



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS**  
**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL**

**NAYRA CARLA DE MELO**

**PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM SERVIÇOS DE SAÚDE**  
**PÚBLICA: da síntese de evidências a tecnologia educativa audiovisual**

**Manaus-AM**

**2020**

**NAYRA CARLA DE MELO**

**PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM SERVIÇOS DE SAÚDE  
PÚBLICA: da síntese de evidências a tecnologia educativa audiovisual**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Universidade do Estado do Amazonas, para obtenção do título de Mestra em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Práticas de Enfermagem em Saúde Pública na Amazônia

Linha de Pesquisa: Tecnologias Sociais e Educacionais como Instrumentos para Promoção da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Jorge Sant'Ana Honorato

**Manaus-AM**

**2020**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade do Amazonas**

M528p  
2020

Melo, Nayra Carla De  
Prevenção da violência obstétrica em serviços de saúde pública: da síntese de evidências a tecnologia educativa audiovisual / Nayra Carla De Melo. – Manaus (AM) : [s.n], 2020.  
104 p.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2020.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Jorge Sant’Ana Honorato.

1. Cuidado Pré-natal. 2. Tecnologia Educacional. 3. Parto Obstétrico. 4. Direitos sexuais e reprodutivos. 5. Violência. I. Honorato, Eduardo Jorge Sant’Ana (Orient.). II. Universidade do Estado do Amazonas. III. Título.

CDU 1997 – 614 (811.3)(043.3)

**NAYRA CARLA DE MELO**

**PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM SERVIÇOS DE SAÚDE  
PÚBLICA: da síntese de evidências a tecnologia educativa audiovisual**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de:

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em sua forma final, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de

Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Área de Concentração:

**Práticas de Enfermagem em Saúde Pública na Amazônia.**

Manaus/AM, 09 de outubro de 2020.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Amélia Nunes Sicsú  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Dr. Eduardo Jorge Sant'Ana Honorato  
Orientador/Presidente  
Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Sônia Maria Lemos  
Membro  
Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

---

Prof. Dr. Darlisom Sousa Ferreira  
Membro  
Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

---

Prof. Dra. Ângela Monteiro Xavier (UEA)  
Membro  
Universidade do Estado do Amazonas

Dedico este produto à todas as mulheres e suas parcerias que estão vivenciando ou vivenciarão a experiência de gestar e parir, na expectativa de contribuir com o resgate da autonomia, protagonismo e empoderamento feminino no processo de nascimento, momento este visceral, fisiológico e íntimo.

Dedico aos profissionais de saúde que atuam na assistência obstétrica, nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde, vislumbrando a inserção de tecnologias que agreguem conhecimentos e estimulem práticas baseadas em evidências científicas sólidas e robustas que possam garantir qualidade, respeito e segurança no cuidado.

Dedico a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para que a concretização deste trabalho fosse possível.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus por minha vida com sanidade física e mental para cumprir esse desafio.

Agradeço aos meus pais, Bernadete e De Melo, pelo estímulo constante e apoio incomensurável em todos os momentos.

Agradeço ao meu esposo, Ricardo, pela inabalável confiança, apoio, parceria, dedicação, amor e, sobretudo, compreensão em virtude das minhas ausências neste período de qualificação.

Agradeço às minhas lindas filhas, Cecilia e Carine, pelo carinho, amor e descontração diários, apesar da privação da minha companhia temporariamente.

Agradeço ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia pelo estímulo e apoio, possibilitando o cumprimento das atividades do Mestrado.

Agradeço à professora e amiga Dra. Mônica Cunha pelo apoio e compartilhamento de seus conhecimentos.

Agradeço aos amigos que conquistei ao longo do Curso, em especial a Karla, a Maressa e a Anete, permitindo uma caminhada mais suave para enfrentar os desafios propostos. Gratidão pelos conselhos, parceria e torcida a cada módulo a ser cumprido.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Eduardo Jorge Sant'Ana Honorato que me conduziu nessa empreitada de maneira tranquila, sábia, coerente e segura.

