áreas de dependência, independência e interdependência (Belcher; Fish; Peplau, 2000).

Diante do exposto, os papéis das enfermeiras se entrelaçam com o processo de cuidar na prevenção da violência obstétrica, quanto a: Estranha - requer do profissional, na assistência às mulheres no ciclo gravídico puerperal, um olhar acolhedor e de empatia as necessidades; Educadora - compartilhamento de informações de modo a auxiliar nas questões do autocuidado; Líder - promove prática educativa, auxiliando a mulher na percepção dos motivos e soluções para gestar, parir e nascer de forma crítica; Provedora de recursos - trazem um espaço importante de compartilhamento de informações e pactuação de estratégias que mitiguem a situação da assistência ao parto, e que facilite a comunicação dos desejos da mulher com os profissionais da assistência; Especialista técnico - tem por praxis a realização do exame clínico e obstétrico para o acompanhamento da evolução na gravidez com o cumprimento dos protocolos estabelecidos; Conselheira - propicia uma relação interpessoal através de técnicas comunicacionais que abrange ações de cuidado; e Substituta – tem a nuance de um referencial holístico de cuidado, que pode ser dificultado pela associação de cuidado tecnocrata.

Após uma abordagem geral da teoria e, especificamente, do seu processo de cuidar, há algumas reflexões acerca de sua utilidade para a prática profissional, visto que, na prática, a teoria fornecerá à enfermeira uma estrutura de referência para auxiliá-la a tomar decisões quanto aos cuidados com os usuários. Visto isso, a teoria da relação interpessoal, conceituada por Peplau, é significativa e terapêutica, sendo uma habilidade educativa e que objetiva promover o processo do cuidar no sentido de uma vida construtiva, pessoal e comunitária (Almeida; Lopes; Damasceno, 2005; Franzoi *et al.*, 2016).

Sendo assim, pautada na teoria, a qualidade da atenção pré-natal não se restringe aos protocolos assistenciais voltados para os aspectos biológicos, sendo essenciais que as ações profissionais se organizem com base nas demandas e nas necessidades das mulheres, considerando o contexto social e ambiental de suas vidas. Para tanto, o estabelecimento de relações interpessoais é fundamental,

requerendo habilidades para uma escuta ativa e sensível, assim como para o desenvolvimento de ações de cuidado, nas quais as mulheres participem dos processos decisórios (Rios; Vieira. 2007; Carvalho, 2010).

3.2 Articulação do referencial teórico ao objeto de estudo

Para McEwen (2009), as teorias empregadas pela enfermagem esclarecem os pressupostos e os valores básicos compartilhados por seus integrantes e definem sua natureza, resultado e finalidade prática. Sendo assim, no âmbito do processo de cuidar em saúde, as teorias podem ser utilizadas pela enfermeira como instrumento e ferramenta para ações de cuidado (Bousoo; Poles; Cruz, 2014; Brandão *et al.* 2019; Silva *et al.* 2021).

O uso de uma teoria oferece estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem e proporciona um meio ordenado para descrever, explicar e prever a prática, e promove a prática racional e sistemática, validando a intuição. Confere um propósito mais claro, enunciando não apenas o foco dessa prática, mas ainda metas e resultados específicos que definem e esclarecem à enfermagem a finalidade da sua prática ao autocuidado (Ziegler, 2005; Alligood; Tomey, 2004; Chin; Kramer, 2011;McEwan, 2009).

Nessa concepção, Peplau (1990), em sua teoria das relações interpessoais, traz um novo paradigma para o processo de cuidar, através do modelo psicodinâmico, que consiste justamente em ser capaz de compreender o próprio comportamento, ajudar os outros a identificar as dificuldades vivenciadas, aplicar os princípios das relações humanas aos indivíduos e solucionar problemas que surgem em todos os níveis de experiência.

Nesta perspectiva, a relação enfermeira/mulher no processo de cuidar está centrada na construção entre uma pessoa que necessita de cuidados e um profissional com formação especializada para responder à necessidade de ajuda, e que valorize as questões subjetivas do sujeito demonstrando uma relação compartilhada e interdependente, no desenvolvimento e aprendizado da relação interpessoal (Alligood; Tomey, 2004; González *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2021).

Para Corrêa *et al.* (2018), a captação das necessidades dessa interação interpessoal ocorre em âmbito individual e se origina na interpretação da profissional pela proximidade à realidade da mulher e, assim, reconhece a importância de articular as práticas no pré-natal. Visto isso, o processo de cuidar torna-se uma força amadurecedora e educativa, que proporciona uma experiência de aprendizado envolvido nas ações de cuidado (Belcher; Fish; Peplau, 2000).

Nesse sentido, o relacionamento interpessoal propõe cuidados com base nas concepções do próprio sujeito, através de um cuidar individualizado e coparticipativo, na resolução de problemas. Sendo assim, o processo de cuidar propicia à enfermeira um conhecimento individual que oportuniza a identificação do problema, através de saberes da mulher para solucioná-lo (González, 2019; Silva *et al.* 2021).

Belcher; Fish; Peplau (2000) relatam que quando a enfermeira e a cliente identificam inicialmente o problema, começam a desenvolver ações para resolvê-lo, dado que cada indivíduo é visto como uma estrutura biológica, psicológica, espiritual e sociológica única. Deste modo, a enfermeira reconhece que diferentes ambientes, costumes, tradições e crenças fazem parte de uma determinada cultura, percebendo estes elementos como importantes nas relações interpessoais, os quais ampliam a compreensão do profissional acerca de seu papel no processo do cuidar.

À medida que a profissional e a usuária progredem o relacionamento, começam a entender seus papéis e os fatores que cercam o problema, manifestando compreensão, colaboração e compartilhamento de metas comuns até a resolução do problema.

Esse processo de cuidar interpessoal se forma cada vez mais na práxis de enfermagem, pois orienta a enfermeira a reconhecer em cada mulher as questões biológicas, psicológicas, culturais e espirituais, direcionando o cuidado para as dimensões física, social e mental. Isso estimula a uma prática que surge de problemas observados e/ou vivenciados no cotidiano, o que reforça a aplicação de um processo de cuidar individual (Monteiro *et al.*, 2010; González *et al.* 2019; Silva *et al.* 2021).

Nessa perspectiva, as ações de cuidado permeiam-se em práticas flexíveis, humanizadas, com base em princípios científicos e na aquisição de papéis, e que permite os papéis e as relações interrelacionadas à medida que as fases do processo evoluem. Este movimento proporciona e contribui para o desenvolvimento

do processo de cuidar, favorecendo práticas para a prevenção da violência obstétrica no gestar, parir e nascer.

A fase de orientação é o momento em que a gestante reconhece e compreende as necessidades de cuidado, sendo a comunicação uma habilidade de interação e reciprocidade, que oportuniza informações, que auxilia sobre o processo de cuidar na assistência pré-natal. Desta maneira, a comunicação apoiada no crescimento e desenvolvimento de saberes se constitui num elemento fundamental que favorece a prática do cuidado, o qual valoriza a mulher como sujeito ativo e coparticipativo, e proporciona vínculo e formaliza orientações acerca do processo para um parto e nascimento respeitoso (Pontes; Leitão; Ramos, 2008; Broca; Ferreira, 2014).

A fase de identificação se inicia com o estabelecimento de afinidades, quando há o diálogo sobre as percepções e expectativas, onde a enfermeira auxilia a gestante no conhecimento e reconhecimento de seus problemas, impulsionando atitudes para o autocuidado (Feitas *et al.*, 2006).

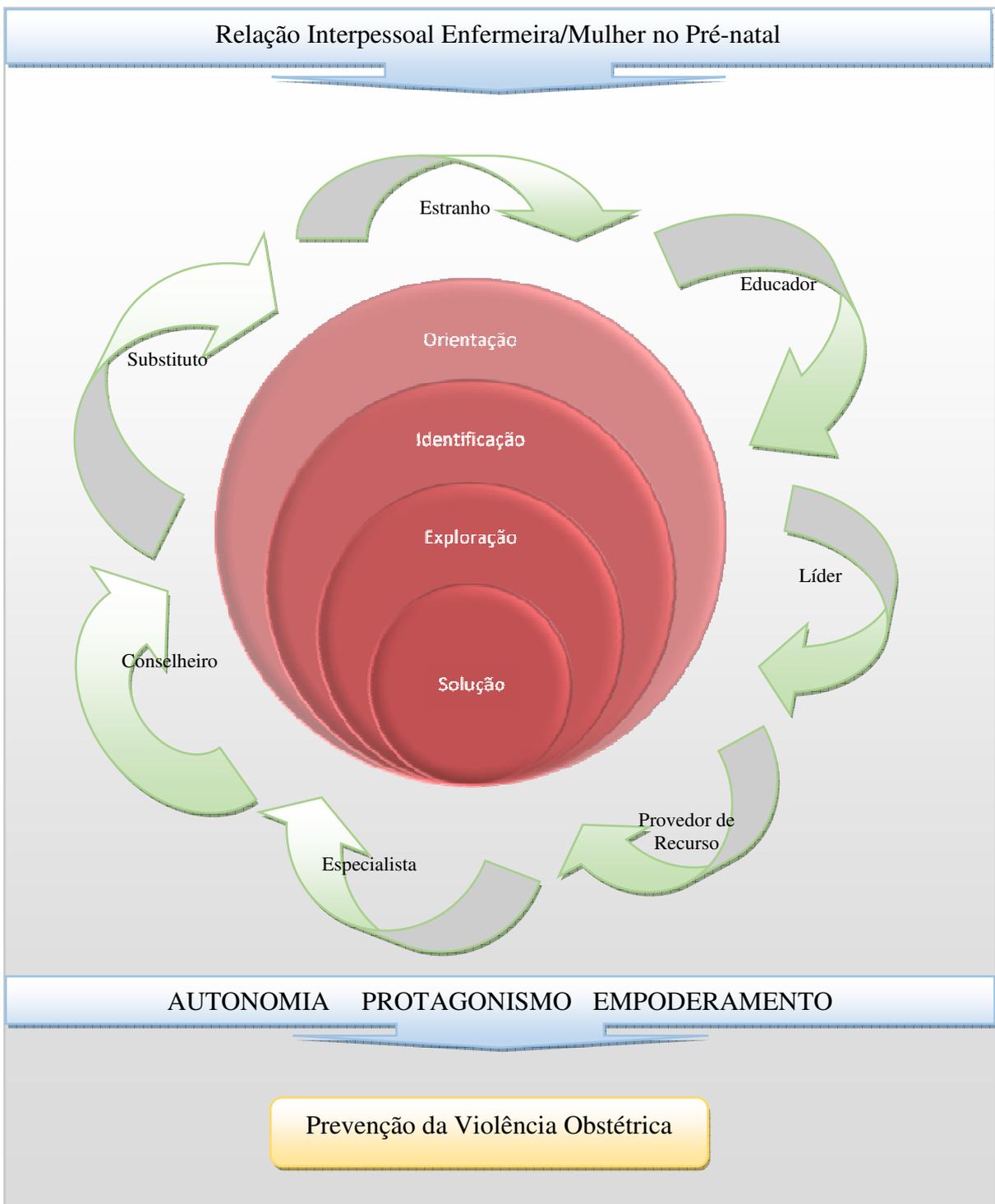
A fase de exploração permite à gestante utilizar os recursos ofertados pela enfermeira no esclarecimento de dúvidas, por meio de estratégias para explorar, compreender e lidar com os conhecimentos e problemas. Por conseguinte, a enfermeira assume diferentes papéis, que permitem conhecer as demandas e necessidades da mulher, e que diante das informações pode subsidiar as ações de cuidado, para o processo do autocuidado, na prevenção da violência obstétrica (Franzoi *et al.*, 2016).

Por fim, a fase da resolução, que vem à medida que as necessidades de compreensão e entendimento da gestante são atendidas, de modo que a enfermeira começa a se afastar para que a mulher consiga certa autonomia sobre sua condição. Essa fase é bem-sucedida quando a gestante e a enfermeira conseguem se distanciar, visto que a primeira se encontra mais forte e amadurecida para o autocuidado. No caso do presente estudo, esta fase finda quando a mulher assume o protagonismo e se percebe preparada para prevenir situações de violência obstétrica.

Diante disso, os papéis que a enfermeira assume durante as fases da relação interpessoal se enlaçam no processo de cuidar, com a finalidade de fortalecer o desenvolvimento do autocuidado da mulher, com a perspectiva de desenvolvimento do protagonismo e empoderamento, na prevenção da violência obstétrica.

A relação interpessoal da enfermeira/gestante no pré-natal confere uma ressignificação na prática assistencial, haja vista a pluralidade e a complexidade das ações desenvolvidas por essa profissional no processo de cuidar (Silva, 2021). Nesse sentido, a prática da enfermeira oportuniza a abrangência do cuidado, em prol da autonomia, protagonismo e empoderamento da mulher no seu processo de gestar, parir e nascer, para a prevenção da violência obstétrica.

Figura 1 - Articulação da teoria das relações interpessoais com a prevenção da violência obstétrica no processo de cuidar de enfermeiras no pré-natal.



Fonte: A autora, 2022.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Em busca de uma melhor compreensão, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, que se tornou útil para explorar integralmente a natureza de fenômenos pouco compreendidos, quando atribuídos a um caráter exploratório, que se destina a desvendar os vários modos pelos quais o fenômeno se manifesta e que seus processos subjacentes proporcionam maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito (Gil, 2007; Polit; Beck; Hungler, 2011).

O estudo qualitativo permite compreender um universo de significados, crenças, motivos, valores e atitudes, que correspondem a um espaço mais profundo das relações dos indivíduos, no seu contexto social (Minayo, 2001). Nesse sentido, preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (Gerhardt; Silveira, 2009).

Segundo Souza e Silva (2019), é aquela abordagem onde o pesquisador substitui as correlações estatísticas pelas descrições; as análises permeadas pela cultura e as conexões causais objetivadas pelas interpretações, sendo o foco do estudo qualitativo, centrado no específico, no peculiar e na busca da percepção do fenômeno estudado.

4.2 Participantes

As participantes da pesquisa foram quinze enfermeiras do estado do Rio de Janeiro, com atuação na assistência pré-natal da atenção primária à saúde. O critério de inclusão foi ter experiência profissional na assistência pré-natal da atenção básica, há no mínimo um ano, na rede pública. O estudo não incluiu enfermeiras em licença, período de férias e que atuam na assistência pré-natal da rede privada ou de modo autônomo.

Como meio para chegar ao objetivo do estudo, não houve um número de amostra determinado. No entanto, na pesquisa qualitativa não há critérios combinados ou regras para o tamanho das amostras. Posto isto, foi delineada a partir da necessidade de informações, onde foi colocada como princípio a saturação de dados, ou seja, quando não é obtida nenhuma informação nova e atingido a redundância, participantes reiteram os conteúdos coletados anteriormente, sem acrescentar informações pertinentes à pesquisa (Polit; Beck; Hungler, 2011).

Nesse contexto, a captação e seleção das participantes ocorreram na técnica de amostragem por bola de neve (*snowball*), uma forma de amostra não probabilística, em que os participantes iniciais indicam novos participantes e segue ordenadamente até impregnar os dados (Baldin; Munhoz, 2011).

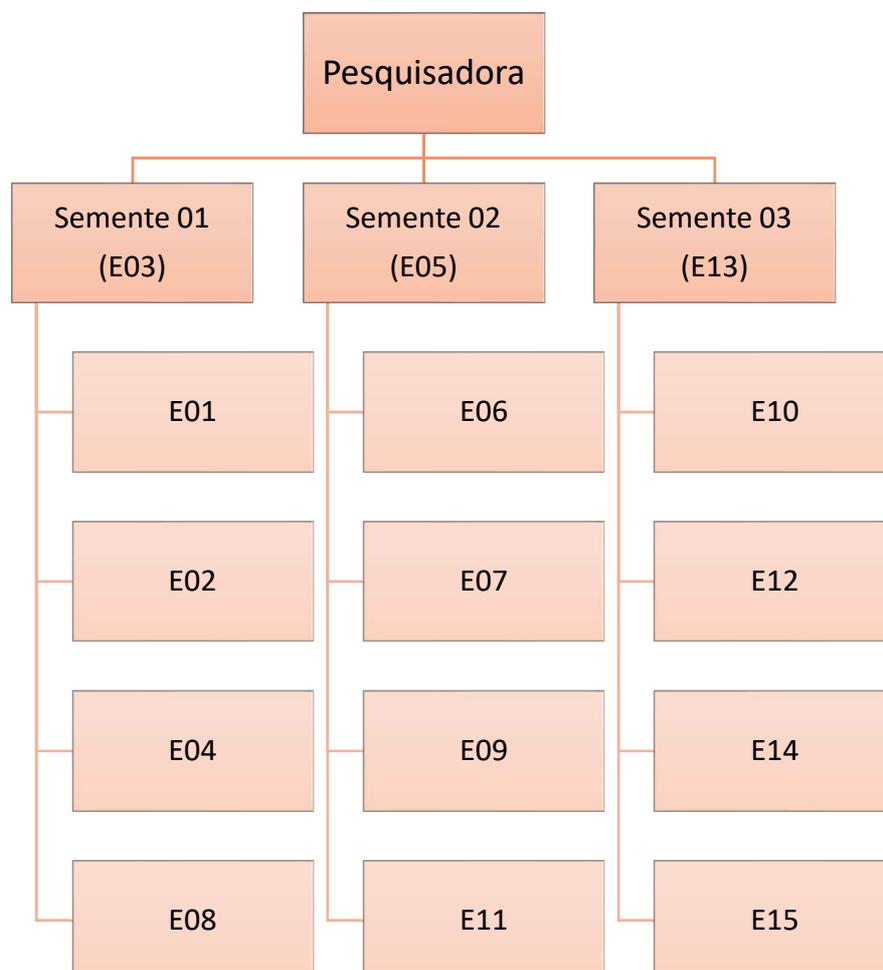
A amostragem por bola de neve é construída por informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a participação na pesquisa. Com isso, essas sementes ajudaram a pesquisadora indicando outros participantes potenciais com as características desejadas, a partir de sua própria rede profissional, e assim sucessivamente até que a amostragem se tornasse saturada, e não houvesse novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados não acrescentassem informações novas (Vinuto, 2014; Curtis; Keeler, 2021).

Ressalta-se que, para o início das entrevistas, três participantes sementes foram selecionadas intencionalmente, a partir da rede de contatos da pesquisadora em função da facilidade e proximidade com as enfermeiras que atenderam aos critérios de inclusão propostos pela pesquisa. Inicialmente, a abordagem das participantes potenciais aconteceu por meio de contato telefônico, para esclarecimentos sobre o estudo, seguido do convite à participação na pesquisa.

Após a manifestação de interesse em participar, foi agendada uma data, horário e local para a realização da entrevista pessoal, conforme a disponibilidade da participante. A entrevista pessoal aconteceu na data e local previamente acordado entre a participante e a pesquisadora, sendo o local de escolha da participante, aspirando seu conforto e assegurando a privacidade de suas respostas, contribuindo para que não houvesse desistências durante o processo de coleta de dados, sendo iniciada com a leitura do TCLE (APÊNDICE B) e esclarecimento de possíveis dúvidas.

Como enfermeira atuante há treze anos na enfermagem e há dez anos no campo obstétrico, tenho um campo de trabalho que abrange profissionais que atendiam aos critérios de inclusão para a pesquisa em questão, o que facilitou a participação voluntária das “sementes” no estudo, que também indicaram outras pessoas de seu conhecimento ou relacionamento para participar. Abaixo está descrito o fluxo de captação e recrutamento das enfermeiras da AP.

Figura 2 – Fluxo de captação e recrutamento das participantes do estudo



Fonte: A autora, 2023.