Agradeço à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Universidade do Estado do Amazonas pela acessibilidade, disposição e resolutividade sempre que solicitado auxílio.

Agradeço ao Corpo de Docentes do Programa de Pós graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Universidade do Estado do Amazonas pelos momentos intensos de conhecimentos compartilhados que contribuíram incontestavelmente para minha formação.

Agradeço aos Professores Doutores Sônia Maria Lemos e Darlisom Sousa Ferreira que participaram da minha Banca de qualificação e colaboraram imensamente para a clarificação das etapas seguintes na construção do trabalho final.

Minha eterna gratidão!

MELO, NC. Prevenção da violência obstétrica nos serviços de saúde pública: da síntese de evidências a tecnologia educativa audiovisual [dissertação]. Manaus: Universidade do Estado de Amazonas; 2020.

## RESUMO

**Introdução:** O parto é o desfecho do processo fisiológico do ciclo reprodutivo feminino, a forma que é vivenciado, além de outros fatores, está diretamente relacionada ao preparo da mulher e acompanhante e ao manejo e apoio dos profissionais assistentes e serviços de saúde. Atualmente a assistência obstétrica é sedimentada em práticas biomédicas e intervencionistas visando melhores indicadores de mortalidade materna e infantil. Contudo, a taxa de mortalidade materna brasileira permanece em patamares inaceitáveis (64,5 por 100 mil nascidos vivos), além disso, este modelo desconsidera o conhecimento e a autonomia da mulher e familiares, favorece atitudes violentas ancoradas em procedimentos iatrogênicos para manutenção do bem-estar materno fetal. No Brasil, uma a cada quatro mulheres relatou ter sofrido algum tipo de violência no processo de nascimento e muitas brasileiras não identificam atos desnecessários durante sua assistência no período gravídico puerperal como violentos, em virtude da distorção de conceitos e percepções sobre processos fisiológicos femininos, perpetuada por uma cultura patriarcal que subestima o poder de decisão das mulheres, nos aspectos reprodutivos e sexuais.

**Objetivo:** Sintetizar evidências científicas sobre a prevenção da violência obstétrica com vistas ao desenvolvimento de tecnologia educativa audiovisual para gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde nos serviços de saúde pública. **Métodos:** Realizou-se uma pesquisa metodológica em uma única etapa de produção – construção baseada na revisão integrativa de literatura, garantindo a qualidade teórico-científica dos temas-conteúdo. A busca de dados ocorreu em fevereiro e março de 2020, nas bases de dados Lilacs, Cinahal, Embase, Scielo e Pubmed com termos indexados nos Descritores em Ciências da Saúde: violência e obstetrícia, utilizando os booleanos AND e OR. Foram incluídos artigos primários publicados entre 2015 e 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol, com avaliação crítica metodológica e compatibilidade com os guias de elaboração de moderada/boa a forte/ótima. Utilizou-se protocolo validado para registrar informações. Averiguou-se os itens indispensáveis nos estudos por meio de Guias de elaboração validados. Para avaliação crítica utilizou-se as ferramentas do Joanna Briggs Institute. Realizou-se análise de conteúdo para identificar categorias condizentes com o objetivo do estudo. **Resultados:** 24 estudos atenderam aos critérios de inclusão e avaliação, respondendo à pergunta de pesquisa. Destes, 46% foram publicados em 2019, concentrando-se no Brasil (67%), na área de enfermagem (92%) e abordagem qualitativa (83,3%). O acervo apresentou uma boa compatibilidade com os guias de elaboração de acordo com o desenho da pesquisa, convergindo com a avaliação crítica da qualidade metodológica. Os níveis de evidência encontrados foram II (83,3%) e IV (16,6%). Emergiram 18 categorias com força de evidência diferenciada que originaram temáticas para uma série de vídeos denominada Promovendo o nascimento seguro. Elaborou-se roteiro dos dois primeiros vídeos e a produção do primeiro vídeo da referida série. **Conclusão:** A violência obstétrica é a violação de direitos expressa na perda da autonomia feminina ancorada no desconhecimento. Estratégias de educação em saúde adequadas e profissionais qualificados podem preparar mulheres e famílias para nascimento seguro

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado Pré-natal. Tecnologia Educacional. Parto Obstétrico. Direitos sexuais e reprodutivos. Violência.