4.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas individuais e presenciais, agendadas após contato telefônico prévio, de acordo com a disponibilidade das participantes. As entrevistas foram gravadas por meio de um aplicativo de gravador de áudio, mediante autorização das participantes e transcritas integralmente com o apoio de um processador de texto (Word). Posteriormente, o material foi encaminhado por e-mail às participantes para a validação do conteúdo. A finalização da cadeia de referência se baseou na saturação temática indutiva. Portanto, a saturação da amostra foi determinada na fase exploratória das entrevistas transcritas, quando não foram identificados novos códigos ou temas. Ressalta-se que foi realizado um teste piloto, a fim de avaliar a adequação do instrumento, não sendo utilizado na pesquisa, e assim ocorrendo ajustes no instrumento (Saundets *et al.* 2018).

Polit, Beck e Hungler (2011) sugerem que quando utilizamos a entrevista face a face, as taxas de respostas podem ser altas, pois permite que os entrevistadores averiguem se a pergunta foi bem compreendida, evitando más interpretações das questões, por parte do entrevistado. Ademais, permite produções de informações adicionais na análise dos entrevistados quanto ao grau de cooperação ou outros aspectos nas respostas, que pode ser proveitoso na interpretação dos dados.

Para a realização da entrevista semiestruturada foi elaborado um roteiro contendo perguntas abertas e fechadas. Foram nove perguntas fechadas para a caracterização das participantes e quatorze perguntas abertas, que oportunizam aos participantes verbalizar as ações de cuidado, no pré-natal em prol da violência obstétrica, baseadas nos objetivos propostos no estudo (APÊNDICE A).

As entrevistas foram gravadas utilizando o aplicativo de gravador de voz no dispositivo celular, após autorização da entrevistada pelo TCLE (APÊNDICE B). Para a obtenção de registro fiel das falas, estas foram transcritas na íntegra. As entrevistas foram realizadas em local público de escolha das participantes, e que, em sua maioria, foram em shoppings, em áreas reservadas.

4.4 Análise dos dados

Para fins deste estudo, foi adotada a análise de conteúdo proposta por Bardin, que é uma coleção de instrumentos em frequente aperfeiçoamento que pratica conteúdos extremamente variados. Configurando um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Nesse sentido, é compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento (Caregnato; Mutti, 2006; Bardin, 2016).

Nesse contexto, há várias modalidades de análise de conteúdo, e, para o estudo, foi utilizada a análise temática, que se configura através da contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada, que proporciona fácil escolha nos discursos, a frase como unidade de registro (Gerhardt; Silveira, 2009; Bardin, 2016).

A Unidade de Registro (UR) é uma unidade de segmentação ou de recorte, a qual se faz a segmentação do conjunto do texto para análise. Essa unidade pode ser definida por uma palavra, uma frase, um parágrafo do texto; ou ainda o segmento de texto que contém uma assertiva completa sobre o objeto em estudo, seja ele frase, parágrafo ou parte de frase ou parágrafo; o minuto de gravação, o centímetro da notícia de jornal, ou outras (Oliveira, 2008).

A análise do material coletado teve diversas etapas, sendo iniciada pela leitura flutuante e organização de depoimentos, em que ocorreram múltiplas leituras, ao longo das quais se procurou reconhecer e identificar as unidades de registro, dentro dos variados relatos. Por conseguinte, estas foram destacadas com cores, sendo constituídas pelas falas que apresentaram articulação com a temática e os objetivos do estudo. A partir daí, as URs selecionadas foram agrupadas em temas e em uma tabela. Foi realizada a contagem do número de vezes que cada UR aparece em cada tema. Em seguida, estabeleceram-se as categorias e subcategorias (APÊNDICE E). E, por fim, utilizando o embasamento teórico científico já existente, foi realizada a discussão das categorias para a validação do conteúdo analisado.

Sendo assim, foram elaboradas duas categorias. A primeira, denominada **Percepção das enfermeiras pré-natalistas sobre violência contra as mulheres**, tem as respectivas subcategorias: **manifestações da violência obstétrica** e **vulnerabilidades e a violência contra as mulheres: olhar interseccional das enfermeiras**.

A segunda categoria foi chamada de **Ações desenvolvidas pelas enfermeiras no processo de cuidar no âmbito do pré-natal**, e possui três subcategorias: **fase de orientação: estabelecimento de relações interpessoais para identificação das necessidades**, **fase de identificação: ações de cuidado e papéis das enfermeiras para atender às necessidades das gestantes e prevenir a violência obstétrica** e **fase de exploração e resolução: empoderamento e autonomia das mulheres após as ações de cuidado das enfermeiras e suas interfaces com a prevenção da violência obstétrica**. Os temas que se configuraram como relevantes segundo suas semelhanças e por diferenciação foram posteriormente reagrupados em unidades temáticas em função de suas características comuns (Bardin, 2016).

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo tem por perspectiva as normas éticas editadas através da Resolução n.º 466/2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde. Dessa forma, o projeto foi enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (COEP/UERJ) e, após o parecer de aprovação CAAE: 33737614.0.00005279, foi dado início à coleta dos dados com as participantes.

Foi reforçado que as informações fornecidas serão divulgadas através do projeto final do mestrado, sempre resguardando o anonimato das participantes, através da nomeação pela numeração das entrevistas. Além disso, foi destacado que o material proveniente da entrevista (gravação de voz) será mantido sob a guarda da autora por um período de 5 (cinco) anos e, posteriormente, destruído.

Durante a coleta de dados e a realização da entrevista, visto como o momento mais adequado para os esclarecimentos sobre o estudo, foi apresentado às participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizando a leitura do documento de forma conjunta e clara, para que a participante pudesse se manifestar de forma autônoma, sendo garantido o direito de se recusar a participar do estudo. Em caso de aceitação, o documento foi assinado e, só após, iniciadas as entrevistas.

Neste documento, foram apresentados os possíveis riscos da pesquisa, que se caracterizam pela possibilidade de constrangimentos ou desconfortos manifestados pela entrevistada, advindos de lembranças pessoais, e que, se isso ocorresse em qualquer momento, seriam pausadas a entrevista e a gravação imediatamente, e ela poderia se recusar a dar continuidade à sua participação.

5 RESULTADO E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 Caracterização das participantes

Devido aos critérios de inclusão referidos no estudo, as entrevistas ocorreram com quinze enfermeiras que atuam na assistência ao pré-natal, da atenção primária. As entrevistas, de início, foram realizadas com perguntas fechadas para a caracterização das participantes, com o objetivo de identificá-las de forma sistemática quanto: à idade, à raça/cor, ao tempo de atuação na atenção primária, às especializações, à renda mensal, ao tipo de vínculo e vínculos empregatícios (APÊNDICE E).

De acordo com os dados, observou-se que a maioria das participantes (oito) possui a faixa etária de trinta anos, no grupo de quarenta anos foram quatro, as da faixa etária dos vinte anos foram duas, e somente uma está na faixa etária dos cinquenta anos.

Em relação à autodeclaração de raça/cor, das enfermeiras entrevistadas: nove se declararam brancas, cinco se consideram negras e quatro referiram ser pardas. Já em relação ao tempo de atuação das enfermeiras no pré-natal da atenção primária, duas participantes possuem um período de um a dois anos, três atuam entre três e quatro anos e a maioria das entrevistadas referiram atuar há mais de quatro anos.

De acordo com a especialização das participantes, oito entrevistadas possuem a especialização de Estratégia da Saúde da Família completa, seis ainda estão no curso de formação da especialização em ESF, quatro obtêm Enfermagem Obstétrica, e duas, do número total, cursaram Saúde da Mulher. Salienta-se que, das quinze entrevistadas, cinco possuem duas especializações, e que as especializações que se destacaram após a ESF foram Enfermagem Obstétrica e Saúde da Mulher. Somente uma participante tem mestrado e cursando doutorado.

Segundo a base salarial, o valor se concentra entre cinco e sete mil reais. Das quinze, somente cinco participantes possuem uma renda acima de sete mil reais. As participantes que possuem uma renda mensal acima de sete mil são as que têm dois vínculos empregatícios, e o mestrado.

Conforme o critério de inclusão, as participantes atuam em serviços públicos, quatorze trabalham na contratação de organizações sociais, em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e uma é servidora pública. Visto isso, ilustrou-se a quantidade de vínculos empregatícios que as entrevistadas possuem em serviço público, em que oito participantes possuem um vínculo empregatício e sete têm dois vínculos. Essa quantidade de vínculos demonstra a renda mensal das participantes, em que a minoria ganha acima de sete mil reais, pois possuem dois empregos.

5.2 Percepção das enfermeiras pré-natalistas sobre violência contra as mulheres

Esta categoria, que tem 241 UR's, está relacionada com o desvelamento do primeiro objetivo do estudo, que procura conhecer as percepções das enfermeiras pré-natalistas acerca da violência contra a mulher. Mediante as falas dessas profissionais, a categoria foi composta por duas subcategorias, sendo a primeira, com 107 UR's, relacionada com "manifestações da violência obstétrica" e a segunda, com 134 URs, às "vulnerabilidades e à violência contra as mulheres: o olhar interseccional das enfermeiras".

5.2.1 Subcategoria 1: Manifestações da violência obstétrica

No Brasil, a violência obstétrica (VO) é o termo utilizado na prática de profissionais na assistência desrespeitosa às mulheres grávidas, parturientes ou puérperas e aos bebês. Essas práticas transgridem internacionalmente a autonomia da mulher, a sua integridade física e mental, bem como seus sentimentos, que são vistos pelo conceito *disrespectand abuse during childbirth* (Lansky *et al.* 2019).

Por esta razão, em 2007, a Venezuela foi o primeiro país a reconhecer a violência obstétrica contra as mulheres, através da *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Foi definida por qualquer conduta, ato ou

omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que se expressa em tratamento desumano no abuso da medicalização, levando à perda da autonomia, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres (Venezuela, 2007; Silva, 2022).

A violência obstétrica ocorre por uma estrutura hierárquica de prestígio do saber técnico-científico masculino no campo obstétrico, marcado pela relação assimétrica entre os profissionais de saúde e mulheres, que as impedem de decidirem sobre seus corpos impondo-lhes práticas invasivas (Gabriel; Santos, 2020).

Através de toda essa relevância, a Organização Mundial da Saúde, em 2014, reconheceu a violência obstétrica como uma questão de saúde pública que afeta diretamente as mulheres e seus bebês. Apesar de que ainda há necessidade de um desenho de suas origens, magnitude, definições, tipologia nos impactos sobre a saúde materna e neonatal, de forma a fazer justiça em termos de saúde pública (OMS, 2014; Diniz *et al.*, 2015).

A violência obstétrica ainda não é um conceito reconhecido no campo científico e jurídico do Brasil. Por isso, não existe legislação federal específica que a tipifica, sendo assim, a articulação dos movimentos sociais a favor do parto respeitoso busca dar visibilidade a diversas práticas abusivas contra as mulheres no ciclo gravídico-puerperal e força o país a traçar políticas públicas em prol do parto humanizado e da proteção ao direito das mulheres (Diniz, 2005; Marques, 2020).

Tal fato nos remete para Fricker (2007), quando nos aponta que as relações epistêmicas entre indivíduos na sociedade se apresentam na concepção de poder social, o poder de identidade, ou seja, os membros de grupos com poder de identidade social coordenam a formação de discursos e, assim, influenciam na determinação de como as coisas acontecem, tendo a vantagem de informações e dos conhecimentos na sociedade (Fricker, 2007; Mardegan, 2023).

Neste sentido, o poder social do médico é importante para entender que houve injustiça epistêmica na consolidação das práticas consideradas científicas sobre o parto e nascimento na obstetrícia moderna. A injustiça epistêmica é relatada por Fricker(2007) como a exclusão de uma pessoa, ou de um grupo de pessoas, na participação da produção, disseminação e manutenção de conhecimento.

Assim foi no campo obstétrico brasileiro por muitos anos, onde as mulheres foram vistas como incapazes de contribuir para uma troca de saber e produção de

conhecimentos. Esta exclusão das mulheres do campo científico e jurídico pode iniciar uma reflexão sobre o porquê de a violência obstétrica ainda não ser um conceito reconhecido e não existir uma legislação federal específica que a tipifica.

Fricker (2017) também nos mostra o conceito de injustiça hermenêutica e testemunhal, que muito se aplica no caso da luta das mulheres pelos seus direitos e para atribuir reconhecimento à violência obstétrica como um conceito. A injustiça hermenêutica é vista pela marginalização social e política, em que um grupo marginalizado não pode tornar suas experiências conhecidas, justamente por conta de sua marginalização.

A injustiça testemunhal é pontuada pelo preconceito de identidade, no qual uma pessoa é vista com pouca credibilidade ao expressar seus testemunhos, ou seja, é quando o preconceito acontece na capacidade de comunicação do conhecimento de um sujeito, por conta de uma atribuição deficitária de resposta por parte de outro sujeito ou um grupo (Kuhnen; Fricker, 2013).

Diante disso, a injustiça epistêmica pode ser utilizada para apontar a dificuldade de reconhecimento dos aspectos que envolvem a violência obstétrica como um conceito. No entanto, as várias práticas violentas durante o parto são tidas como “normais” ou como “sofrimento necessário”, pela sociedade. É importante ressaltar que, mesmo após o reconhecimento do termo e acesso ao significado, a violência obstétrica é desmerecida e contestada por discursos na perspectiva que desconfiam de sua origem, o que facilita a violação de direitos e o desrespeito às mulheres, no ciclo gravídico-puerperal (Gabriel; Santos, 2020; Mardegan, 2023)

Diante do exposto, as enfermeiras pesquisadas reconhecem que a violência obstétrica está relacionada ao ouvir, no contexto de trabalho de parto e parto, ofensas verbais que afetem o emocional.

“Eu entendo sobre violência obstétrica é o seguinte[...] ouvir ofensas dizendo que você é frouxa, que você vai estar aqui depois de 1 ano, que na hora do não sei o que virou o `olhinho`[...]” (E01)

“A forma de falar com a mulher, diversas vezes, acaba sendo uma violência também, não só física como mental também, psicológica quer dizer.” (E10)

“violência obstétrica está relacionada ao emocional, se ela recebe uma violência emocional[...]” (E02)

A violência obstétrica é naturalizada diante do modelo tecnocrata médico de assistência obstétrica, e está associada às práticas assistenciais obsoletas que

afetam de diversas maneiras invasivas as mulheres durante esse processo (Lansky *et al.*, 2019).

A violência obstétrica não só é caracterizada por procedimentos técnicos, mas está presente nas atitudes dos profissionais pelo uso de frases ofensivas, repreensões, ameaças contra as mulheres que levam ao abalo emocional (Leal *et al.*, 2018; Souza; Silva, 2019).

As alterações de voz e o uso de palavras que causam humilhações podem ser classificados como violência verbal e psicológica, pois causa na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, coação e alienação. Sendo assim, o abuso verbal nas relações interpessoais com as mulheres pode ocasionar abalos emocionais e levá-las a condições patológicas, como a ocorrência de depressão pós-parto, dificuldades em ter uma vida sexual saudável e piora na autoestima (Santos;Souza, 2015; Liro;Azevedo, 2021).

Ressalta-se que a OMS reitera que a violência verbal e/ou psicológica causada na assistência ao parto pelos profissionais repercute no abalo psíquico-emocional das mulheres (OMS, 2014).

Ainda no contexto do trabalho de parto e parto, outra maneira das participantes significarem a violência obstétrica foi em relação à privação do direito de ter um acompanhante.

“A violência obstétrica é[...]o fato de não respeitar aquele momento da mulher, da dor, do fato até mesmo do acompanhante da preferência dela[...]” (E03)

“[...]é julgar, é não fazer aquilo que a mulher deseja lá na hora do parto, é não deixar acompanhante, deixar lá presa em cima de uma cama, falta de humanização, de empatia.” (E14)

A presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto é de importante medida para prevenir e combater as condutas que levam à violência obstétrica. O apoio contínuo do acompanhante de escolha da mulher tem benefícios significativos, os quais todas devem ter durante o parto e nascimento (Diniz *et al.*, 2015; Castro, 2020; OMS, 2014).

O acompanhante, além de garantir o suporte emocional e físico, auxilia na evolução do trabalho de parto e, por conseguinte, ajuda a parturiente no controle do processo fisiológico do parto, resultando em menores taxas de intervenções e

indicações desnecessárias de cesárea. Esses benefícios são ferramentas que asseguram a vontade da mulher no momento do parto e nascimento, o vínculo familiar, e viabiliza a aproximação e o contato do acompanhante com a mulher e o bebê logo após o nascimento (Gomes *et al.*, 2019; Souza; Silva, 2019).

Em razão disso, a mulher tem por proteção a lei que garante o direito a um acompanhante de sua escolha no parto e nascimento, através da legislação nº 11.108/2005. No entanto, com todas as políticas públicas e leis, ainda há transgressões, e uma delas é a do direito ao acompanhante, que viola essas mulheres e as violentam no processo de parto e nascimento (Brasil, 2005).

As enfermeiras entrevistadas relataram que entendem violência obstétrica como sendo a violação do direito de escolha das mulheres durante o ciclo gravídico puerperal:

“Entendo como violar o direito dela de poder escolher o que ela quer fazer lá no momento do pré-natal, no momento do parto [...]” (E09)

“Então, quando essa mulher está no seu período gravídico puerperal, e ela não tem algo que seja de sua escolha acatada, ela é violentada também [...]” (E11)

“Eu acho que parte desde o pré-natal, quando não são levados em consideração os sentimentos dela [...]” (E10)

A ONU define a autonomia como a capacidade do sujeito em discernir seus interesses e desejos, e, ainda, optar pelas melhores ações para cumprir seus objetivos. Em razão disso, apresentou a seguinte definição para o termo, em relação às mulheres: “No caso da autonomia de gênero, estamos a falar do grau de liberdade que uma mulher tem para poder agir de acordo com a sua escolha e não a dos outros. Neste sentido, existe uma estreita relação entre a aquisição de autonomia das mulheres e os espaços de poder que elas podem estabelecer, tanto individual como coletivamente” (ONU, 2005, p. 114).

Diante do exposto, é possível perceber que a falta de autonomia da mulher sobre seu próprio corpo contribui para violências ocorridas no ciclo gravídico-puerperal. O significado de autonomia para Guedes e Fonseca (2011) se traduz no “poder de dar a si a própria lei”, o qual remete à ideia de liberdade, em que a pessoa tem a capacidade e a possibilidade nas decisões e ações sobre sua própria vida, ou seja, trata-se da propriedade e poder de escolha nas leis que regem sua conduta (Guedes; Fonseca, 2011; Silva, 2019).

A autonomia é conquistada por dois fatores, sendo o primeiro por interesses e necessidades de pessoas através de programas e políticas públicas que buscam garantir a equidade de gênero; e o segundo é pelo apoio a estratégias que tenham a finalidade de empoderar e fortalecer as mulheres (Guedes;Fonseca, 2011; Cabral;Rangel, 2022).

Sobre o empoderamento das mulheres, Costa (2000) afirma que este é um desafio às relações patriarcais, pois abala a manutenção dos privilégios masculinos e o poder dominante do homem. Isso significa uma modificação, na qual a dominação masculina sobre o feminino deixa de ser vantagem e garante a autonomia da mulher sobre seus corpos, como o direito reprodutivo (Cabral;Rangel, 2022).

No que concernem os direitos reprodutivos, esses apresentam a autodeterminação reprodutiva, principalmente das mulheres, tendo em vista a liberdade de escolha que as cercam. Essa categoria de direitos remete-se à liberdade de reprodução, que se relaciona com o poder de decidir sobre o número de filhos, a forma de tê-los, em tê-los ou não, e o momento mais apropriado para isso (Peixoto, 2010; Cabral; Rangel, 2022).

Os direitos reprodutivos da mulher são argumentados por Ventura (2009), como direitos constituídos por normas e princípios de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, e de reprodução humana. Portanto, significa que é direito da mulher ter acesso aos meios necessários para o exercício livre da autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza (Ventura,2009; Cabral;Rangel, 2022).

Mesmo com todos os direitos adquiridos e estabelecidos no ciclo gravídico-puerperal, a violência obstétrica na assistência à gestação, parto, pós-parto, torna a mulher, muitas vezes, apenas sujeito passivo e não protagonista do processo. Isso retira a autonomia de suas escolhas e a torna frágil e submissa a uma situação que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e violenta (Zirr *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2021).

Para as enfermeiras, a violência obstétrica está presente desde o pré-natal, quando não se respeita os sentimentos das gestantes. Visto que a gestação é um processo marcado por mudanças físicas, fisiológicas e psicológicas, que produzem dúvidas e expectativas. Em razão disso,as mulheres desconhecem atos e condutas inadequadas ou inapropriadas durante o pré-parto, e o desconhecimento de seus direitos enquanto gestante levam à naturalização de violências que

acarretam sofrimento, dor e angústia, nesse momento (Da Silva WB *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a assistência ao pré-natal tem por dever ofertar às gestantes informações sobre a gravidez, parto e pós-parto, como também estimular e incentivar a autonomia da mulher, fortalecendo seu conhecimento e autoconfiança, propiciando seu autocuidado e poder de escolha frente aos procedimentos realizados com seu corpo no ciclo gravídico-puerperal (Costa *et al.* 2020).

As enfermeiras associaram violência obstétrica à exclusão das mulheres dos processos decisórios e a realização de procedimentos e exames sem esclarecimentos e consentimento prévio.

“Pra mim é quando o protagonismo da mulher não é respeitado, é quando as vontades da mulher não são respeitadas, quando o profissional simplesmente invade o corpo da mulher sem licença, sem orientar ela em cada conduta que ele vai tomar, cada passo da assistência que ele vai dar [...]” (E12)

“Assim, a violência é tudo aquilo que é feito sem o seu consentimento [...]” (E15)

Com os avanços tecnológicos e científicos no parto e nascimento, a visão sobre esse processo foi modificada. No contexto da obstetrícia moderna, o protagonismo da mulher foi retirado e a invasão de seus corpos se torna usual no ambiente hospitalar que favorece o controle profissional sobre eles, caracterizando o modelo de assistência medicalizada (Lima *et al.*, 2018; Almeida, 2021; Tilio *et al.*, 2021).

Desse modo, as mulheres são colocadas em segundo plano no processo gravídico-puerperal, onde os profissionais mantêm o *status* de autoridade, fazendo com que a relação profissional/mulher se torne verticalizada e desproporcional. Contribuindo, então, na realização de procedimentos sem informação e consentimento da mulher, facilitando os processos de invasão desse corpo e proporcionando a violência obstétrica (Palma;Donelli, 2017; Bohrer;Machado, 2022).

O corpo feminino passa a ser regulado, com o que deve ou não fazer, quando é adequado engravidar ou manter a gestação, de que forma parir e como parir, como e até quando amamentar. Com isso, o corpo da mulher deixa de ser dela e passa a ser público, sendo um objeto visto e regido pelos conceitos de posse e

propriedade, onde os profissionais se sentem autorizados a invadir e utilizar este corpo de forma violenta (Cardoso *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, o modelo biomédico obstétrico gera práticas obstétricas intervencionistas, que são aceitas e acreditadas como benéficas pelas mulheres, mesmo causando-lhes desconforto. Ressalta-se que a invasão ocorre quando as intervenções são feitas com atitudes impositivas, sem informações, consentimentos, de maneira corriqueira e sem evidências científicas (Camacho; Progianti, 2013; Almeida, 2021).

Desse modo, é importante compreender e associar o modelo tecnocrático da biomedicina como propulsor de intervenções no ciclo gravídico-puerperal, o que, associado a uma sociedade machista, conseqüentemente se traduzirá na invasão do corpo das mulheres, a ponto de se tornar de “uso público”, acarretando várias formas de violência obstétrica (Cardoso *et al.*, 2020).

5.2.2 Subcategoria 2: Vulnerabilidades e a violência contra as mulheres: o olhar interseccional das enfermeiras

As enfermeiras, ao associarem as diversas expressões de vulnerabilidade das mulheres negras periféricas para sofrerem violências, relataram:

“Eu percebo que mais mulheres negras, pretas e pardas sofrem violência[...]e de alguma forma elas não se manifestam, não colocam isso pra fora, é por medo, porque sabe, muitas das vezes, que vão retornar àquele hospital ou àquela maternidade, pode ser aquele profissional, elas preferem silenciar do que denunciar[...]” (E05)

[...]é um absurdo, assim, eu trabalho numa comunidade bem vulnerável e carente e que a maioria das mulheres são mulheres negras, são mulheres com pouca instrução, que não são muito orientadas[...]” (E12)

[...] a gente precisa entender qual é essa mulher, né?! Se é uma mulher branca, tem outros acessos[...]mesmo na zona sul, a gente tem casos de violência contra a mulher, e principalmente mulheres pretas e pardas.”(E15)

A vulnerabilidade em seu conceito fornece elementos para avaliar as diferentes chances que um indivíduo e um grupo têm de serem suscetíveis a algumas questões e compreenderem os processos que impactam nas condições de saúde de uma população (Helfenstein; Rocha, 2016).

Diante do exposto, a vulnerabilidade busca compreender como indivíduos e coletividades se expõem a dado agravo à saúde. Sendo assim, Ayres *et al.* (2003), refletindo sobre a relação entre saúde e direitos humanos, proposta de Mann, Tarantola e Netter (1993), apontam três eixos para a determinação da vulnerabilidade: o individual, o social e o programático.

Para estes autores, a vulnerabilidade individual é composta pelos aspectos biológicos, comportamentais e afetivos que atribuem na qualidade e no grau da informação que o indivíduo dispõe na elaboração e aplicação, das mesmas, em sua vida prática. A vulnerabilidade social diz respeito a fatores contextuais que influenciam o acesso a informações, serviços, políticas (saúde, moradia, educação e trabalho) e a exposição à violência. A vulnerabilidade programática permeia os aspectos das tecnologias, que correspondem aos programas, políticas, serviços e ações pensadas e executadas pelo poder público e outras instituições para a proteção e o bem-estar físico, psicológico e social, do indivíduo (Mann, 1993).

Ainda para os mesmos autores, os três níveis de vulnerabilidade atravessam indivíduos e coletividades, desenhadas em configurações sociais, políticas e culturais, em que expressam como não é possível encarar os indivíduos fora das relações sociais que os constroem, e, também, das experiências relatadas por cada um, e como as pessoas lidam com as facilidades e dificuldades da vida. Sendo assim, as populações mais vulneráveis são as que mais sofrem violência (Rodrigo; Neri, 2012; Theophilo *et al.*, 2018; Silva, 2023).

Os contextos individual, social e político nos quais o indivíduo está inserido permitem o entendimento de que a vulnerabilidade está interseccionada em três categorias sociais essenciais: gênero, raça e classe, e isso reverbera na compreensão das desigualdades, na sobreposição de opressões e discriminações existentes na sociedade (Medeiros; Machado, 2021).

Crenshaw (2002) nos apontou que a interseccionalidade é uma conceituação que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre duas ou mais categorias. Na interseccionalidade podem-se desvelar vários sistemas discriminatórios que se relacionam, sobrepõem e criam desigualdades básicas aos indivíduos ou grupos diferentes, que são a minoria em posições relativas, como mulheres, raças, classes e outras.

Sendo assim, as mulheres estão posicionadas em um espaço onde a classe, o gênero e a raça/cor criam intersecções complexas, e, por resultado, ficam

vulneráveis a serem atingidas com eixos de poder distintos e mutuamente excludentes para o determinante da violência. (Crenshaw, 2002; Silva, 2023).

A violência fica alicerçada de maneira complexa, dirigida nessa intersecção de classe, raça, gênero, e tais marcadores sociais reverberam nas vivências, experiências e vínculos das mulheres como vítimas dos procedimentos do sistema patriarcal que vincula a violência contra as mulheres (Paik, 2017; Garcia, 2020).

Nesta perspectiva, no Brasil, existem movimentos contínuos de segregações sociais, sendo a população negra marcada como desigual, e isto permeia as situações de vulnerabilidade que afetam a saúde dessa população incidindo negativamente nos indicadores de saúde, nas taxas de óbitos e no alto índice de violência, vivenciado por essa população (Sevalho, 2018; Amthauer *et al.* 2020).

Como indicado por Cerqueira *et al.* (2021) no Atlas de Violência, em 2019, os negros na classificação raça/cor (pretos e pardos) representaram 77% das vítimas de homicídios, com uma taxa de homicídios por 100 mil habitantes de 29,2 e entre os não negros (amarelos, brancos e indígenas) com taxa de 11,2 para cada 100 mil, o que revela que a chance de um negro ser assassinado é 2,6 vezes maior que a de uma pessoa não negra. Em outros termos, a taxa de violência contra pessoas negras foi 162% maior que entre não negras.

Nos processos históricos, desde a abolição da escravatura até a atualidade, a violência que abrange a população negra é marcada por vivências em condições de vulnerabilidade histórica que se viveu e vive, e que podem ser vistos como determinações sociais da saúde. Sendo assim, no contexto sociocultural e programático, as mulheres negras estão em dupla situação de vulnerabilidade (Theophilo; Rattner; Pereira, 2018; Silva, 2023).

Os sistemas de opressão de gênero, que traça um viés relacional com a questão raça/cor, carregam as marcas de um sistema colonial e de escravidão (Lucena, 2020; Florêncio; Moreira, 2021). Assim, as vulnerabilidades das mulheres negras estão inseridas em contextos individuais e sociais, e têm destaque em vários aspectos de grande importância prática, como: restrições do poder que envolvem a vida sexual e reprodutiva; relação de gênero, relação raça/cor; e entre os chamados “grupos de risco” (Lopes; Buchalla; Ayres, 2007; Alves, 2022; Carneiro, 2017, p. 19)

Neste sentido, Cerqueira *et al.* (2021) relata que as mulheres negras representaram 66% do total de mulheres assassinadas no Brasil, com uma taxa de mortalidade por 100 mil habitantes de 4,1, em comparação à taxa de 2,5 para

mulheres não negras. Essa tendência vem sendo verificada há vários anos, e isso quer dizer que o risco relativo de uma mulher negra ser vítima de homicídio é 1,7 vezes maior do que o de uma mulher não negra, ou seja, para cada mulher não negra morta, morrem 1,7 mulheres negras.

A questão racial pode ser compreendida como um eixo articulador das desigualdades que impacta nas relações, no qual raça e gênero justificam discriminações e subalternidades, construídas historicamente, e que produzem iniquidades as quais explicitam que mulheres negras estão em situação de maior vulnerabilidade em todos os âmbitos sociais (Carneiro, 2017; Romio, 2013; Cerqueira *et al.*, 2021).

As enfermeiras associaram violência contra as mulheres às vulnerabilidades do contexto familiar e social do território de pertencimento:

“Elas moram num território que é violento e que é tomado pelo tráfico, e que às vezes elas sofrem abuso[...]e não podem fazer nada além de sair da comunidade[...]” (E12)

“[...]ela teve uma história de violência[...]geralmente seria alguém da família, ela está situada em áreas, que são áreas, assim, perto de comunidade. Então essas coisas acontecem, não estou falando que é só em comunidade, mas acontece com muita frequência[...]” (E04)

A mulher, historicamente, está em posição desigual em relação ao homem na sociedade, sendo vulnerável à violência. Nesse tocante, salienta-se que homens e mulheres são atingidos de maneira diferenciada: os homens são atingidos em espaços públicos, enquanto as mulheres são violentadas em espaços privados (casas) pelos seus familiares ou parceiros (Martins *et al.* 2015; Maciel, 2023).

A violência em sua forma doméstica é expressa nas relações desiguais de poder da cultura machista e patriarcal, ainda presentes na nossa sociedade, e se estabelece na questão do privado com implicações na efetivação dos direitos humanos das mulheres (Carneiro, 2017; Medeiros; Machado, 2021).

Por essa razão, a motivação das violências domésticas e de gênero é tipificada de feminicídio. Em 2019 foram registrados 1.246 homicídios de mulheres nas residências, o que representa 33,3% do total de mortes. Este dado corresponde ao total de mulheres vítimas da violência letal, e inclui tanto as circunstâncias em que as mulheres foram vitimadas em razão de sua condição de gênero feminino, ou seja, em decorrência de violência doméstica ou familiar, como também em

dinâmicas derivadas da violência urbana e outros conflitos (Martins; Cerqueira; Matos, 2015; Chakian, 2019; Cerqueira *et al.*, 2021).

Segundo o Atlas da Violência: retratos dos municípios, o Rio de Janeiro aponta alto índice de violência urbana, correlacionado com a presença e disputa por território entre milícia e tráfico de drogas. As violências vêm contribuindo para aumentar o número de mortes em todo o território (comunidades) disputado por eles. Sendo assim, a estrutura de opressão e dominação masculina nos espaços afetados pela violência territorial e pela ausência do estado vulnerabiliza a população empobrecida (Machado, 2010; Cerqueira, 2021).

Nesse sentido, os territórios que mantêm disputas por conflitos armados são dominados por um poder paralelo ao estado, e que é constituído por homens que conservam o poder em suas mãos. Isso ressalta que as mulheres são mais vulneráveis a esse ciclo de violência, que se manifesta pela militarização entrelaçada da violência urbana pela tríade: polícia, milícia e tráfico (Monteiro, 2021).

Nesses territórios, há o envolvimento de mulheres em atividades criminosas, porém a iniciação criminosa feminina é resultado do comportamento delas em associação afetiva ou sexual com parceiros criminosos. Estas são posicionadas exclusivamente como vítimas dos homens ao seu redor, sendo assim, tornam-se cúmplices dos crimes. Visto isso, a violência e/ou criminalidade feminina se justifica por reconhecermos socialmente a mulher como vítima, mas não como perpetradora de violência (Barcinski; Cúnico, 2016).

Por essa razão, a participação em ato ilícito e criminoso por essas mulheres é devido à relação afetiva com os homens do poder paralelo, o que reforça a dominação masculina nas mais variadas dimensões da convivência humana, a qual é pautada pelo consentimento feminino às representações dominantes, em que se estabelece o papel da mulher e do homem em sociedade (Pimentel, 2008).

Este sistema em que o masculino se sobrepõe ao feminino dispensa justificção, uma vez que a supervalorização do homem é imposta e não há necessidade de grandes argumentos para legitimá-la. Sendo assim, a prática da dominação do corpo feminino se reflete em violência por razão do gênero, correlacionada à cultura do estupro, em que a sua maioria dos casos são praticados por parceiros, ex-parceiros, familiares, conhecidos e desconhecidos. De acordo com PNS e SINAN, em 2019, no Brasil, estimou-se a ocorrência de 822 mil pessoas

estupradas, sendo 80% mulheres, ou seja, quase dois estupros por minuto. (Ferreira *et al.*, 2022; Paulo, 2022).

A violência contra a mulher, quando registrada, é em decorrência à violência praticada por parceiros e pessoas próximas, recorrente à violência sexual e de gênero em ambiente doméstico e em território de confronto civil, que aponta para o índice de feminicídio, que tende a violentar ainda mais a vida de mulheres em situação de vulnerabilidade (Cerqueira *et al.*, 2019).

Uma característica que distingue os homicídios de mulheres ocorridos dentro e fora das residências é o instrumento utilizado. A arma de fogo é o principal instrumento utilizado em feminicídios fora das residências, 54,2% dos registros, enquanto nos casos dentro das residências essa proporção é consideravelmente menor, de 37,5%. Isso porque é comum que armas brancas e outros tipos de armas sejam mais utilizadas, dado que a fatalidade geralmente decorre de um conflito interpessoal que vai crescendo, e no qual o autor da violência costuma recorrer ao objeto que está mais próximo para agredir a companheira (Gomes, 2020, Cerqueira *et al.*, 2021)

A violência que atinge as mulheres de diversas formas e relações evidencia que a pobreza, a violência e a vulnerabilidade caminham juntas. Sendo assim, as mulheres em territórios dominados pelo poder masculino violento, socialmente construído, e em relações familiares e conjugais associados à pobreza, impactam e ampliam a violência que estrutura o ciclo de poder sobre as mulheres (Medeiros; Machado, 2021; Monteiro, 2021).

As participantes relacionaram a violência sofrida pelas mulheres à submissão e falta de autonomia financeira:

“Violência é silenciar uma mulher[...]ou porque ela depende, ou porque ela tem filhos, ou porque ela tem medo, ou porque a família oprime e cobra isso, ou porque a sociedade patriarcal exige que essa mulher seja submissa ao homem[...]”(E05)

“Tem a violência financeira, que às vezes ela não está trabalhando ou ela às vezes nem quer a gestação, ela está gestando por conta do parceiro ou por conta de um abuso[...]” (E06)

Há alguns milhões de anos atrás nas sociedades, as mulheres tinham um lugar central por serem considerados seres sagrados, capazes de dar a vida, ajudar na fertilidade da terra e dos animais. O homem e a mulher geriam junto a divisão de trabalho, sem desigualdade. Não havia centralização de liderança, mas um rodízio

entre homem e mulher, porém, a mulher ocupava um papel primordial à sobrevivência da espécie em condições hostis (Muraro, 2015; Balbinotti, 2018). A separação de tarefas era a garantia da complementaridade entre os sexos, em que ocorria uma dependência recíproca (Travassos, 2003).

Nestes grupos, regidos pela composição e associação entre homens e mulheres, quase não existia guerra, pois não havia pressão populacional pela conquista de novos territórios. Isso começou a ocorrer por causa da escassez na coleta, e com o esgotamento dos recursos naturais vegetais e de pequenos animais, quando se inicia a caça sistemática aos grandes animais. Por isso, começam a se instalar a supremacia masculina e a competitividade entre os grupos na busca de novos territórios (Muraro, 2015).

No decorrer dessa competitividade territorial, findou-se o sistema de considerável igualdade entre homens e mulheres. Ocorre então o casamento no regime em que o homem é a representação e autoridade máxima que sustenta e provê, tendo uma posição de centralidade na família. Iniciam-se as sociedades baseadas na supremacia do homem nas relações sociais (Cunha, 2014; Balbinotti, 2018).

Por conseguinte, as sociedades estabelecem um processo de dominação-subordinação nas relações de gênero, no qual o poder, a autoridade moral e o privilégio social retêm-se no gênero masculino, legitimando diversos atos praticados contra as mulheres, como o controle do homem sobre a mulher, a sexualidade dos corpos e da autonomia feminina, consolidando o sistema patriarcal (Castro; Santos; Santos, 2018; Colling, 2020).

Por essa transformação social, o patriarcalismo se fortifica, tornando-se uma economia doméstica em que as mulheres ficam com suas sexualidades rigidamente controladas pelos homens, como reprodutoras de trabalho e a geração de filhos. A mulher perde qualquer capacidade de decisão no domínio público, que fica inteiramente reservado ao homem. A dicotomia entre o privado e o público torna-se, então, a origem da dependência econômica da mulher, e esta dependência gera no decorrer das gerações, uma submissão que perdura até hoje (Saffioti, 2004; Muraro, 2015).