MELO, NC. Prevention of obstetric violence in public health services: from the synthesis of evidence to audiovisual educational technology [dissertation]. Manaus: Amazonas State University; 2020.

## ABSTRACT

**Introduction:** Childbirth is the outcome of the physiological process of the female reproductive cycle, the way it is experienced, in addition to other factors, is directly related to the preparation of the woman and companion and the management and support of professional assistants and health services. Currently, obstetric care is based on biomedical and interventionist practices aimed at better maternal and child mortality indicators. However, the Brazilian maternal mortality rate remains at unacceptable levels (64.5 per 100.000 live births). Besides, this model disregards women and family members' knowledge and autonomy, favors violent attitudes anchored in iatrogenic procedures to maintain the well-being. In Brazil, one in four women reported having suffered some type of violence in the birth process and many Brazilian women do not identify unnecessary acts during their postpartum pregnancy period as being violent, due to the perpetuated distortion of concepts and perceptions about female physiological processes for a patriarchal culture that underestimates women's decision-making power, both in reproductive and sexual aspects. **Objective:** Synthesize scientific evidence on the prevention of obstetric violence with a view to the development of audiovisual technology for pregnant women, companions and health professionals in public health services. **Methods:** Methodological research was carried out in a single stage of production - construction based on an integrative literature review, guaranteeing the TE content-themes' theoretical and scientific quality. The search for data took place in February and March 2020, in the Lilacs, Cinahal, Embase, Scielo and Pubmed databases with terms indexed in the Health Sciences Descriptors: violence and obstetrics, using the AND and OR Booleans. Primary articles published between 2015 and 2019 in Portuguese, English, and Spanish were included, with critical methodological evaluation and compatibility with the guides of moderate / good and strong / excellent elaboration. A validated protocol was used to record information. The indispensable items in the studies were verified through validated elaboration guides. For critical evaluation, the tools of the Joanna Briggs Institute were used. Content analysis was performed to identify categories consistent with the objective of the study. **Results:** 24 studies met the inclusion and evaluation criteria, answering the research question. Of these, 46% were published in 2019, focusing on Brazil (67%), in the nursing area (92%) and the qualitative approach (83.3%). According to the research design, the collection presented good compatibility with the elaboration guides, converging with the critical evaluation of the methodological quality. The levels of evidence found were II (83.3%) and IV (16.6%). Eighteen categories emerged with strength of differentiated evidence that originated themes for a series of videos called Promoting safe delivery. A script for the first two videos and a prototype of the first video in the series were prepared. **Conclusion:** Obstetric violence is the violation of rights expressed in the loss of female autonomy anchored in ignorance. Appropriate health education strategies and qualified professionals can prepare women and families for a safe birth.