Isso se explica pelo espaço dos homens, público, que se configurada como a esfera da produção material, centralizada nas relações de propriedade, o trabalho produtivo, e que tem o protagonismo reservado ao homem. Já o espaço destinado às

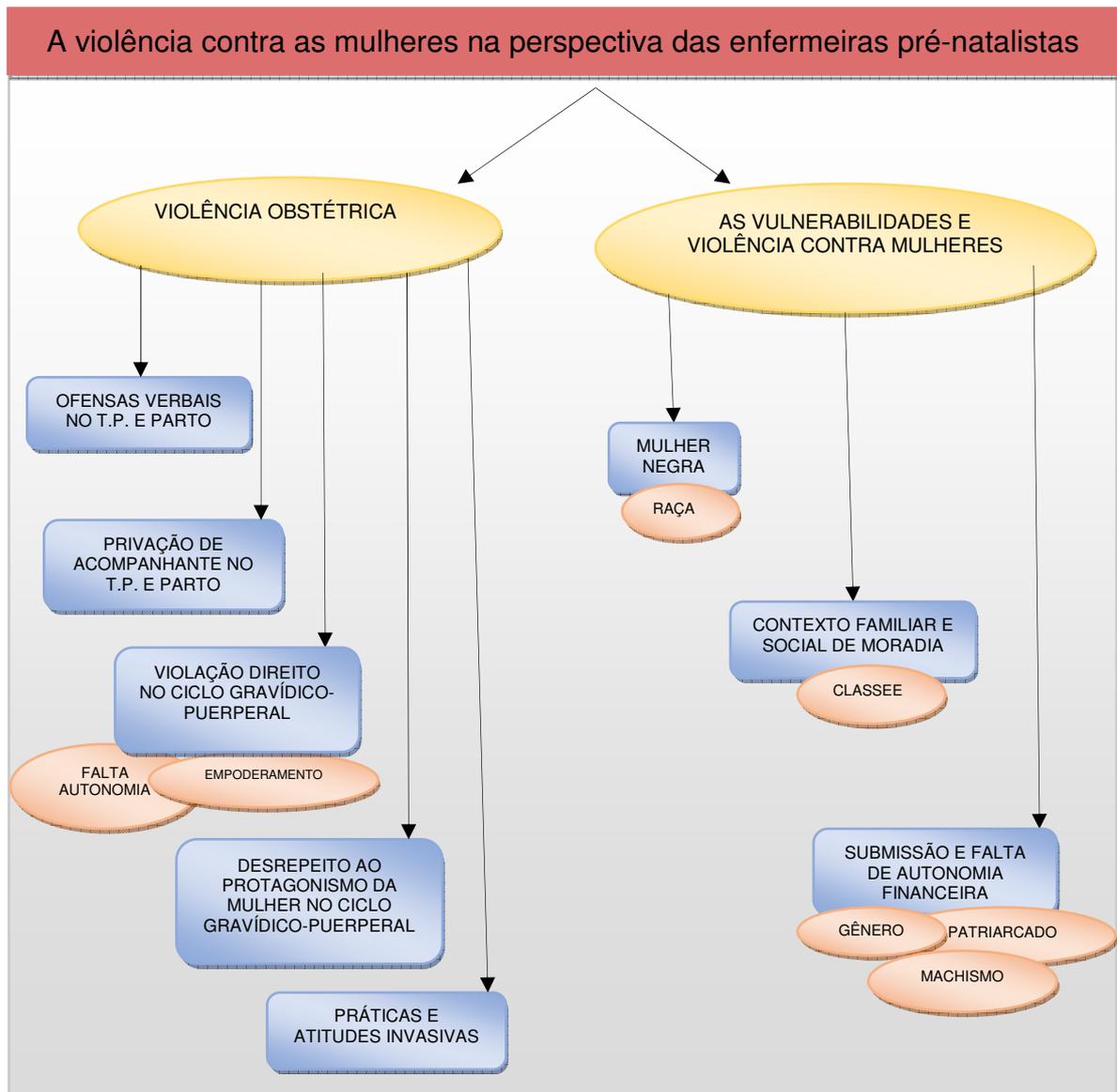
mulheres, privado, é o lugar das relações familiares (casamento, sexualidade reprodutora, filiação e trabalho doméstico), que tem o protagonismo reservado à mulher, através do aprisionamento de sua sexualidade na função reprodutora e de seu trabalho no cuidado do lar e dos filhos, no qual é inferiorizada, remetendo à dominação masculina sobre a feminina e, conseqüentemente, à violência por ele perpetrada (Andrade; Lopes; Damasceno, 2005; Borges; Lucchesi, 2015; Babinotti, 2018).

Segundo Saffioti (2004), a dominação masculina na sociedade de classes é uma corrente do patriarcado, que também é um instrumento importante de exploração econômica, e tem como principal beneficiário o homem branco e rico. Neste sentido, pode-se dizer que a violência contra a mulher seria fruto de uma socialização machista e conservadora capitalista, que estabelece como destino natural das mulheres a sua submissão e exploração pelos homens (Babinotti, 2018).

Com base no patriarcado, o machismo é visto na relação direta entre as concepções de masculinidade e o exercício do domínio sobre pessoas que denotam a uma posição social de poder e violência. Borges e Lucchesi (2015) referem que a violência é a expressão mais evidente da dominação masculina, em que representa o ponto culminante da afirmação da virilidade como forma de expressão da superioridade do homem, o machismo.

As mulheres que estão em faixa salarial de até um salário-mínimo ou que tenham benefício do governo são as que obtêm os maiores índices de agressões, seja ela física, verbal, moral e financeira. Deste modo, uma das violências perpetradas contra as mulheres é também através da renda *per capita* domiciliar, que é um dos fatores que mais influenciam na vulnerabilidade à violência (Engel, 2020).

Figura 3-Esquema da violência contra as mulheres na percepção das enfermeiras pré-natalistas



Fonte: A autora, 2023.

5.3 Ações desenvolvidas pelas enfermeiras no processo de cuidar no âmbito do pré-natal

Esta categoria é composta por 256 UR's, e está relacionada com as fases do processo de cuidar proposto por H. Peplau (orientação, identificação, exploração e resolução). Está subdividida em três subcategorias, a saber: “estabelecimento de relações interpessoais para identificação das necessidades”, relacionada com a fase

de orientação 101 UR's; “ações de cuidado e papéis das enfermeiras para atender às necessidades das gestantes e prevenir a violência obstétrica”, relacionada à fase de identificação 120 UR's; e “empoderamento e autonomia das mulheres após as ações de cuidado das enfermeiras e suas interfaces com a prevenção da violência obstétrica”, relacionada com as fases de exploração e resolução 35 UR's.

5.3.1 Fase de orientação: Estabelecimento de relações interpessoais para identificação das necessidades

Nesta fase do processo de cuidar durante o pré-natal, denominada de orientação pela teórica, as enfermeiras estabelecem relação interpessoal ao realizarem o acolhimento com empatia, proporcionando a criação de um vínculo de confiança, o que permite identificar as necessidades das gestantes.

“[...]Eu me coloco no lugar do outro[...]eu vou ofertar tudo o que for possível, dentro dessa consulta, pra que ela pelo menos saiba, que ela tá sendo assistida por alguém, que tá preocupada com as necessidades dela. Em atender às necessidades, dentro daquele contexto ou não.” (E05)

“[...]fazendo uma receptividade adequada, dizendo quem eu sou, dizendo por quê que eu estou ali[...]eu vou perguntar como ela está se sentindo, se a gravidez foi desejada, se ela está feliz[...]um profissional que está ali disposto a ajudá-la[...]” (E02)

“[...]eu acredito que aqui, na clínica da família, a gente consegue ter mais vínculo por conta disso[...]a partir do momento que te vê sempre, cria o hábito de contar sobre a vida, sobre o que acontece[...]” (E01)

“[...]a forma que a gente aborda esse pré-natal, do vínculo que é criado[...]de atitudes que a gente tem que são básicas do dia a dia, como por exemplo a busca ativa. Se a gente fez uma busca ativa de saber: ‘aconteceu alguma coisa? você não veio, está tudo bem?’ elas se sentem cuidadas, elas relatam, verbalmente isso.” (E11)

O acolhimento é a “porta de entrada” da assistência, e demonstra uma relação de confiança entre a usuária e o profissional. Esta ferramenta possibilita um cuidado justo, ampliado e integral, que estabelece a qualidade da relação (Coutinho; Barbieri; Santos, 2015).

Segundo o Humaniza SUS, o conceito de acolhimento está pautado na recepção do usuário de forma integral desde sua entrada no sistema, o que permite

um elo das suas necessidades e as várias possibilidades de cuidado do profissional (Brasil, 2006; Coutinho; Barbieri; Santos, 2015).

Por esta razão, o acolhimento em sua forma empática, trabalhada pelas enfermeiras no pré-natal, corrobora para a formação do vínculo, o que resulta no estabelecimento da relação interpessoal de confiança com as mulheres e, como consequência, proporciona que elas falem sobre suas necessidades no período gestacional e possivelmente sobre suas vulnerabilidades e violência.

Brown (2018), em seu livro “Dare to Lead”, relata que a empatia se faz presente quando somos capazes de nos conectarmos com o sentimento do outro não com a experiência que o outro está vivenciando. Visto isso, a enfermeira se coloca no lugar da gestante para que ocorra a observância e o sentido na mesma perspectiva (Stephany, 2015; Freitas, 2023).

No entanto, a relação interpessoal empática permite práticas que envolvem etapas afetivas e cognitivas, e esse processo pode se dar de modo não consciente e intencional, através de um esforço consciente. Sendo assim, a empatia traz um vínculo à relação interpessoal da enfermeira com a gestante (Freitas, 2023).

Nesse sentido, o estabelecimento do vínculo implica no compartilhamento de necessidades, angústias e saberes. Vínculo e acolhimento são termos interligados, que na área da saúde é uma diretriz ética e política na produção de cuidado, que podem ser ferramentas que desenvolvem e estimulam a escuta para avaliação das necessidades da mulher (Barros, 2005; Almeida, 2021).

Mendonça *et al.* (2011) ainda afirma que o vínculo é essencial na aproximação das relações humanas, aplicando um princípio de corresponsabilização, onde o profissional se responsabiliza pelo cuidado e as mulheres em participar as suas necessidades.

O vínculo, na perspectiva assistencial, surgiu a partir da Política Nacional de Humanização (PNH), em que se faz garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, uma vez que este estava percorrendo um trajeto de forma desumanizada, com tratamentos invasivos e desrespeitosos, ações terapêuticas com foco na doença e não no sujeito, no qual essas ações são incoerentes na equidade e com a integralidade a saúde (Brasil, 2014).

Para Lansky e Figueredo (2014), o vínculo é apresentado como diretriz para o resgate da relação interpessoal no cuidado à saúde. O vínculo consiste em uma construção de relações de confiança entre a mulher e a enfermeira como forma de

conhecer e identificar as necessidades, e a partir desse momento, atingir a integralidade da ação e cuidado (Almeida, 2021).

Torna-se essencial um atendimento acolhedor de qualidade, pois influencia positivamente na decisão da mulher de vincular-se ao pré-natal e facilitar a continuidade do acompanhamento. Por isso, a empatia dos profissionais que acompanham o pré-natal é essencial para a continuidade desse cuidado, pois a partir do momento em que “sentimos com” o outro, as duas partes se conectam e as trocas ocorrem mais facilmente (Silva *et al.*, 2017; Santos, 2018).

Sendo assim, a busca ativa realizada pelas enfermeiras do pré-natal, quando necessário, propicia uma relação para melhor conhecimento sobre as mulheres, o que também facilita na formação do vínculo e no processo de acolhimento para a identificação das necessidades, até mesmo quanto às questões vivenciadas fora da gestação (Santos *et al.*, 2013; Coutinho; Barbieri; Santos, 2015).

A relação da enfermeira com as gestantes estabelece uma comunicação através de informações e escuta que permite compreender as necessidades e as violências vividas pelas mulheres.

“[...]eu considero importante é a comunicação, assim. Pra mim a comunicação é importante, porque eu preciso ter a sensação de que a gestante entendeu todas as informações, independentemente do que ela vai fazer com ela[...]Eu preciso que essa relação seja clara o suficiente e que ela tenha confiança pra dizer o que está confortável o que não está[...]” (E15)

“[...]conversando,questionando,escutando[...]não é questionamento no sentido de criticar, é questionamento no sentido de averiguar, de buscar informações[...]então eu acho que você se aproximando da usuária, que a gestante[...]” (E02)

“Mediante ao que ela me fala. Primeiro ponto se é identificar que a mulher tá sofrendo algum tipo de abuso[...]qual o tipo de abuso, o que ela sente mediante a isso que está acontecendo, e ali eu vou entrando no mundo dela e de acordo com o que ela quer[...]então eu dou abertura pra ela falar, para ela ficar à vontade para falar.” (E03)

“Eu acho que à medida que ela mesmo vai falando[...]são elas que vão falando o que elas precisam, a gente vai a partir daí tentando ajustar de acordo com as necessidades delas.”(E09)

A comunicação é um dos principais elos utilizados no processo de cuidar, sendo uma estratégia para informar e compartilhar as decisões dos usuários no sentido de promover saúde. Isso inclui, por exemplo, sugerir e recomendar mudanças de comportamento, prevenir doenças, orientar medidas preventivas e

atividades de autocuidado, sempre pensando em uma melhor qualidade de vida (Teixeira, 2004).

A comunicação precisa estar inserida em todos os ambientes de saúde e ser exercida em todas as dimensões do cuidado, porém, na assistência ao pré-natal, faz-se essencial como forma de avaliar as necessidades e vulnerabilidades das gestantes.

Sendo assim, a comunicação expressa por meio do diálogo se torna um elemento essencial no cuidar, e propicia relações interpessoais de significância humanizadora, pois pode compreender a visão de mundo da mulher e identificar o que ela sente, contribuindo para a aceitação das informações passadas pela enfermeira do pré-natal (Broca;Ferreira, 2012; Almeida, 2021).

Portanto, a comunicação respeitosa que a enfermeira pode e deve incluir no processo de cuidar do pré-natal, através da qualidade de orientações, esclarecimentos, estratégias e informações são vantajosas, pois influenciam as mulheres a falarem sobre suas necessidades e violências vivenciadas (Schindler, 2023).

O pré-natal é um momento em que as enfermeiras previnem a violência obstétrica, porque, através do diálogo, buscam fornecer informações sobre as práticas invasivas e sem evidências científicas. Este conhecimento fornecido no pré-natal ajuda no desenvolvimento da autonomia e instrumentaliza a mulher a se posicionar diante da violência obstétrica (Jantsch; Schuster, 2020; Schindler, 2023).

Nessa perspectiva, o diálogo com comunicação de qualidade favorece o acesso das mulheres, em que a enfermeira se propõe a ouvir o que a gestante tem a falar e assume uma postura de escuta e oferta de respostas. Sendo assim, a escuta se torna um fator determinante para o acompanhamento do pré-natal, tal como compreender os múltiplos significados das necessidades, vulnerabilidades e violências vivenciadas pelas mulheres no ciclo gravídico-puerperal (Brasil, 2006; Schindler, 2023).

Considera-se que escutar seja uma maneira de examinarmos a ampla experiência humana, ou seja, nossos valores, a intensidade de nossas emoções, os padrões de nossos processos de pensamento, bem como compreender e modificar nossa visão de mundo fragmentado, uma vez que temos tendência a nos limitarmos a nossos pensamentos (Bohm, 2005; Freitas, 2023).

Jahromi *et al.* (2016) explicam que escutar vai além de um processo de ouvir, sendo, na verdade, uma questão de atitude e, ainda, um processo mental e emocional. É um ato intencional de atenção plena que sustenta um espaço emocionalmente acolhedor e livre de julgamentos. Portanto, é a capacidade de estar completamente presente no encontro com o falante, demonstrando interesse genuíno por sua história e garantindo seu espaço de fala sem interrupções (Malta; Carmo, 2020; Freitas, 2023).

É fundamental que a enfermeira realize uma comunicação com escuta atenta através do diálogo, pois viabiliza a interação na relação interpessoal, para que, no processo de cuidado, corra uma linguagem acessível sobre procedimentos, ações, informações e ofertas de apoio na tomada de decisões, além de colaborar nas necessidades das mulheres na gestação, parto e puerpério (Da Silva; Ó; Silva, 2023; Freitas, 2023).

5.3.2 Fase de identificação: Ações de cuidado e papéis das enfermeiras para atender às necessidades das gestantes e prevenir a violência obstétrica

Na fase de Peplau denominada de identificação, as participantes da pesquisa falaram de suas ações e papéis para atender às necessidades das mulheres e para a prevenção da violência obstétrica.

As participantes realizam a consulta pré-natal individual, onde implementam protocolos como um cuidado para manter a integridade física da gestante e do bebê, desenvolvendo o papel denominado por H. Peplau de especialista.

“a gente faz os protocolos do município. A abertura de caderneta, solicitação dos exames de pré-natal, de rotinas, ultrassonografia, elas já passam no dentista[...]a gente faz todas as orientações de retorno mensal até 28 semanas, quinzenal, mensal[...]” (E14)

“Ah eu sigo, eu tento me atualizar porque os protocolos mudam bastante[...]mas eu sigo o pré-natal sim, a rotina[...]a gente faz a primeira consulta faz as perguntas da anamnese, depois faz o exame físico, solicita os exames, que é glicose, eletrograma, eletroforese de hemoglobina para rastreio de anemia falciforme[...]no primeiro contato a gente solicita o teste de gravidez e os testes rápidos fazem o aconselhamento pré-teste[...]” (E07)

“No pré-natal seria mais a parte de exame. O exame físico, a parte das medidas antropométricas, ausculta de BCF, medição da altura de fundo

uterino, posição do feto, escutar as queixas para ver e saber se tem alguma intercorrência, se ela teve algum atendimento de urgência no período que a gente ficou sem se ver[...]" (E 05)

Durante a gestação, a assistência é preconizada na UBS como porta de entrada e ponto de atenção estratégico para acompanhamento de forma contínua. A ESF é a proposta principal para organizar e referenciar os modelos de cuidados e práticas da atenção primária, assim como, os protocolos da assistência pré-natal (Warmling *et al.*, 2018).

O PN consiste no acolhimento e acompanhamento das gestantes, com a finalidade de promoção à saúde delas e do feto, através de consultas clínicas e exames laboratoriais periodicamente. Com isso, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com intuito de melhorar o acesso e a qualidade da assistência, para que o pré-natal se inicie a partir do momento da descoberta da gestação, sendo preconizado o número mínimo de seis consultas (Parto [...], 2012; Nascimento *et al.*, 2021).

Por esta razão, as enfermeiras na assistência pré-natal da atenção primária, baseada na Lei do Exercício Profissional 7.498/86, são capacitadas e possuem autonomia que as respaldem legalmente para realizar as consultas de pré-natal, onde é feito o exame físico e avaliação obstétrica como: aconselhamento pré-teste, altura do fundo de útero, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, além das prescrições de exames laboratoriais e de imagem estabelecidos em protocolos (Oliveira *et al.*, 2016; Nascimento *et al.*, 2021).

As consultas de pré-natal seguem um cronograma, de acordo com a idade gestacional (IG): até 28 semanas, mensais; de 28 a 36 semanas, quinzenais; de 36 a 41 semanas e 6 dias, semanais. E diante disso, as enfermeiras devem realizar consultas investigativas com intuito de correlacionar agravos às condições estruturais de cada gestante de forma individual, e devem ter identificação de disfunções patológicas, como: hipertensão arterial, diabetes gestacional, anemia, sífilis, malformações fetais etc (Brasil, 2016; Nascimento *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, a enfermeira assume um papel fundamental na assistência, pois realiza protocolos assistenciais preconizados, além de utilizar a informação da gestante como ferramenta na educação em saúde, visando o lado da humanização. Visto isso, a enfermeira especialista e capacitada, no cuidado ao pré-natal, proporciona um diferencial nas consultas, onde cria uma visão humanizada,

podendo evitar complicações maternas e perinatais, como a diminuição das taxas de morbimortalidade materna, óbitos fetais e a prevenção de agravos e da violência obstétrica (Oliveira *et al.*, 2016; Bortoli *et al.*, 2017)

As enfermeiras relataram que na consulta de pré-natal individual oferecem informações às mulheres sobre vários assuntos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal. Neste momento, exercem o papel de educadora e líder, de forma educativa, sanam dúvidas e questionamentos de necessidades da gestante.