**KEYWORDS:** Prenatal care. Educational technology. Obstetric Delivery. Sexual and reproductive rights. Violence.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	- Estratégias de Busca segundo a base de dados	p. 29
Figura 1	- Fluxo do processo de seleção dos estudos conforme recomendações do PRISMA	p. 30
Quadro 2	- Caracterização dos artigos incluídos	p. 32
Quadro 3	- Caracterização e classificação dos artigos incluídos segundo guia de elaboração e avaliação crítica	p. 36
Quadro 4	- Pontuação atribuída por nível de evidência de acordo com o direcionamento da pergunta de pesquisa	p. 41
Quadro 5	- Definição das categorias da pergunta 1	p. 41
Quadro 6	- Força da evidência por categoria encontrada nos artigos para a pergunta 1	p. 42
Quadro 7	- Definição das categorias da pergunta 2	p. 43
Quadro 8	- Força da evidência por categoria encontrada nos artigos para a pergunta 2	p. 43
Quadro 9	- Definição das categorias da pergunta 3	p. 44
Quadro 10	- Força da evidência por categoria encontrada nos artigos para a pergunta 3	p. 45
Quadro 11	- Definição das categorias da pergunta 4	p. 46
Quadro 12	- Força da evidência por categoria encontrada nos artigos para a pergunta 4	p. 47
Quadro 13	- Força de evidência conforme categorias encontradas nos estudos	p. 48
Quadro 14	- Estratégias de Busca segundo a base de dados – manuscrito 1	p. 54
Figura 2	- Fluxo do processo de seleção dos estudos conforme recomendações do PRISMA – manuscrito 1	p. 56
Quadro 15	- Nível de evidência conforme direcionamento da pergunta de pesquisa	p. 58
Quadro 16	- Força de evidência conforme categorias encontradas nos estudos – manuscrito 1	p. 60
Quadro 17	- Definição das categorias – conhecimentos para prevenção da VO – manuscrito 2	p. 76
Quadro 18	- Definição das categorias - tecnologias para prevenção da VO-	p. 77
Quadro 19	- Série de vídeo “Promovendo o nascimento seguro” – manuscrito 2	p. 79
Quadro 20	- Série de vídeo “Promovendo o nascimento seguro”	p. 84

## LISTA DE TABELA

Tabela 1	- Avaliação dos artigos de acordo com o guia de elaboração	p. 39
Tabela 2	- Avaliação dos artigos de acordo com o guia de elaboração - manuscrito	p. 57

## LISTA DE SIGLAS

CINAHL	Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
EMBASE	Elsevier Medical Base
IPAC	Informação, Público-alvo, Contexto do cuidado
JBI	Joanna Briggs Institute
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MMAT	Mixed Methods Appraisal Tool
MPF	Ministério Público Federal
NI	Nível de evidência I
NII	Nível de evidência II
NIII	Nível de evidência III
NIV	Nível de evidência IV
NV	Nível de evidência V
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICo	População, Intervenção, Contexto
PPP	Sala de Pré-parto, Parto e Puerpério imediato
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PUBMED	Serviço da U. S. National Library of Medicine
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
RI	Revisão Integrativa
SCIELO	Biblioteca Eletrônica Científica Online
STROBE	Strengthening The Reporting of Observational studies in Epidemiology
TE	Tecnologia Educacional
TMM	Taxa de Mortalidade Materna
VO	Violência Obstétrica

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2. OBJETIVO</b>	18
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	
3.1 MEDICALIZAÇÃO DO PARTO E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL	19
3.2 TECNOLOGIA EDUCACIONAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS	24
<b>4. METODOLOGIA</b>	
4.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM METODOLÓGICA	28
4.2 COLETA DE DADOS E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	29
4.3 AVALIAÇÃO DOS DADOS COLETADOS	30
4.4 RESULTADOS	39
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	40
<b>5. RESULTADOS ALCANÇADOS</b>	
5.1 MANUSCRITO CIENTÍFICO 1	49
5.1.1 <b>Introdução</b>	51
5.1.2 <b>Método</b>	53
5.1.3 <b>Resultado</b>	56
5.1.3.1 <i>Caracterização dos estudos incluídos</i>	57
5.1.3.2 <i>Categorização dos dados encontrados</i>	60
5.1.4 <b>Discussão</b>	61
5.1.5 <b>Conclusão</b>	66
5.2 MANUSCRITO CIENTÍFICO 2	68
5.2.1 <b>Introdução</b>	71
5.2.2 <b>Método</b>	73
5.2.3 <b>Resultado</b>	75
5.2.4 <b>Discussão</b>	80
5.2.4 <b>Conclusão</b>	82
5.3 APRESENTAÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA AUDIOVISUAL SOBRE A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PARA GESTANTES, ACOMPANHANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE	83
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	85
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	88
<b>APÊNDICE A</b> - Planejamento do roteiro do Vídeo 1 da Série Promovendo o nascimento seguro	98
<b>APÊNDICE B</b> - <i>Link</i> para acesso do Vídeo 1 da Série Promovendo o nascimento seguro intitulado Autonomia e protagonismo feminino no cenário do nascimento – o que é, como conquistar e como garantir sua execução?	101
<b>APÊNDICE C</b> - Planejamento do roteiro do Vídeo 2A da Série Promovendo o nascimento seguro	102

## 1 INTRODUÇÃO

O processo parturitivo, ao longo dos anos, passou de evento familiar, essencialmente feminino e social para uma prática obstétrica institucionalizada e intervencionista. Com técnicas medicalizadas e formais, a mulher tornou-se elemento secundário em um cenário controlado pelo modelo assistencial biomédico. A compreensão da gestação e do parto sob uma ótica patológica, que necessita de controle excessivo e de cura, atrelada a instituições com dificuldades econômicas e estruturais desencadeiam uma cascata de violência expressa por negligência assistencial; discriminação social; violência verbal, psicológica, física e, até, abuso sexual (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; SANTOS et al., 2012).

O termo Violência Obstétrica (VO) surgiu, em 2010 na Venezuela, para denominar as lutas em prol da erradicação e penalidade de práticas e posturas violentas no processo de parturição (MARIANI; NASCIMENTO NETO, 2016). Atos violentos contra mulher no período gravídico puerperal também é denominado de violência institucional e se refere àquela praticada por entidades públicas, que engloba desde a má qualidade da assistência até a falta ou dificuldade de acesso ocasionados por omissão ou ação dos prestadores de serviços (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Assim, considera-se que a violência obstétrica está contida na peregrinação da mulher em busca de assistência adequada em virtude da ausência ou fragilidade da rede assistencial de saúde que restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos, fazendo com que muitas parturientes perambularem em busca de vaga na rede pública hospitalar, aumentando a probabilidade de um desfecho desfavorável tanto materno quanto fetal (RODRIGUES et al., 2015).

É imperativo ressaltar que foi constatado que assistência violenta, de maus tratos, negligências, abusos e, sobretudo, violação dos direitos humanos por parte dos profissionais de saúde é vivenciada por mulheres em todo o mundo. Tal fenômeno pertence a uma cultura enraizada que a torna cotidiana, banalizada, invisível e naturalizada permitindo o não reconhecimento como prática de violação dos direitos e grave problema de saúde pública mundial (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; TERÁN et al., 2013; ZACHER, 2015).

Todavia, somente em 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a existência da violência contra mulheres no período gravídico-puerperal, referindo-se a toda e qualquer postura e prática violenta que ocorre no processo de parturição realizada por qualquer profissional ou instituição de saúde durante o atendimento da usuária (OMS, 2014).

Atualmente as evidências apontam que a má qualidade assistencial a este grupo de mulheres está associada a resultados maternos adversos, impactando diretamente na Taxa de Mortalidade Materna (TMM), considerado um importante indicador de saúde pública por representar o acesso e a adequação do sistema assistencial à saúde em responder às suas necessidades (WHO, 2015). As implicações da violência obstétrica para a morbimortalidade materna estão relacionadas ao risco adicional associado aos eventos adversos do manejo agressivo do parto vaginal, na negligência em atender mulheres que expressam seu desconforto, na hostilidade contra profissionais e mulheres considerados contrários ao modelo hegemônico de assistência (DINIZ et al., 2015).

Tal indicador é extremamente importante pois reflete as características assistências e iniquidades da população, quanto maior for seu resultado piores são as condições de saúde disponíveis. Assim, considerando sua relevância, a redução da TMM estava contemplada no 8º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) com vistas a melhorar a saúde desse grupo populacional. O Brasil assumiu o compromisso, junto à Organização da Nações Unidas, de reduzir óbitos maternos, entre 2000 a 2015, em 75%, ou seja, a TMM deveria diminuir de 143 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, em 2000, para 35 mortes a cada 100 mil nascidos vivos em 2015 (NAÇÕES UNIDAS, 2000).