“Eu no momento estou fazendo essas atividades individuais[...]então eu faço isso no momento da consulta[...]o objetivo principal que eu tenho é sanar as dúvidas, através da minha fala, de repente ela chegar: ‘eu não lembro que tenho dúvida sobre isso’, e eu falando ela possa vir a me apresentar essa dúvida [...]o objetivo principal é ela saber identificar problemas, ela saber resolver a problemática[...]”(E01)

“[...]atualmente são as consultas[...]ao longo das consultas ir abordando alguns assuntos que são importantes, principalmente relacionada a ela, naquele momento e conforme o desenvolvimento da gestação, ir começando a falar do feto e do bebê posteriormente[...]falar de amamentação, direitos e deveres, principalmente, o direito ao plano de parto que é uma coisa que eu acho maravilhoso[...]” (E08)

“As atividades educativas individuais na própria consulta a gente fala sobre laqueadura, planejamento familiar que agora é reprodutivo. Então, individualmente, a gente trabalha muito na consulta do pré-natal, que é aquela gestante que a gente vai trabalhar, com as particularidades dela.” (E04)

A consulta individual de pré-natal é um espaço onde as enfermeiras estabelecem as relações interpessoais com as gestantes e exercem o papel de educadora e líder. Segundo as recomendações do Ministério da Saúde, a assistência pré-natal deve se dar pela incorporação de condutas acolhedoras, através do desenvolvimento de práticas educativas e preventivas, em que a enfermeira ofereça assistência de qualidade e humanizada para atender às necessidades das gestantes (Parto [...], 2012; Viellas *et al.*, 2014; Costa *et al.*, 2020).

Durante a consulta de pré-natal, além da competência técnica, a enfermeira deve demonstrar interesse pela gestante, quanto ao seu modo de vida, suas queixas, suas preocupações e angústias exercendo papel educativo e liderança, o que pode vir a contribuir para mudanças efetivas e saudáveis nas atitudes da mulher (Silveira, 2017).

As enfermeiras se dispõem ao papel de conhecer sobre a necessidade da mulher e, por conseguinte, orientá-la de maneira minuciosa, o que favoreça tomada

de decisões que podem resultar em “boas escolhas”, através da troca de experiência compartilhada com a enfermeira, que ocupa um lugar importante de educadora-líder na atenção básica (Campos *et al.*, 2016; Brito, 2021).

Nesse tocante, a consulta individual do pré-natal realizada pela enfermeira se torna um espaço fundamental para a realização de práticas educativas que objetivam avaliar as necessidades das mulheres, e, assim, a valorização e importância dos conhecimentos sobre o ciclo gravídico-puerperal (Cardoso *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2020).

A relação interpessoal enfermeira/gestante, na consulta de pré-natal, se torna uma importante ferramenta no contexto da educação em saúde, porém a enfermeira é habilitada e capacitada para cuidar da mulher e da família, levando em consideração as necessidades curativas, preventivas e educativas em saúde, propiciando um papel de líderes nas práticas educativas, do processo de gestar, parir e nascer (Guerreiro *et al.*, 2014; Brito, 2021)

Sendo assim, as práticas educativas estão voltadas para atividades de educação em saúde e desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, visando à melhoria da qualidade de vida e da saúde. Em razão disso, a educação em saúde não é apenas um processo de intervenção na doença, mas um meio para que a manutenção ou recuperação das necessidades em saúde das gestantes seja defatores orgânicos, psicológicos, socioeconômicos e espirituais (Pereira, 2003; Cardoso *et al.*, 2019).

A educação em saúde realizada durante o acompanhamento pré-natal possibilita o esclarecimento de dúvidas, troca de vivências, criação de vínculo e diálogo entre a enfermeira, a gestante e sua família (Blank *et al.*, 2019). Desse modo, as ações educativas podem prevenir a violência obstétrica, pois podem desconstruir as ideias consolidadas pela biomedicina sobre a assistência ao parto, propiciando o aprendizado crítico e empoderamento das mulheres para o enfrentamento das imposições de práticas obstétricas invasivas, atitudes desrespeitosas, além de sedimentar os direitos no gestar, parir e nascer (Silva *et al.*, 2019; Costa *et al.* 2020).

Nesta fase, ainda na consulta de pré-natal individual, a enfermeira provê recursos para a mulher identificar práticas que figuram violência obstétrica no parto e, assim, se posicionar.

“[...]eu sempre falo com elas sobre acontecimentos[...]a gestante precisa ter palpável com ela o que pode ter como obstáculo para violência. Por exemplo, ter a informação de que durante o parto, ninguém pode subir na barriga dela[...] pra fazer uma manobra X, que não é orientada a anos, que fazer uma episiotomia desnecessariamente pra “facilitar” a passagem do bebê sem a autorização dela é uma violência[...]eu quero ter o direito de ter o meu bebê nos primeiros três minutos[...]” (E15)

“Eu sempre oriento a elas o que é a violência obstétrica e tento verbalizar e exemplificar o que é[...]Então, a gente vai exemplificando: ‘olha, dar um cortezinho é uma violência obstétrica’; ‘episiotomia, há muitos anos, talvez fosse algo normal, hoje não é indicado, não há essa necessidade em hipótese alguma.’ Então, é mostrando para elas em termos claros, sem os termos científicos que às vezes elas não vão entender, mas exemplificando mesmo: empurrar a barriga não é legal, fazer um cortezinho também não, falar pra você fazer força também não. Deixar o corpo agir e orientar a elas o que realmente não é direcionado, não é importante para que o trabalho de parto dela avance, e mostrando de forma simples e clara o que é violência obstétrica.” (E11)

A medicalização e patologização dos processos naturais da vida pela medicina, de forma direta ou indireta, levam ao aumento do poder médico sobre as pessoas e seus corpos. No caso da gestação e do parto, estes fenômenos retiram a autonomia feminina pela incapacidade que as mulheres têm de decidir espontaneamente sobre seu corpo, impactando de forma elevada para a violência obstétrica (Guimarães; Jonas; Amaral, 2018).

Por esta razão, a atuação da enfermeira nas ações educativas do pré-natal é de grande relevância para o estímulo ao empoderamento da mulher no parto, executando uma diminuição das influências externas que direcionam para um parto com intervenções. É de extrema importância oferecer esclarecimentos quanto às práticas sem evidências científicas, processos invasivos sem consentimentos e orientações quanto aos seus direitos, fazendo o resgate do papel ativo da mulher no processo parturitivo, prevenindo a violência no parto (Oliveira; Penna 2018; Silva; Silva, 2019).

As ações educativas realizadas pelas enfermeiras na consulta de pré-natal podem vir a promover o empoderamento das gestantes no parto e nascimento, através das orientações e informações específicas de intervenções desnecessárias, práticas invasivas e de atitudes desrespeitosas dos profissionais, ratificando a desmitificação biomédica de assistência obstétrica, e fortalecendo o movimento para a prevenção da violência obstétrica (Borges *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2019).

Nesse contexto, algumas enfermeiras pré-natalistas relataram que incentivam o parto normal como direito, através de informações sobre como acontece, e desmistificam a cesariana como sendo um tipo de parto.

“[...]como que funciona o trabalho de parto, quais são os sinais, o que é necessário fazer, as intervenções médicas, [...], acho que se tiver risco pro bebê, o médico tem que orientar ela, e falar porque que ela está fazendo a cesariana, se caso não seja a vontade dela e ele queira abordar uma cesariana sem que a mulher queira, é direito dela ter o parto normal” (E03)

“Sim eu falo, eu costumo falar que o parto normal é um parto. Que a cesariana é uma cirurgia. Elas falam assim: ‘Meu parto foi cesárea!’. Não, seu parto não foi cesárea, é a cirurgia de cesariana. E aí eu vou falando sobre as intervenções, o que que acontece no parto vaginal, que acontece na cesariana, quantas camadas de tecido[...]” (E05)

No entanto, evidenciamos outras enfermeiras pré-natalistas que inconscientemente reforçam o medo da dor e que simbolicamente a cesariana é um tipo de parto, embora tenha maior risco.

“[...]eu acredito que eu estimulo sim[...]‘olha, vai doer sim’, não minto pra elas, vai doer porque dói, mas é uma coisa que quando seu bebê nascer, que você vê o bebê acabou a dor. Então eu sempre digo que o parto normal é bem melhor, e tem menos riscos do que a cesárea.” (E01)

Com o desenvolvimento da obstetrícia médica, foi consolidado o modelo tecnocrático de assistência ao parto e nascimento. Neste modelo, as intervenções sobre o processo ganharam força e, simbolicamente, a cesariana passou a ser denominada de “parto cesáreo”, uma maneira estratégica de convencer as mulheres a desejá-la e aderi-la como uma possível via de parto (Santos; Carneiro; Santos, 2018; Rocha; Ferreira, 2020).

Ressalta-se que esta estratégia foi vitoriosa, o que explica que muitas mulheres enfermeiras, ao estimularem o parto normal em suas relações interpessoais, acabam reforçando com sua fala o que internalizaram em seu processo de socialização familiar e de profissionalização, isto é, que o parto dói muito e que a cesárea é um parto que alivia a dor.

Diante disso, chamar a cesariana de parto e dizer que o parto dói muito podem aumentar as expectativas (medos) e estímulos das mulheres para senti-la no momento do parto e, até mesmo, pode gerar ansiedade e sofrimento antecipados e

reforçar a ideia de que a cesariana é a solução para a dor e o não **sofrimento** (Firmino *et al.*, 2020).

Sendo assim, para estimular o parto normal as enfermeiras pré-natalistas deveriam valorizar e reiterar para as mulheres a existência de práticas obstétricas não invasivas que promovem o alívio da dor, tais como: massagens, redução da luz, exercícios, música, dentre outros. Deste modo, estariam apontando alternativas para gestantes superarem o medo da dor sem necessariamente recorrerem a uma cesariana como única possibilidade (Firmino *et al.*, 2020; Rocha;Ferreira, 2020).

Tais ações de cuidado são necessárias e estão muito articuladas com a prevenção da violência obstétrica, pois as evidências trazidas pelo SINASC apontam que, no período de 2018 a 2021, o número de nascidos vivos no Brasil foi de 11.193.879, sendo 6.340.291 (56,64%) de cesárea e 4.853.588 (43,36%) de parto normal. No estado do Rio de Janeiro, entre 2018 e 2023, ocorreu 1.146.652 nascimentos, sendo 670.375 (58,46%) por cesariana e 476.277 (41,54%) por via vaginal (Brasil, 2023), dados que superam o que é preconizado pelo MS, que estabelece uma taxa de 15% de cesárea.

Diante do exposto, reafirma-se que a maioria das indicações de cesarianas não está baseada em evidências científicas, podendo se classificar como violência obstétrica, quando esta intervenção é feita sem necessidade. Por esse motivo, o incentivo ao parto normal no pré-natal pode proporcionar a prevenção da violência obstétrica (Tostes;Seidl, 2016; Carvalho;Cerqueira, 2020; Dias *et al.*, 2022) e o não tratamento da cesariana como um parto contribui para romper com esta representação construída nas mulheres durante o processo de medicalização.

A OMS ressalta a importância de focar as necessidades exclusivas de cada mulher durante a gestação, pois os profissionais da assistência pré-natal, diante do que é exposto reforçam a participação da gestante na tomada de decisão sobre o seu parto, favorecendo informações adequadas, incluindo os riscos e benefícios e o apoio emocional como um aspecto fundamental do atendimento de qualidade durante a gravidez (Opas, 2021).

As enfermeiras relataram que, na consulta individual, valorizam a construção do plano de parto e estimulam a participação do acompanhante no processo de parto.

“Eu acho que o plano de parto é o instrumento muito potente para justamente ajudar essa mulher a se paramentar de cuidados em relação a

uma futura violência. Porque ali no plano de parto está escrito tudo que ela quer e o que ela sabe que pode fazer, os direitos dela o que ela deseja isso e se aquilo for violado de alguma maneira[...]ela entender que aquilo é uma violência.” (E08)

“Então eu acho que o plano de parto é um instrumento, muito importante[...]eu vejo um instrumento muito poderoso, em questão de informar elas, a identificar o que possa ser uma violência.” (E13)

“A gente tenta empoderar que esse acompanhante esteja nas consultas para que ele possa se informar junto, porque durante no momento do trabalho de parto[...]a pessoa que está ali de acompanhante é a voz ativa. Então, um acompanhante também muito bem informado garante os direitos da mulher durante o trabalho de parto.” (E11)

O plano de parto é um documento escrito pela gestante, que expressa preferências, valores pessoais, expectativas, medos e necessidades das mulheres, sendo apresentado aos profissionais da assistência ao parto, facilitando a comunicação e o protagonismo da mulher, o que configura numa assistência respeitosa e humanizada (Tesser *et al.*, 2015; Moraes, Yoshioka; Bonini, 2020).

Nesse tocante, o plano de parto foi recomendado após a implantação da Rede Cegonha, como ferramenta para o fortalecimento do empoderamento feminino, maior satisfação com o parto e melhores resultados maternos e neonatais. A adesão do instrumento aos serviços de saúde contribui para a qualidade do cuidado materno-infantil prestado, e, com isso, é recomendado que a enfermeira do pré-natal o elabore junto à gestante, vislumbrando e incentivando suas escolhas no parto (Hidalgo-Lopezosa; Hidalgo-Maestre; Rodríguez-Borrego, 2017; Silva *et al.*, 2019).

Diante disso, para que o plano de parto funcione como um mecanismo de prevenção da violência obstétrica é necessário que as enfermeiras pré-natalistas auxiliem na elaboração, o que não foi evidenciado na pesquisa, apesar do reconhecimento das participantes sobre sua importância.

A função do plano de parto é dar autonomia à mulher sobre suas escolhas e que esta seja respeitada, para contribuir no empoderamento da parturiente e dificultar a violência obstétrica no processo de parir e nascer (Lopes; Buchalla; Ayres, 2007; Moraes; Yoshioka; Bonini, 2020). No entanto, observou-se que as enfermeiras participantes do estudo não realizam elaboração do plano de parto junto à gestante.

No estudo feito por Castelo Branco *et al.* (2022), destaca-se o plano de parto como uma tecnologia potencializadora nos cuidados humanizados e na melhoria da

qualidade na assistência obstétrica. No entanto, o estudo apontou a persistência de alguns desafios relacionados à utilização desta ferramenta quanto à prevenção da violência obstétrica, como a necessidade de maior divulgação do plano de parto entre os profissionais; o estímulo ao seu uso pelas gestantes; inclusão rotineira nos serviços de atenção primária; e o apoio na elaboração para aumentar o índice de cumprimento. Isso corrobora para o apontamento feito nesse estudo.

Em razão disso, outra ferramenta potente na prevenção de futuras violências na assistência ao parto é o acompanhante durante o pré-natal, pois é um fator preditivo para que a gestante também esteja acompanhada durante o parto, quando o mesmo participa e se mune de informações, auxilia a mulher em seu momento vulnerável e reforça o protagonismo durante o processo de parturição (Holanda *et al.*, 2018; Tomasi *et al.*, 2021).

Muitas enfermeiras atuam realizando práticas educativas em grupo no pré-natal. Neste espaço também exercem papel de líderes e educadoras, onde compartilham informações para a prevenção da violência obstétrica no processo de trabalho de parto.

“[...]eu falo mais do processo do trabalho de parto, porque onde eu vejo mais acontecer a violência, não que nas outras partes não aconteça, mas quando eu falo, eu falo mais da obstétrica no parto mesmo, para elas saberem até o que é, porque elas não sabem né. Muitas pedem corte achando que é natural, se não fizer, algo errado está acontecendo. Então, eu faço questão de falar disso no grupo[...]” (E10)

“a gente faz grupo de gestantes para poder falar sobre técnica de respiração, fazer exercício na bola[...]o objetivo maior é desenvolver muito a autonomia delas[...]elas têm de cobrar, elas têm direito de cobrar, que elas têm que cobrar tantas vezes[...]cobrar pela atenção que você quer receber[...]Então a gente conversa muito isso para elas saberem que elas têm direito de falar, tem voz e falar o que elas querem[...]” (E09)

“[...]a gente tem um momento da manhã, que a gente chama de sala de espera. A sala de espera pode ser feita em qualquer momento dentro da unidade, seja de manhã, se de tarde, enfim[...]Falar sobre as gestantes, que é interessante acompanhar a gestante no pré-natal, é importante estar junto, que ela precisa ter esse apoio durante o puerpério, durante a gestação, que uma gestante na gestação que tem essas pessoas próximas dela, ela tem menos risco de sofrer violência.” (E05)

Nessa perspectiva, destaco a importância da educação em saúde, nas ações educativas, através dos grupos de gestante, nas rodas de conversa nas salas de espera, que, quando desenvolvidas durante o pré-natal, não somente favorecem a gestante com informações sobre a gravidez, como também estimulam e

incentivava a autonomia, o fortalecimento do protagonismo e o poder de escolha diante do ciclo gravídico-puerperal (Andrade, *et al.*, 2017; Costa *et al.* 2020)

As atividades educativas realizadas em grupo devem ser claras e compreensíveis, a fim de promover orientações sobre vários assuntos, e principalmente sobre o parto e nascimento, respeitando a cultura, necessidades e o saber de cada mulher. Essas atividades educativas, no processo de cuidar, permitem uma melhor adesão ao pré-natal, contribui com saberes e conhecimentos para uma assistência humanizada e uma relação interpessoal de aproximação entre profissionais e as mulheres (Borges *et al.*, 2019; Lima; Sousa; Passos, 2022).

5.3.3 Fase de exploração e resolução: Empoderamento e autonomia das mulheres após as ações de cuidado das enfermeiras e suas interfaces com a prevenção da violência obstétrica

Nas fases de Peplau denominadas de exploração e resolução, as participantes da pesquisa perceberam, no retorno das mulheres no pós-parto e no final da gravidez, que muitas gestantes exerceram o protagonismo/empoderamento no seu processo de parto e que agregaram informações para a prevenção da violência obstétrica.

“Eu consigo perceber pela questão do empoderamento delas. É questão do trabalho de parto mesmo, é de livre posição de escolha[...]parir na banqueta, parir de quatro apoios, parir em posições não tradicionais, e isso é muito legal quando elas conhecem as tecnologias não invasivas. Então, quando elas chegam na maternidade, solicitam por exemplo, utilizar a bola, que tem a aromaterapia, que tem a penumbra[...]”(E11)

“É muito bonitinho ver uma gestante toda retraída, que ela não sabe nada no pré-natal e chegar lá no final, ela está com nove meses, toda empoderada do que é o direito dela[...]elas sabem do que é direito delas, elas têm a certeza que elas vão ter o acompanhamento, que elas não vão poder ser rasgadas porque umas falam: ‘não, não é natural, é melhor ter a dúvida se vai precisar levar o ponto ou não, do que você ser cortada desnecessariamente’. Então é legal você vê a construção de que elas entenderam e está mais preparada[...]”(E06)

“[...]elas voltam contando experiências totalmente diferente, as vezes elas voltam contando experiência ruim, mas a maioria volta contando que: ‘fui lá e quis ganhar meu neném de cócoras e deixaram eu ganhar meu neném de cócoras, por que eu falei que queria que fosse assim’. Elas voltam contando

que elas realmente conseguiram impor uma coisa que elas queriam[...] (E09)

Diante do exposto, as ações realizadas pelas enfermeiras pré-natalistas corroboraram para o empoderamento feminino no ciclo gravídico-puerperal, e com isso, entende-se que o empoderamento é o resultado do compartilhamento de informações, recursos e oportunidades que fortalecem o conhecimento, a participação e os direitos das mulheres no serviço de saúde para as decisões sobre seu corpo no processo de parto e nascimento (Jardim; Silva; Fonseca, 2019; Cabral; Rangel, 2022).

Para que a mulher tenha uma experiência positiva no trabalho de parto e parto, é necessário, entre outros cuidados, proporcionar e incentivar a autoestima, a competência e a autonomia durante o pré-natal. Esse estímulo ao poder de decisão sobre o corpo faz parte dos objetivos da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento e é inerente às diretrizes da Rede Cegonha (Malheiros *et al.*, 2012; Jardim; Silva; Fonseca, 2019).

Diante disso, fica perceptível a influência que as ações na assistência pré-natal podem exercer para a autonomia no parto e no conhecimento das mulheres sobre os direitos do período gravídico-puerperal, e que o empoderamento está relacionado para a prevenção da violência obstétrica (Jardim, Silva; Fonseca, 2019).

As enfermeiras avaliaram as relações de cuidado estabelecidas com a mulher, tornando-a independente, sendo concluída a fase de resolução descrita por Hildegard E. Peplau, em que a enfermeira percebeu que a mulher não necessita mais do suporte dela.

“[...]a gente vai os nove meses com ela, bem de pertinho, quando ela pariu, ela fala como foia experiência dela, o que ela passou: ‘Ah, eu lembrei do que você falou’, ‘eu lembrei daquilo que vocês me orientaram, aqui’. Tudo que a gente orientou aqui nos grupos e tudo nas consultas, elas falam que serviram, serviu lá na hora, ‘ah, eu me lembrei que você falou isso’. Então são coisas que a gente vê que realmente surgiu efeito.” (E04)

“[...]quando elas voltam pra consulta de puerpério, elas falam: ‘você me falou aquilo, e era mesmo’, ‘eu consegui fazer assim, assado’. Então a partir do feedback delas que eu consigo ver também esses efeitos. Quando eu vejo, por exemplo, um bebê em aleitamento exclusivo até os seis meses, que valeu a pena começar a falar sobre aquilo desde o início pré-natal[...]Então são coisas que é o feedback que elas trazem para mim, que fazem com que eu saiba que alguma coisa está fazendo efeito.” (E08)

Na fase de resolução, abordada na teoria, o usuário apresenta-se pronto e independente da relação interpessoal, ou seja, se sente livre e fortalecido para agir por si mesmo, sem a dependência do profissional (Moraes; Lopes; Braga, 2006). Em razão disso, observou-se que a relação enfermeira/gestante proporcionou às mulheres, após as ações individuais ou em grupos, uma autonomia no processo de parto e nascimento.

Nessa perspectiva, as ações de cuidado das enfermeiras com as gestantes, através das práticas educativas no pré-natal, estabeleceram empoderamento dessas mulheres. Essas foram sinalizadas pelas enfermeiras como pontos positivos e qualificadores da assistência realizada, contribuindo para o preparo do parto, e assim, prevenindo as práticas invasivas e intervencionistas (Lemos; Madeira, 2019)

Finalizar o cuidado no pré-natal não significa desfazer o vínculo estabelecido, com isso, as enfermeiras relataram que os laços construídos ao longo do processo de cuidar perpetuam no puerpério.

“A consulta de acolhimento mãe, pai e bebê é um dos momentos em que a gente percebe que deu certo[...]a gente criou vínculo, conseguiu gerar cuidado, conseguiu manter uma atenção plena a essa usuária e, o resultado que deu certo é quando elas voltam[...]elas conseguem retornar e dar continuidade ao cuidado, que agora não é só com ela é com o bebê também, com o recém-nato. Então, isso deu certo quando ela volta e acredita no nosso trabalho, demonstra essa confiança. (E11)

“[...]a mulher retorna contando as suas experiências, de como foi, se era aquilo mesmo que ela esperava, senão foi aquilo que ela esperava. Então assim, a cada retorno de acolhimento mãe e bebê, é também, um parâmetro pra gente poder melhorar. Eu sempre vejo isso. Toda gestante que volta pra poder fazer o acolhimento, eu vejo como parâmetro, do que ela traz de negativo, de positivo, pra gente na unidade melhorar[...] (E13)

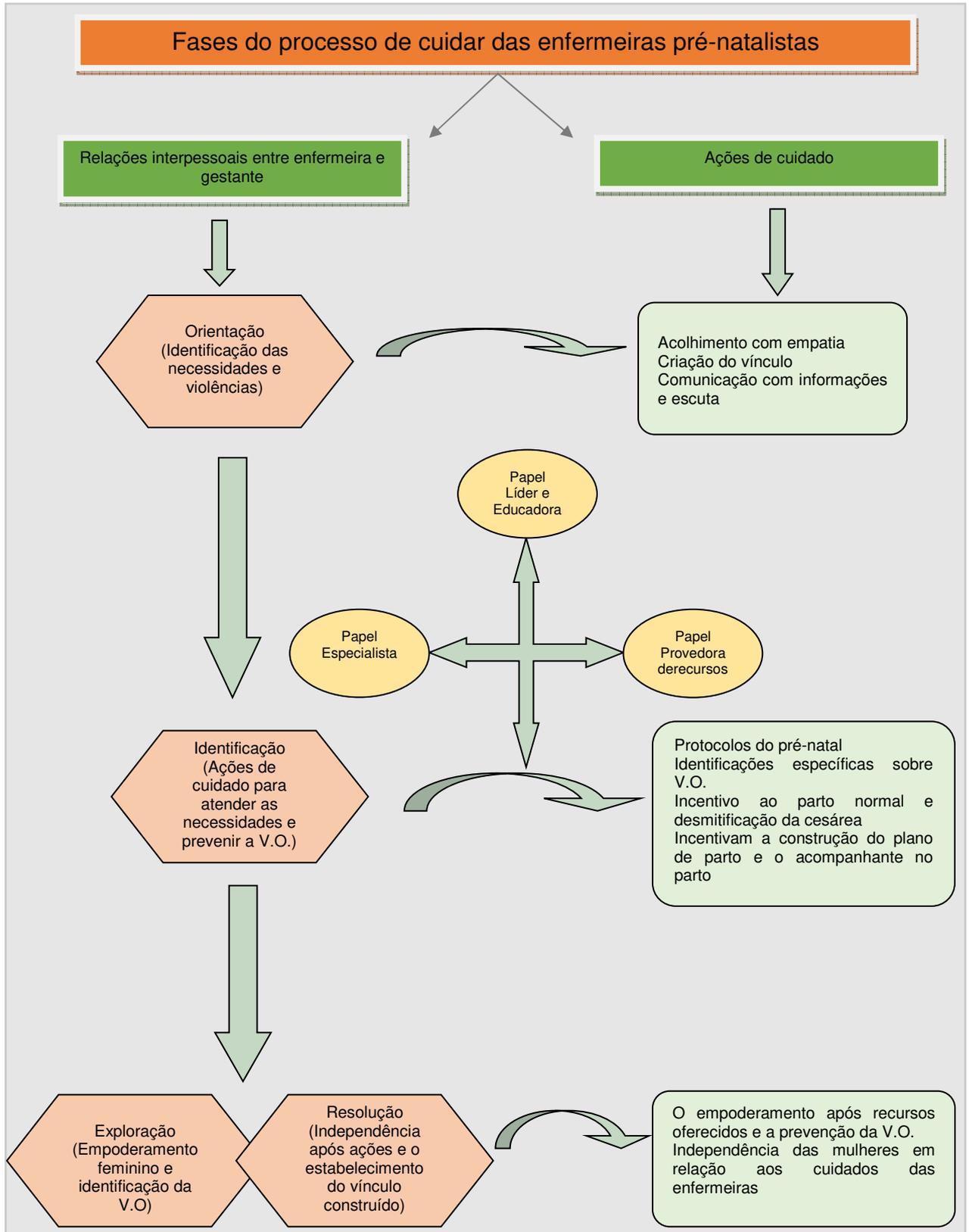
A construção do vínculo, na relação interpessoal estimula as enfermeiras a se responsabilizarem pela promoção da saúde e bem-estar dessas mulheres, mesmo após o pré-natal. O vínculo possibilita que as profissionais se tornem referência e desenvolvam um cuidado voltado para o cotidiano, alheio às normas e aos protocolos, sendo construído a partir das necessidades dessas mulheres, voltado para o contexto em que estão inseridas (Guelber; Alves; Almeida, 2019).

Sendo assim, observou-se que a assistência das enfermeiras, através do acolhimento, cuidado, empatia, diálogo e da promoção de atividades de educação em saúde, favoreceu para a continuidade do vínculo no puerpério. Deste modo, é

possível inferir que a satisfação das mulheres está estreitamente associada à construção de uma relação interpessoal respeitosa (Oliveira *et al.*, 2021).

Percebe-se que o relacionamento interpessoal é mais valorizado do que os procedimentos técnicos realizados, e que as enfermeiras relacionam a qualidade da assistência ao vínculo criado, proporcionados durante as consultas e atividades do pré-natal (Ortigara; Carvalho; Pelloso, 2015).

Figura 4 - Esquema das ações na prevenção da violência obstétrica realizadas no processo de cuidar das enfermeiras pré-natalistas na perspectiva da teoria relações interpessoais de H. Peplau



CONCLUSÃO

Com o presente estudo, buscou-se conhecer ações no pré-natal para a prevenção da violência obstétrica: contribuições das enfermeiras à luz de Hildegard Peplau. Para tanto, foram traçados os objetivos de conhecer as percepções das enfermeiras pré-natalistas acerca da violência contra a mulher; identificar as ações para a prevenção da violência obstétrica desenvolvidas pelas enfermeiras durante o processo de cuidar no pré-natal e discutir, à luz da Teoria das Relações Interpessoais, o processo de cuidar das enfermeiras pré-natalistas, com foco na prevenção da violência obstétrica.

Utilizou-se o referencial teórico da Teoria das Relações Interpessoais, proposto por Elizabeth Hildegard Peplau, sendo possível aplicar as fases e alguns papéis descritos pelas enfermeiras pré-natalistas.

Foi observado que as enfermeiras percebem que a violência obstétrica é uma forma específica de violência contra as mulheres, que acontece não só durante o parto, mas também durante a gestação. E ainda, reconhecem que as violências contra as mulheres estão relacionadas com as vulnerabilidades de raça/cor, gênero e classe das mulheres.

No estudo, as enfermeiras entendem que, no ciclo gravídico-puerperal, a violação de direitos, o desrespeito ao protagonismo e práticas obstétricas invasivas são uma violência obstétrica, além de ofensas verbais que afetam o emocional e a privação de ter um acompanhante no contexto do trabalho de parto e parto.

O estudo evidenciou que o estabelecimento da relação interpessoal enfermeira/gestante com acolhimento e empatia, proporciona um vínculo de confiança que permite identificar as necessidades, e que, a comunicação e escuta possibilita compreender as necessidades e as possíveis violências sofridas pelas mulheres.

Após as identificações das necessidades e as ações de cuidado na prevenção da violência obstétrica implementadas durante as consultas individuais e nos grupos de gestantes, as enfermeiras exercem os papéis de especialistas, educadoras, líderes, provedoras de recursos que desenvolvem através de protocolos do pré-natal, orientações específicas sobre violência obstétrica, incentivo

ao parto normal, desmistificação da cesárea, incentivo à construção do plano de parto e o acompanhante no parto.

O plano de parto é uma ferramenta essencial na prevenção da violência obstétrica, e o estudo identificou que as enfermeiras pré-natalistas não elaboram junto com as gestantes, mas somente incentivam, o que não contribui para a autonomia e empoderamento das mulheres. Outro exposto foi a cirurgia cesariana ainda ser referenciada pelas enfermeiras como um tipo de parto, o qual reforça a escolha das mulheres devido ao medo da dor. Tais fatos reforçam o modelo biomédico existente no ciclo gravídico-puerperal. Deixa-se aqui esse apontamento para estudos posteriores de como ações não realizadas no pré-natal e o desconhecimento de termos na desmistificação do modelo de assistência podem reforçar a violência obstétrica.

Ao realizarem as ações, as enfermeiras conseguem estimular o empoderamento das mulheres. Dessa forma, elas conseguem explorar todos os recursos oferecidos pelas profissionais, ofertados no pré-natal e prevenir a violência obstétrica. E isso proporciona a continuação do vínculo que foi criado no início da relação interpessoal, na assistência pré-natal.

Compreende-se que as relações interpessoais são construídas a partir da escuta, comunicação, acolhimento e vínculo estabelecidos e, posteriormente, pelas ações manejadas pelas profissionais. Dessa forma, é imprescindível que as enfermeiras busquem de modo permanente o desenvolvimento dessas habilidades e o aperfeiçoamento das relações interpessoais, pois a falta ou limitação deles pode tornar essas relações distanciadas e/ou superficiais, dificultando a prevenção da violência obstétrica, visto que as mulheres se sentem mais confiantes ao estabelecerem uma relação mais profunda com as enfermeiras pré-natalistas.

Como limitações do estudo, destaca-se que, por se tratar de um estudo local realizado com enfermeiras residentes no estado do Rio de Janeiro, os achados exigem cautela quanto à generalização, uma vez que podem não representar a diversidade da população feminina, a qual possui identidades diversas e se encontra delimitada por contextos socioeconômicos. Outra limitação se deve ao fato de que apenas enfermeiras pré-natalistas foram entrevistadas, e quatro possuem especialização em enfermagem obstétrica, o que permite uma limitação de conhecimento sobre o contexto da violência obstétrica.

Apesar dessas limitações, o estudo permitiu investigar as concepções teóricas sobre as relações interpessoais, articulando com a teoria de Peplau. Além disso, o trabalho contribuiu, também, para a prática das enfermeiras do pré-natal, ao mostrar a importância de desenvolver relações interpessoais mais profundas com as gestantes, a fim de torná-las seguras e incentivar seu empoderamento, na prevenção da violência obstétrica.

Foi visto que o estudo permitiu aprofundar as concepções teóricas sobre as relações interpessoais, apoiadas nas práticas das enfermeiras pré-natalistas, e promover uma reflexão sobre as ações de cuidado no pré-natal, na prevenção da violência obstétrica. Além disso, o trabalho veio a contribuir, também, para a prática das enfermeiras, ao mostrar a importância de valorizar a relação interpessoal formada.

Sugere-se a realização de novos estudos que abordam a perspectiva das mulheres e enfermeiras da assistência pré-natal, e que se aprofundem na abordagem relacional no processo de cuidar.

REFERÊNCIAS

ANDRADE L.F.B., *et al.* Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência, Rio de Janeiro. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, p.: 1-7, 2017

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS. Nota Pública em defesa da enfermagem obstétrica e em defesa dos centros de parto normal no Brasil. Brasília: Abenfo, 2022.

ALLIGOOD, M.R.; TOMEY, A.M. Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise. *In*: TOMEY, A.M., ALLIGOOD M.R. **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**: modelos e teorias de enfermagem. Portugal: Lusodidacta, 2004. p. 3-13.

ALMEIDA, B. C. D. S. **Negociações das enfermeiras obstétricas frente a não adesão das mulheres às tecnologias não invasivas de cuidado**. 2021. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

ALMEIDA, V. D. C. F. D.; LOPES, M. V. D. O.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 39, n. 2, p. 202–210, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000200011&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2024.

ALVES, D. A. **Vulnerabilidades sociais de mulheres gestantes e sua relação com o cuidado pré-natal**. 2022. Monografia (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2022.

AMTHAUER, C.; KASPARY, D.; STUELP, M.; ALVES, M. D. V.; BALBINOT, M. A. VULNERABILIDADE EM SAÚDE ENFRENTADA PELA POPULAÇÃO NEGRA. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc**. São Miguel do Oeste, v. 5, p. e27062, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/27062>. Acesso em: 30 set. 2023.

ANVERSA, E. T. R. *et al.* Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 28, n. 4, p. 789–800, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2024.

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. Atendimento a pessoas em situação de violência pelo Sistema Único de Saúde. *In*: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. **Novas e velhas faces da violência no Século XXI**: visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017, p. 271-295.

BALASKAS, J. **Parto Ativo**: guia prático para o parto natural. 3ª ed. São Paulo: Ground Aquariana, 2016.

BALBINOTTI, I. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. **Revista ESMESC**, [S. l.], v. 25, não. 31, pág. 239-264, 2018.

BARBOZA, H. H. G.; ALMEIDA JUNIOR, V. D. A. (Des)Iguuldade de gênero: restrições à autonomia da mulher. **Pensar - Revista de Ciências Jurídicas**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 240–271, 2017. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rpen/article/view/5409>. Acesso em: 28 jun. 2024.

BARCINSKI, M.; CÚNICO, S. D. Mulheres no tráfico de drogas: retratos da vitimização e do protagonismo feminino. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, [S. l.], v. 16, p. 59-70, 2016.

BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. (org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESq; ABRASCO, 2005. p. 131-152.

BELCHER, J.R.; FISH, L.J.B.; PEPLAU, H.E. Hildegard E. Peplau. In: GEORGE, J. B. *et al.* (colaboradores) **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Artmed; 2000, p.: 45-58.

BERTELONI, G. M. de A. **Violência sexual facilitada por drogas: caracterização e experiências de mulheres atendidas em um hospital especializado do Paraná**. 2021. 164f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Paraná, 2022.

BOHM D. **Diálogo: comunicação e redes de convivência**. São Paulo: Palas Athena; 2005.

BOHRER, V.; MACHADO, M. C.M. **Violência obstétrica e suas implicações no processo de parto: uma revisão de literatura**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/b63bed31-a4c9-4084-917f-356cb013d3f2>. Acesso em: 29 jun. 2024.

BORGES, C. M. R.; LUCCHESI, G. B. O machismo no banco dos réus: uma análise feminista crítica da política criminal brasileira de combate à violência contra a mulher. **Revista da Faculdade de Direito UFPR**, [s. l.], v. 60, n. 3, p. 217, 2015. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/direito/article/view/41788>. Acesso em: 22 jun. 2024.

BORGES, J. W. P. *et al.* Compreensão da relação interpessoal enfermeiro-paciente em uma unidade de atenção primária fundamentada em Imogene King. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 9, 2019. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/3011>. Acesso em: 24 jun. 2024.

BORTOLI, *et al.* Fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal. **Rev. Pesqui.** (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), [S. l.], p. 978–983, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-908496>. Acesso em: 30 jun. 2024.

BOUSSO, R. S.; POLES, K.; CRUZ, D. A. L. M. Nursing concepts and theories. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 48, n. 1, p. 141–145, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/BpDkhRpD4mz5mw39sm6bQkJ/?lang=pt>. Acesso em: 1 jul. 2024.

BOWSER, D.; HILL, K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis**. Bethesda, Maryland: USAID-TRAction Project; 2010. Disponível em: https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen n. 516/2016**, alterada pelas resoluções Cofen n. 524/2016 e 672/2021. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016/>. Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Tecnologia da informação a serviço do SUS. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos – Brasil. Brasília: DataSUS, 2022a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Tecnologia da informação a serviço do SUS. Nascidos vivos – Brasil. Brasília: DataSUS, 2022b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>; Acesso em: 05 jul. 2022.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS, Tecnologia da informação a serviço do SUS. Nascidos vivos no Estado do Rio de Janeiro. Brasília: DataSUS, 2023. Disponível em: <https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/tabcgi.exe?sinasc/nascido.def>; Acesso em: 02 dez. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde**: APPMS [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf. Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada a mulher. Brasília: MS, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 985**, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, Brasília. 05 ago. 1999. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria_985_1999_cpn.pdf Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/biblio-1450860>. Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000. Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando [...]. Brasília: MS, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS n. 715**, de 4 de abril de 2022. (REVOGADO PELA PRT GM/MS Nº 13 DE 13.01.2023). Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). (Revogado pela PRT GM/MS nº 13 de 13.01.2023). Brasília: MS, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0715_06_04_2022.html. Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: MS, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 23 jun. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 11.108**, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Casa Civil, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 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: Casa Civil, 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.634%2C%20DE%2027,

do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.. Acesso em: 22 jun. 2024.

BRITO, F. M. S. **As principais ações desenvolvidas pelo enfermeiro na consulta do pré-natal**, [S. l.]: UNICEBEU, 2021. Disponível em:

<https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/15530>. Acesso em: 24 jun. 2024.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p.97-103, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100014>. Acesso em:24 jun. 2024.

BROWN, B. **Dare to lead**: brave work, tough conversations, whole hearts. New York: Random House, 2018.

CABRAL, C. P.; RANGEL, T. L. V.. Autonomia sobre o corpo feminino?: O (ir)reconhecimento do direito à laqueadura como direito reprodutivo no ordenamento brasileiro. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 9, n. 25, p. 38–55, 2022. DOI: 10.5281/zenodo.5811108. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/526>. Acesso em: 16 out. 2023.

CALLOWAY B. **Hildegard Peplau**: Enfermeira psiquiátrica do século. Nova York: Springer, 2002. Disponível em: <https://lusodidacta.pt/enfermagem/281-hildegard-peplau-a-enfermeira-psiquiatrica-do-seculo>. Acesso em: 24 jun. 2024.

CAMACHO, K. G.; PROGIANTI, J. M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 646-53, 2013.

CAMPOS, M.L.; VELEDA, A.A.; COELHO, D.F.; TELO, S.V. Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. **Journal of Nursing and Health**. Pelotas, v. 6, n. 3, p. 379-390, Dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/7949/6916> Acesso em: 24 jun. 2024.

CARDOSO, S. L. *et al.* Ações De Promoção Para Saúde Da Gestante Com Ênfase No Pré-Natal. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 180–186, 2019. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/654>. Acesso em: 20 nov. 2023.

CARDOSO, T. P. *et al.* O corpo feminino invadido: recortes da construção social de um corpo público/objetificado. **Gênero & Direito**, [S. l.], v. 9, n. 2, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/49726>. Acesso em: 21 jun. 2024.

CARNEIRO, S. **Mulheres negras e violência doméstica**: decodificando os números. São Paulo: Geledés Instituto da Mulher Negra, 2017.

CARVALHO, S. S.; CERQUEIRA, R. F. N. Influência do pré-natal na escolha do tipo de parto: Revisão de literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 63, 2020.

CAVALCANTI, P. C. S. **O modelo lógico da Rede Cegonha**. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

CASTELO BRANCO, J. S. M. *et al.* A importância do plano de parto para autonomia da parturiente. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 7, p. e43911730102-e43911730102, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/30102>. Acesso em: 24 jun. 2024.

CASTRO, C.; RATES, S. Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. **Interdisciplinaria**, [S. l.], p. 209–223, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1279217>. Acesso em: 22 jun. 2024.

CASTRO, A. B. C.; SANTOS, J. S.; SANTOS, J. S. Gênero, patriarcado, divisão sexual do trabalho e a força de trabalho feminina na sociabilidade capitalista. **Anais do VI Seminários CETROS sobre Crise e mundo do trabalho no Brasil**, [S. l.], p. 22-24, 2018.

CERQUEIRA, D. *et al.* (coord.). **Atlas da Violência 2019**. São Paulo: FBSP, 2019. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/682/simple-search?query=&sort_by=score&order=desc&rpp=10&filter_field_1=author&filter_type_1=equals&filter_value_1=Alves%2C+Paloma+Palmieri&etal=0&filtername=author&filterquery=Cerqueira%2C+Daniel+Ricardo+de+Castro&filtertype=equals. Acesso em: 22 jun. 2024.

CERQUEIRA, D. *et al.* (coord.). **Atlas da Violência 2021**. São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/211203_atlas_da_violencia_2021.pdf. Acesso em: 22 jun. 2024.

CHAKIAN, S. Lei Maria da Penha: um basta à tolerância e banalização da violência contra a mulher. *In*: GALVÃO, I. P. **Violência doméstica e familiar contra a mulher**: um problema de toda a sociedade. São Paulo, SP: Editora Paulinas, 2019, p.: 49-66.

CHERON, C. *et al.* Um recorde lamentável: o número de mortes maternas por Covid-19 no Brasil e a violência obstétrica. *In*: COLOMBY, R. K.; SALVAGNI, J.; CHERON, C. (org.). **A Covid-19 em Múltiplas Perspectivas**. Goiânia: Espaço Acadêmico, 2020. (Saúde, psicologia e direitos humanos). v. 3, p. 220–240.

COELHO, E. B. S. *et al.* (org.). **Políticas públicas no enfrentamento da violência**. Curso Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros

Íntimos - Modalidade a Distância. [recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

COLLING, A. M. Violência contra as mulheres—herança cruel do patriarcado. **Revista Diversidade & Educação**, [S. l.], v. 8, n. Espec, p. 171–194, 2020. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/divedu/article/view/10944>. Acesso em: 24 jun. 2024.

CONCEIÇÃO, R. G. S. D. *et al.* Assistência qualificada no pré-natal como prevenção da violência obstétrica: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 8, p. e34910817505, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17505>. Acesso em: 22 jun. 2024.

COSTA, C. S. C. *et al.* Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 516–522, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/15635>. Acesso em: 22 jun. 2024.

COSTA N. Y. *et al.* O pré-natal como estratégia de prevenção a violência obstétrica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 12, n. 12, p. e4929, 2020.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em debate**, [S. l.], v. 39, p. 514-524, 2015.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 171–188, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 1 jul. 2024.

CUNHA, B. M. **Violência contra a mulher, direito e patriarcado**: perspectivas de combate à violência de gênero. XVI Jornada de iniciação científica de direito da UFPR. Curitiba, 2014.

D' ANTONIO, P. Relações, realidade e reciprocidade com ambientes terapêuticos: um estudo de caso histórico. **Arquivos de Enfermagem Psiquiátrica**. [S. l.], v. 18, p.: 11 – 16, 2014.

DIAS, B. A. S. *et al.* Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. [S. l.], v. 38, n. 6 2022, e00073621. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT073621> <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN073621>. Acesso em: 24 jun. 2024.

DINIZ, S. G. *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 377, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080>. Acesso em: 22 jun. 2024.

ENGEL, C. L. **A Violência contra mulher**. IPEA: [S. l.], 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10313>. Acesso em: 24 jun. 2024.

FELIX, F. de O. *et al.* **Violência nas relações afetivas íntimas de adolescentes em situação de acolhimento institucional**: perspectiva dos profissionais cuidadores. 2018.

FERREIRA, H.; COELHO, D.; CERQUEIRA, D.; ALVES, P.; SEMENTE, M. **Elucidando a prevalência de estupro no Brasil a partir de diferentes bases de dados**. IPEA: [S. l.], 2022: Policybrief; <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1694-pbestuprofinal.pdf> Acesso em: 12 out. 2023

FIRMINO, K. C. *et al.* Percepção da mulher frente à dor do Parto. **Rev. Ciênc. Plur**, [S. l.], p. 87-101, 2020.

FLORENCIO, R. S.; MAGALHÃES, M. Modelo de vulnerabilidade em saúde: esclarecimento conceitual na perspectiva do sujeito-social. **Acta Paulista de Enfermagem**, [São Paulo.], v. 34, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/j5R4zLdBMPzwyPjKqYRHsFz/>. Acesso em: 24 jun. 2024.

FRANECZEK, M. Violence obstétricale: essai de définition à partir de la littérature scientifique. **Cnrs.fr**, [S. l.], p. 41, 2018. Disponível em: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01946490>. Acesso em: 22 jun. 2024.

FRANZOI, M.A. H. *et al.* Teoria das relações interpessoais de Peplau: uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. **Revenferm UFPE online.**, Recife, v. 10, n. 4, p. 3653–3661, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/11140>. Acesso em: 22 jun. 2024.

FREITAS, J. B. **Relações interpessoais entre enfermeiras obstétricas e as mulheres**: contribuições de Hildegard E. Peplau ao processo de cuidar. 2023. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. [S. l.]: Fiocruz, 2017.

FREITAS, J. M. D. S.; NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R. A. Q. Obstetric practices performed by nurse-midwives of a hospital natural birth center. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 23, n. 4, p. e20190112, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000400206&tlng=en. Acesso em: 22 jun. 2024.

GARCIA, D. Criminologia e interseccionalidade: a criminologia interseccional enquanto nova abordagem criminológica. **Boletim IBCCRIM**, [S. l.], v. 28, n. 336, p. 11–14, 2024. Disponível em:

https://publicacoes.ibccrim.org.br/index.php/boletim_1993/article/view/961. Acesso em: 24 jun. 2024.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem, a base para a prática da profissão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GOMES, K. S. Violência contra a mulher e Covid-19. **Revista Espaço Acadêmico**, [S. l.], v. 20, n. 224, p. 119-129, 21 set. 2020.

GONÇALVES, C. F. G. *et al.* Violência nas relações de intimidade envolvendo adolescentes: perspectivas e desafios para a educação e saúde. **Revista Caravana**, [S. l.], v. 4, n. 2, 2019.

GUELBER, F. A. C. P.; ALVES, M. S.; ALMEIDA, C. P. B. A construção do vínculo das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família com as gestantes HIV positivo. **Rev. pesquis. cuid. fundam.** (Online), [S. l.], v. 11, n. 4, p. 976-983, jul./set, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005386>. Acesso em: 1 jul. 2024.

GUERREIRO, E.M.; *et al.* Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 67, n. 1, p. 13-21, 2014.

GUIMARAES, L. B. E.; JONAS, E.; AMARAL, L. R. O. G. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2018000100205&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 jun. 2024

HELFENSTEIN M. D.; ROCHA, A. **História social da AIDS no mundo: a vulnerabilidade dos sujeitos**. [S. l.]: Mann, Tarantola and Netter, 2016.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. **Revista latino-americana de enfermagem**, [S. l.], v. 25, n. 0, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/zKhxQqt9zr3RJn3GPGkhZTp/#>. Acesso em: 1 jul. 2024.

HOLANDA, E. R. *et al.* Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 31, n. 1, 2018.

HOWK, C.; HILDEGARD; E. Peplau: Enfermagem Psicodinâmica. *In*: TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. Portugal: Lusodidacta; 2004. p. 423-435.

KRUG, E. G. *et al.* (orgs). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

JANTSCH, N.; SCHUSTER, R. V. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto: uma revisão integrativa. **Revista Destaques Acadêmicos**, [S. l.], v. 12, n. 3, 2020.

- JARDIM, M. J. A.; SILVA, A. A.; FONSECA, L. M. B. Contribuições do enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante. **Rev. pesquis. cuid. fundam.** (Online), [S. l.], p. 432–440, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-969671>. Acesso em: 24 jun. 2024.
- LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, p. 2811-2824, 2019.
- LANSKY, S.; FIGUEREDO, V. O. Acolhimento e vinculação: diretrizes para acesso e qualidade do cuidado perinatal. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos Humaniza SUS; v. 4). p. 155-170.
- LEAL, M. do C. *et al.* **Nascer no Brasil**: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Rio de Janeiro: ENSP; Fiocruz, 2020.
- LEMOS, A. P. S.; MADEIRA, L. M. Assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro obstetra: a percepção da puérpera. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 9, 2019.
- LIMA, C. B. Atos Normativos do COFEN em vigor – Resolução COFEN 233/1999. *In*: Lima C. B. **Dispositivos Legais Norteadores da Prática da Enfermagem**. 2ª ed. João Pessoa: Bezerra de Lima; 2007. p. 80-81.
- LIMA, A. S. **O trabalho da enfermeira na atenção básica**: uma revisão sistemática. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011
- LIMA, I. M. D.; SOUSA, C. S.; PASSOS, S. G. Ações do enfermeiro nas práticas educativas em saúde à gestante. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, v. 5, n. 10, p. 68–76, 2022. Disponível em: <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/336>. Acesso em: 24 jun. 2024..
- LIMA, W. S. *et al.* Assistência ao parto e suas mudanças ao longo do tempo no Brasil. **Multidebates**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 41-55, 2018
- LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.] v. 41, n. suppl 2, p. 39-46, 2007
- LUCENA, M. B. N. **Morte violenta de mulheres no Brasil e novas vulnerabilidades**: da violência do patriarcado privado à violência do patriarcado público. TEDE PUCRS, [S. l.], 2020. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/9577>. Acesso em: 30 jun. 2024.
- MACHADO, A. “Violência urbana”, segurança pública e favelas: o caso do Rio de Janeiro atual. **Caderno CRH**, [S. l.], v. 23, n. 59, p. 283–300, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ccrh/a/GKPh5kRxjqKDHpWjYdPn3pn/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2024.

MACIEL, F. B. M.; SANTOS, H. L. P. C. dos; PRADO, N. M. de B. L. Contribuições técnicas e socioculturais da prevenção quaternária para a atenção primária à saúde: caminhos e desafios. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2571, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2571. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2571>. Acesso em: 22 jun. 2024.

MALHEIROS, P. A. *et al.* Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. Texto & contexto enfermagem, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 329–337, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/fCNNkHPTLqGMnZSHSpj9s6D/>. Acesso em: 24 jun. 2024.

MALTA, M; CARMO, E. D. A Escuta Ativa como Condição de Emergência da Empatia no Contexto do Cuidado em Saúde. **Atas de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 9, p. 41-51, jan./dez, 2020. Disponível em: <https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/download/2371/1611>. Acesso em: 24 jun. 2024.

MANFREDA, L. **As raízes da enfermagem interpessoal**. [S. l.: s. n.], 1982.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (orgs). **A AIDS no mundo: história social da AIDS**. Rio de Janeiro: Relumé Dumará: ABIA:IMS, UERJ, 1993.

MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 97–119, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>. Acesso em: 10 jun. 2024.

MARTINS, A. P. A.; CERQUEIRA, D. R. C.; MATOS, M. V. M. **A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil** (versão preliminar). Brasília; IPEA; 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-991878>. Acesso em: 24 jun. 2024.

MEDEIROS, G. F.; MACHADO, J. M. K. M. Mulheres Negras e Violência Doméstica: O desafio da articulação de gênero e raça. **Revista De Estudos Interdisciplinares Do Vale Do Araguaia-REIVA**, [S. l.], v. 4, n. 02, 2021

MENDONÇA, F. A. C. *et al.* Acolhimento e Vínculo na Consulta Ginecológica: Concepção de Enfermeiras. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 57-64, 2011

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MONTEIRO, P. G. A guerra dos homens e a vida das mulheres. As interfaces entre planejamento urbano, violência contra a mulher e segurança pública no Rio de

Janeiro, Brasil. **Revista brasileira de estudos urbanos e regionais**, [S. l.], v. 23, 2021.

MORAES, C. A.; YOSHIOKA, A. R. C.; BONINI, G. M. Análise do plano de parto como mecanismo de prevenção da violência obstétrica sob a ótica dos direitos da personalidade. **Revista de Biodireito e Direito dos Animais**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 18–18, 2020. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistarbda/article/view/7025>. Acesso em: 1 jul. 2024.

MORAES, L. M. P.; LOPES, M. V. D. O.; BRAGA, V. A. B. Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 228–233, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200016&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2024.

MOURA, R. C. D. M. *et al.* Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Enfermagem em Foco**, [S. l.], v. 9, n. 4, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1333>. Acesso em: 22 jun. 2024.

MURARO, R. M. Breve introdução histórica. *In*: KRAEMER, H.; SPRENGE, J. **O martelo das feiticeiras: *Malleus maleficarum***. Rio de Janeiro: BestBolso, 2015. p.: 19 - 32.

NACIONES UNIDAS. **Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica**. ONU: Distr. General; España, 11 de julio de 2019.

NASCIMENTO, D. S. *et al.* Assistência de enfermagem ao pré-natal na atenção básica: uma revisão integrativa. **Revista Artigos**. [S. l.], v. 27, p. e7219-e7219, 2021.

NASCIMENTO, V. F. *et al.* Perfil de orientações recebidas no pré-natal no interior de Mato Grosso, Brasil. **Enfermería actual en Costa Rica**, [S. l.], n. 39, 2020. Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/39083>. Acesso em: 22 jun. 2024.

NASCIMENTO, D. E. M. D. *et al.* Vivências sobre violência obstétrica: Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto. **Nursing** (São Paulo), [s. l.], v. 25, n. 291, p. 8242–8253, 2022. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2662>. Acesso em: 22 jun. 2024.

NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da violência na saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

NJAINE, K. *et al.* **Impactos da Violência na Saúde** [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: ENSP: Fiocruz, 2020.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 25, n. 9, p. 2012–2020, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900015&lng=pt&lng=pt. Acesso em: 22 jun. 2024.

OLIVEIRA E.C., *et al.* A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros, Brasil. **Revista Científica Fac Mais**. [S. l.], v. 7, n. 6, p. 25-38, 2016.

OLIVEIRA, L. C. D. *et al.* Percepções de puérperas sobre a assistência pré-natal prestada por enfermeiras residentes em Enfermagem obstétrica. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 7, n. 9, p. 93902-93912, 2021. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/36650?__cf_chl_tk=MDKuEjdsfrtihliBVmmu0WrniVGqzPrvZQ6XeVnRnIU-1682198167-0-gaNycGzNDbs. Acesso em: 12 dez. 2023

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, [S. l.], v. 71, supl. 3, p. 1228-1236, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901228&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jun. 2024.

OLIVEIRA, W. *et al.* Violência por parceiro íntimo em tempos da COVID-19. **Psicologia, Saúde & Doença**, [S. l.], v. 21, n. 03, p. 606–623, dez. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901228&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 dez. 2023

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Materna e Neonatal. **Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico**. Brasília: MS, 1996.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Como as construções sustentáveis contribuem para os objetivos de desenvolvimento sustentável da ONU?** [S. l.], 2020. Disponível em: https://www.gbcbrasil.org.br/como-as-construcoes-sustentaveis-contribuem-para-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-da-onu/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwp4m0BhBAEiwAsdc4aMXkzWWCUfV_Jj2874uAoH7rTC276_ofKwQh2SNFCzN-YehjaF1I0xoCadUQAvD_BwE. Acesso em: 1 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de desenvolvimento sustentável milênio uma mirada desde América Latina y el Caribe**. Geneva: ONU, 2015. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/node/39477>. Acesso em: 22 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. **Folha Informativa: Taxas de cesariana crescente**. Jun 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>. Acesso em: 22 jun. 2024.

ORTIGARA, E. P. F; CARVALHO, M. D. B; PELLOSO, S. M. Percepção da assistência pré-natal de usuárias do serviço público de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 5, n. 4, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13230>. Acesso em: 30 jun. 2024.

PAIK, L. Critical perspectives on intersectionality and criminology: Introduction. **TheoreticalCriminology**, [S. l.], 2017. [S. l.], 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1362480616677495>. Acesso em: 24 jun. 2024.

PALMA, C. C.; DONELLI, T. M. S. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico**, [S. l.], v. 48, n. 3, p. 216–230, 2017. DOI: 10.15448/1980-8623.2017.3.25161. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/25161>. Acesso em: 21 jun. 2024.

PANDJIARJIAN, V. Balanço de 25 anos da legislação sobre a violência contra as mulheres no Brasil. *In*: DINIZ, S.; SILVEIRA, L. P.; MIRIAN, A. (Org.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005):** alcances e limites. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006. p. 78-139.

PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA PARA A CPMI DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES. **Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. [S. l.]: Parto do Princípio; Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2024.

PAULO, A. L. N. **Direito e Design como aliados à defesa dos direitos da mulher:** [recurso eletrônico]: Visual Law e Legal Design aplicados à Lei nº 14.245, de 22 de novembro de 2021 (Lei Mariana Ferrer). 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Uberlândia, Graduação em Direito. 2022

PEPLAU, H. E. **Relaciones interpersonales em enfermería:** um marco de referência conceptual para la enfermeira psicodinámica. Barcelona: Masson-Salvat; 1990.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, out. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000500031&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jun. 2024.

PIMENTEL, E. Amor bandido: as teias afetivas que envolvem a mulher no tráfico de drogas. *In*: VI Congresso Português de Sociologia. **Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Anais...** Universidade de Lisboa. 2008.

POGGIO, I. S. N. A construção das relações de gênero. *In*: LAFFIN, M. H. L. F. (Org.). **Educação de jovens e adultos, diversidade e o mundo do trabalho**. Ijuí: Unijuí, 2012. p. 88-101

PORTO, F.; MORAES, N. A.; APARECIDA, M. Impacto de uma Portaria Ministerial: aspectos da concretude social e política da enfermagem obstétrica. **Rev. bras. enferm**, [S. l.], p. 440–443, 2002 Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-10597>. Acesso em: 22 jun. 2024.

PRATA, J. A. *et al.* Tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas: contribuições terapêuticas. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 26, p. e20210182, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452022000100228&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2024.

RANGEL DA SILVA, L.; DE SOUZA SERRANO, N.; MOREIRA CHRISTOFFEL, M. La enfermería obstreta y la política de humanización del parto: en busca. **Global Nursing**, [S. l.], v. 5, n. 2, 2006. Disponível em: <https://revistas.um.es/global/article/view/307>. Acesso em: 22 jun. 2024.

ROCHA, N. F. F.; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, [S. l.] v. 44, p. 556-568, 2020.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hXdPHHxLVdyNz3SGqZrJxNC/>. Acesso em: 22 jun. 2024.

ROMIO, J. A. F. A vitimização de mulheres por agressão física, segundo raça/cor no Brasil. *In*: MARCONDES, M. M.; PINHEIRO, L.; QUEIROZ, C.; QUERINO, A. C.; VALVERDE, D. (Orgs.). **Dossiê Mulheres Negras**: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. Brasília: Ipea, 2013, p. 133-158.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero violência patriarcado**. São Paulo: Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo, 2015.

SANTANA, A. M. de. Fragmentações e permanências: gênero e diversidade na escola. **Retratos da Escola**, Brasília, [s. v., s. n.], p.123-136. jan. 2015.

SANTOS, A. K. D. **Pré-natal e humanização**: um estudo à luz da revisão integrativa. 2018. Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde, UFCG, 2018.

SANTOS, G. O.; CARNEIRO, A. J. S.; SOUZA, Z. C. S. N. Discurso de mulheres sobre a experiência do parto normal e da cesariana. **Rev Fund Care Online**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 233-241, 2018.

SANTOS, S. A. S *et al.* A visita domiciliar como prática de acolhimento no programa médico da Família/Niterói. **R. Pesq.: Cuid. Fundam.** (Online), Rio de Janeiro, v. 2, pág. 3698-3705, 2013.

SANTOS, S. S. C.; NÓBREGA, M. M. L. Teoria das relações interpessoais em enfermagem de Peplau: análise e evolução. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 49, p. 55-64, 1996.

SAUAIA, A. S. S.; SERRA, M. C. M. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de direitos humanos e efetividade**, [S. l.], v. 2, n. 1, 2016.

SCHINDLER, L. M. **O cuidado na atenção primária em saúde**: a importância da comunicação efetiva e do acolhimento à gestante durante o pré-natal. Manancial repositório digital da UFSM, [Santa Maria], 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/28705>. Acesso em: 30 jun. 2024.

SÉ, C. C. S. **Módulo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca**: uma prática reiterativa da enfermeira obstétrica. 2014. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SENA, L, M. **“Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração.”** A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2016.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, [S. l.], v. 22, n. 64, p. 177-189, 2018.

SILVA; D. E., C. Uma Dor Além do Parto: Violência Obstétrica em Foco. *Revista de Direitos Humanos e Efetividade*, [S. l.], v. 2, n. 1, 2016. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076>. Acesso em: 28 jun. 2024.

SILVA, E. H. B.; SILVA, J. N. D. Ações de enfermagem capazes de prevenir ou diminuir a violência obstétrica: revisão integrativa. **[TESTE] Gep News**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 589-598, 2019.

SILVA, F. M. B. D. *et al.* Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [S. l.], v. 47, n. 5, p. 1031–1038, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501031&lng=en&tling=en. Acesso em: 28 jun. 2024.

SILVA, J. L. R. da *et al.* Confluência entre a teoria das relações interpessoais e pesquisa convergente assistencial: facilitador de melhorias para a prática do cuidado. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 25, e1377, 2021. Disponível

em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622021000100602&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 jun. 2024

SILVA, L. A. *et al.* O cuidado no pré-natal: um valor em questão. **CogitareEnferm**, [S. l.], v. 22, jun. 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49548>. Acesso em: 24 jun. 2024.

SILVA, M. F.; Ó, T. de A. L. F.; DA SILVA, E. A. Violência obstétrica na perspectiva da enfermagem obstétrica no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 3210–3224, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/57186>. Acesso em: 24 jun. 2024.

SILVA, M. G. **Maternidade & cárcere**: racismo obstétrico e violência obstétrica a partir da lente interseccional. 2023. 126p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Direitos Humanos) – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos (NEPP-DH). Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2023.

SILVA, V. G. D.; RIBEIRO, P. M. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 24, n. 4, p. e20190371, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000400216&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2024.

SILVA *et al.* Educação em saúde acerca da prevenção da violência obstétrica: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 11, n. 14, p. e1163–e1163, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1163>. Acesso em: 30 jun. 2024.

SILVEIRA, P. G. **O cuidado emocional em enfermagem às gestantes que convivem com doenças crônicas**: um estudo sociopoético. Bvsalud.org, [S. l.], p. 166 f-166 f, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-906440>. Acesso em: 30 jun. 2024.

SCHOPF, K. *et al.* Prevenção Quaternária: da medicalização social à atenção integral na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 26, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TFTmRw8hv8BgqGnxjFM9qff/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 1 jul. 2024.

SOUZA, C. *et al.* Violência contra mulheres lésbicas/bissexuais e vulnerabilidade em saúde: revisão da literatura. **Psicologia, Saúde & Doença**, [S. l.], v. 22, n. 02, p. 437–453, jun. 2021.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 30, n. suppl 1, p. S11–S13, 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300003&lng=pt&tng=pt. Acesso em: 22 jun. 2024.

SOUZA, M. S. *et al.* Assistência da equipe multiprofissional na prevenção da violência obstétrica: revisão integrativa. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. e311035, 2021. DOI: 10.47820/recima21.v3i1.1035. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1035>. Acesso em: 21 jun. 2024.

STEPHANY, K. **Cultivating empathy**: inspiring health professionals to communicate more effectively. Sharjah: Bentham Science Publishers, 2015.

TARDELLI, B. Extinção da Rede Cegonha é uma grave violação aos direitos das mulheres. **Carta Capital**, [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/opiniao/extincao-da-rede-cegonha-e-uma-grave-violacao-aos-direitos-das-mulheres/>. Acesso em: 28 jun. 2024.

TEIXEIRA, J.A.C. **Comunicação em saúde relação técnicos de saúde**. [S. l.]: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2004 Disponível em 23 <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/229/1/AP%2022%283%29%20615-620.pdf>, Acesso em: 24 jun. 2024.

TOSTES, N. A.; SEIDL, M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas em Psicologia**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 681–693, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2016000200015. Acesso em: 30 jun. 2024.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, p. 3505-3516, 2018.

TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1–12, 2015. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 22 jun. 2024.

TILIO, R. D. *et al.* Corpo feminino e violência de gênero: uma análise do documentário “chega de fiufiu”. **Psicologia & Sociedade**, [S. l.], v. 33, p. e228620, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822021000100217&tng=pt. Acesso em: 21 jun. 2024.

TOBIAS, J. K. **Direitos reprodutivos, questões de gênero e feminismo**: parto e violência obstétrica no Brasil. (TCC). - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais. RS: Unijuí, 2021.

TOMASI, Y. T. *et al.* Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 30, 2021.

TOMEY, A M. **Nursing Theorists and their Work**. 2. ed. Toronto: The C.V. Mos by Company, 1989

TRAJANO, A. R.; BARRETO, E. A. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 25, p. e200689, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832021000100269&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2024.

TRAVASSOS, E. **Mulher, história e psicanálise**. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. 2003. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/85967/190642.pdf;jsessionid=1DF390F664D40C8AFCE89EAEAAA-2D984?sequence=1>. Acesso em: 22 jun. 2024.

TRIGUEIRO, T. H. *et al.* Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 26, p. e20210036, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452022000100221&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2024.

VENEZUELA, LeyOrgánica sobre El Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, art. 15, Caracas, **Gaceta Oficial**, v. 13, n. 38, p. :647. 2007. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/documentos/bdl/2008/6604.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2024.

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. Brasília: UNFPA, 2009.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, [S. l.], v. 30, p. S85-S100, 2014.

VILLELA, D. V. A.; ALMEIDA, Q. P.; RIBEIRO, W. F. P. Teoria do Relacionamento Interpessoal na Enfermagem: Hildegard Elizabeth Peplau. *In*: BRAGA, C. G.; SILVA, J. V. **Teorias de Enfermagem**. São Paulo: látria; 2011. p. 207-224.

WARMLING C. M., *et al.* Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação, Rio de Janeiro. **Cad. SaúdePública**, [S. l.], v. 34, n. 4, p. 03-25; 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence against women**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/violence-against-women#tab=tab_1. Acesso em: 27 jun. 2024.

ZANARDO, G. L. P. *et al.* Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia e sociedade/Psicologia & Sociedade**, [S. l.], v. 29, n. 0, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?lang=pt#>. Acesso em: 1 jul. 2024.

ZIRR, G. M.. *et al.* Autonomia da mulher no trabalho de parto: contribuições de um grupo de gestantes. **REME rev. min. enferm**, [S. l.], p. e-1205, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051589>. Acesso em: 21 jun. 2024.

ZOLA, I.K. Medicine as an institutional of social control. **The Sociological Review**. v. 20, n. 4, p. 487-504, 1972.

SZASZ, T. **The medicalization of everyday life**: selected essays. Syracuse, N.Y: Syracuse University Press, 2007.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados**Roteiro da entrevista****I – Dados de identificação:**

Dia:

Hora:

Código:

N.º da entrevista:

Ia - Ano de conclusão da graduação em enfermagem:

Tempo

de

atuação:

Especialidade:

Ib-

Idade:

Raça:

Renda mensal:

 entre 2.000 a 4.000 5.000 a 7.000 acima de 7.000**Ic - Tempo de atuação na profissão como enfermeira na atenção primária:** Entre 1 e 2 anos de 3 a 4 anos > de 4 anos**Instituição de trabalho:** Esfera pública

Área de Abrangência:

Id – Tipo de vínculo empregatício com a atenção primária Servidor Público CLT

Quantos vínculos empregatícios possui?

 1 2 3 acima de 3**II - Roteiro da entrevista:**

Parte 1. Essa parte da entrevista visa capturar o que significa para a enfermeira que atua no pré-natal cuidar de mulheres que possam ter sofrido violência

1. Fale-me o que significa para você a violência contra as mulheres;
2. Fale-me como você entende a violência obstétrica;
3. Fale-me o que significa para você que trabalha no pré-natal se deparar com mulheres em situação de violência?

Parte 2. Essa parte da entrevista visa capturar características do processo de cuidar das enfermeiras através de suas relações interpessoais.

1. Fale sobre como você estabelece o primeiro contato com a gestante? Como identifica as necessidades das gestantes?
2. Como você considera ser a sua relação interpessoal com a gestante? O que você considera importante nesta relação?
3. Fale sobre como você atua no pré-natal? Quais atividades você desenvolve junto às gestantes no pré-natal?
4. Você desenvolve atividades educativas individuais e/ou em grupo? Em caso positivo: Quais são os objetivos destas atividades? Quais as estratégias adotadas? Quais temas são abordados?
5. Você percebe que seu processo de cuidar tem efeitos sobre as gestantes? Explique a sua resposta. Explique os efeitos que você percebe.

Parte 3: Essa parte da entrevista visa capturar as ações de prevenção da violência obstétrica desenvolvidas pelas enfermeiras no pré-natal.

1. Você já fez pré-natal de alguma mulher em situação de violência na gestação? Como foi para você esta relação? Quais ações de cuidado você estabeleceu?
2. Mesmo que não tenha percebido a situação de violência, das ações que implementa durante seu processo de cuidar, quais você acha que ajudaria a mulher a enfrentar esta situação?

3. Você compartilha com as gestantes assuntos referentes à violência obstétrica durante o pré-natal? Como faz isto?
4. Das ações de cuidado realizadas por você, quais ajudariam a mulher na prevenção da violência obstétrica.
5. Você estimula o parto normal durante o pré-natal. Como faz isto? (Você informa às gestantes sobre as intervenções desnecessárias, realiza trabalhos de corpo, informa sobre os direitos e a lei do acompanhante da gestante e realiza práticas de empoderamento).
6. Você percebe os efeitos das suas ações sobre a gestante? Explique quais.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada: **“Ações de cuidado das enfermeiras para a prevenção da violência obstétrica na assistência pré-natal: contribuições de Hildegard Peplau”** conduzida por Wanessa Candioto Barbalho de Souza e orientada pela Dra. Jane Márcia Progianti. Este estudo tem como objetivos: Descrever o significado de Violência Obstétrica para as enfermeiras que atuam no pré-natal; Refletir o processo de cuidar das enfermeiras pré-natalistas da atenção primária à luz de H. Peplau; e Discutir como as ações dessas enfermeiras no processo de cuidar previnem a violência obstétrica no parto e nascimento.

Você foi selecionada(o) por possuir o título de enfermeira(o) e estar atuando no pré-natal da atenção primária do setor público do estado do Rio de Janeiro, há pelo menos 1 ano. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Os riscos da participação na pesquisa, ainda que mínimos, são possibilidades de constrangimentos ou desconfortos manifestados pela entrevistada, advindos de lembranças pessoais, em que em qualquer momento que isso possa ocorrer, será pausada a entrevista e a gravação, imediatamente, e novamente poderá se recusar em dar continuidade à sua participação. Cabe ressaltar que a participação na pesquisa não é remunerada e nem implicará em qualquer custo para você.

Sua participação nesta pesquisa beneficiará as ações das enfermeiras na realização do cuidado a sua prática profissional e consistirá em uma entrevista individual semiestruturada, que será realizada face a face, após um contato prévio por telefone em um dia e horário de sua escolha e combinados previamente. A entrevista contará com a presença da pesquisadora responsável. Terá duração média de 40 minutos e solicitamos a sua permissão para gravação do áudio para posterior transcrição.

O conteúdo da entrevista abrange tópicos sobre as relações interpessoais estabelecidas em seu processo de cuidar na prevenção da violência obstétrica. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

A pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável pela pesquisa.

Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Wanessa Candioto Barbalho de Souza. Telefone: (21) 965253987. E-mail: wannecandioto@gmail.com. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h as 12h e 14h as 16h.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

APÊNDICE C - Orçamento

Orçamento

Vimos por meio desta, declarar que o projeto de pesquisa intitulado como “Ações decididas das enfermeiras para a prevenção da violência obstétrica na assistência pré-natal: contribuições de Hildegard Peplau”, de autoria da mestranda Wanessa Candioto Barbalho de Souza, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Jane Márcia Progianti - Faculdade de Enfermagem, apresenta como relação de materiais necessários: 100 folhas de papel ofício branco A4 (R\$ 15,00); 2 canetas pretas (R\$ 4,00); 1 marcador de texto (R\$ 8,00); 1 lápis B6 (R\$ 1,50); e 1 grampeador (R\$ 20,00); estação de trabalho (computador com processador de texto, acesso a internet, webcam e impressora); 1 cartucho para impressora padrão HP deskjet 2050 colorida (R\$ 60,00).

Cabe ressaltar que o projeto não apresenta um orçamento mais detalhado, pois não possui financiamento, sendo desenvolvido por meios próprios das autoras, sem ajuda de custo.

Rio de Janeiro, 10 de janeiro de 2023.

APÊNDICE E – Caracterização das participantes**Quadro 1 – Caracterização das participantes do estudo**

Identificação	Idade/anos	Raça/Cor	Renda Mensal	Especialização	Tempo de Atuação na A.P.	Tipo de Vínculo	Quantidade de Vínculo Empregatício
E01	33	Parda	5 a 7 mil	Cursando ESF	1 a 2 anos	CLT	01
E02	30	Branca	5 a 7 mil	Cursando ESF	1 a 2 anos	CLT	02
E03	40	Preta	5 a 7 mil	Cursando ESF	> 4 anos	CLT	02
E04	54	Parda	5 a 7 mil	ESF e Saúde da Mulher	> 4 anos	CLT	01
E05	42	Preta	> 7 mil	Saúde da Mulher e Enfermagem Obstetrícia, Mestrado e Doutoranda	> 4 anos	CLT	02
E06	26	Branca	> 7 mil	ESF	3 a 4 anos	CLT	01
E07	35	Branca	5 a 7 mil	ESF	> 4 anos	CLT	02
E08	31	Parda	5 a 7 mil	Cursando ESF	> 4 anos	CLT	01
E09	30	Preta	5 a 7 mil	ESF	> 4 anos	CLT	01
E10	35	Branca	> 7 mil	Enfermagem Obstetrícia e Cursando ESF	> 4 anos	CLT	02
E11	28	Preta	5 a 7 mil	ESF	> 4 anos	CLT	01
E12	37	Parda	> 7 mil	ESF e Enfermagem Obstetrícia	> 4 anos	CLT	02
E13	40	Preta	5 a 7 mil	ESF	3 a 4 anos	CLT	01
E14	48	Branca	> 7 mil	Enfermagem Obstetrícia e Cursando ESF	> 4 anos	Servidor Público	02
E15	35	Branca	5 a 7 mil	ESF	3 a 4 anos	CLT	01

Fonte: A autora, 2023.

APÊNDICE F – Dados e Categorias

Quadro 2 – Codificação dos dados e construção das categorias

Temas/Unidades de Significação	Nº UR's	% UR's	Subcategoria	Categoria	UR's categoria	% UR's categoria
As falas ofensivas, a privação do acompanhante e práticas invasivas no trabalho de parto e parto	62	6,46%	Manifestações da violência obstétrica	Categoria 1: Violência contra as mulheres na perspectiva das enfermeiras pré-natalistas	240	25%
Violação de direitos e do protagonismo no ciclo gravídico-puerperal	41	4,27%				
Identificam a Intersecção de raça, gênero e classe	56	5,83%	Vulnerabilidades e a violência contra as mulheres: olhar interseccional das enfermeiras			
Referem as condições de moradia e contexto familiar	38	3,95%				
Pontuam a falta de autonomia financeira e submissão nas relações	43	4,5%				
Colhem dados e informações no acolhimento com empatia	74	7,70%	Fase de orientação: Estabelecimento de relações interpessoais para identificação das necessidades	Categoria 2: As ações para a prevenção da violência obstétrica realizadas no processo de cuidar das enfermeiras pré-natalistas da atenção básica de saúde	218	22,70%
Estabelecem um diálogo e escuta como facilitador na identificação de violência e necessidades	41	4,27%				
Promovem a comunicação na interação da relação interpessoal	53	5,52%				
Estabelecem o vínculo através do diálogo como facilitador da relação	50	5,20%				

Implementam os protocolos de pré-natal	78	8,12%	Fase de identificação: Ações de cuidado e papéis das enfermeiras para atender às necessidades das gestantes e prevenir a violência obstétrica	381	39,7%
Realizam consulta de pré-natal e informações sobre o processo do pré-natal	67	6,8%			
Realizam educação em saúde com ações educativas nas consultas individuais	52	7,53%			
Orientam sobre violência obstétrica individualmente	58	6,04%			
Orientam o parto normal e da cesariana	49	5,10%			
Estimulam o plano de parto e o acompanhante no processo de parto e nascimento	43	4,48%			
Realizam práticas educativas em grupo para o desenvolvimento do processo de trabalho de parto e parto	34	3,54%			
O desenvolvimento do protagonismo no TP e parto	42	4,37%	Fase de exploração e resolução: Empoderamento e autonomia das mulheres após as ações de cuidado das enfermeiras e suas interfaces com a prevenção da violência obstétrica	121	12,60%
A autonomia no parto e nascimento após as ações de cuidado (individual e grupo)	48	5%			
Continuação do vínculo após o estabelecimento da relação interpessoal	31	3,23%			
TOTAL	960	100%		960	100%

Fonte: Dados da pesquisa deste trabalho 2023