Contudo, o Brasil atingiu apenas 58% da meta, a TMM ficou em 62/100 mil nascidos vivos, muito aquém do que foi pactuado. Uma nova agenda foi estabelecida em 2016, nomeada de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, e deverá ser cumprida até 2030. A mortalidade materna permaneceu na lista dos indicadores que precisam ser melhorados globalmente e a nova meta brasileira prevê uma taxa de mortalidade materna de 30 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2030, sinalizando a necessidade de estratégias intersetoriais para a superação desse desafio (NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Após 10 anos da criação dos ODM, em 2010, foi desenvolvida uma pesquisa no Brasil pela Fundação Perseu Abramo que demonstrou um cenário de parto e nascimento com indicadores alarmantes. Foi constatado que 25% das mulheres sofrem algum tipo de violência durante a assistência ao parto e, das que abortaram, metade também tinha relato semelhante. Ainda em 2010, uma pesquisa acadêmica apontou a percepção negativa de puérperas sobre suas experiências de parto e nascimento (AGUIAR, 2010; VENTURI; GODINHO, 2013).

Esses dados, além de demonstrar a frequente violência na assistência ao parto, contribuíram para que esse tema fosse mais discutido academicamente e despertaram a opinião pública para novas pesquisas e ações do movimento de mulheres contra esse grave problema de saúde pública. Além disso, essas práticas violentas passaram a ser melhor investigadas a

partir da cobrança de mulheres e profissionais em prol da humanização do parto (SENA; TESSER, 2017).

As práticas violentas ocorridas em maternidades durante a assistência ao parto eram consideradas e denominadas “violência institucional em maternidades” ou “violência no parto”. Após a divulgação dessas pesquisas o movimento social de mulheres, especificamente mulheres mães, problematizou coletiva e intensamente essa temática, culminando na expressão “violência obstétrica” que, a partir daí, passou a ser incorporada na produção científica nacional e foi utilizada nesta pesquisa (ANDRADE et al., 2016; SENA; TESSER, 2017; VENTURI; GODINHO, 2013).

Dados regionais da violência obstétrica são insipientes, tendo em vista a ausência de mecanismos sistemáticos para sua mensuração precisa. Há projetos de lei avançando lentamente no Congresso Nacional com vista a coibir e prevenir a violência obstétrica. Enquanto isso o Ministério Público Federal (MPF) tem sido a instituição responsável pelo registro de denúncias sobre violência obstétrica com a colaboração dos movimentos sociais de mulheres (SILVA, 2019).

Porém, há um dado importante que constata a patologização do processo de nascimento no Brasil, a crescente taxa de cesariana. Em 2016, esse indicador estava em torno de 55,6% nos serviços de saúde configurando a segunda maior taxa do mundo, superada apenas pela República Dominicana, com 56%, contrariando as recomendações da OMS que, desde 1985, considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15% (OMS, 2015).

Essa realidade brasileira está intrinsecamente relacionada a ideações culturais que considera a cesariana a forma mais moderna e higiênica de nascimento, sendo uma escolha das gestantes de maior poder aquisitivo. Além disso, o parto normal é compreendido como processo extremamente doloroso e arriscado no Brasil, o que torna a cesariana a melhor alternativa (BRASIL, 2016; SAUAIA; SERRA, 2016).

A violência obstétrica também está presente na relação desigual de poder entre profissionais e usuárias. Profissionais de saúde incorporam tamanha autoridade técnico-científica e obediência às regras, que impedem a construção de qualquer relação humana capaz de gerar vínculos com as pacientes, acarretando crise de confiança do cuidado e, conseqüentemente, perda da autonomia e capacidade de decisão da mulher em relação ao seu corpo. Essa relação favorece a submissão das mulheres e a imposição de uma autoridade unilateral, consolidando diferentes formas de violência durante a assistência a parturiente (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; JARDIM; MODENA, 2018).

Nessa perspectiva, percebe-se que o processo de formação dos profissionais de saúde é condição estruturante para a resistência a mudança do modelo obstétrico vigente, tendo em vista que, mesmo com as melhores evidências científicas atualizadas e divulgadas para uma assistência humanizada, no ensino prático há a objetificação das mulheres em prol do treinamento de acadêmicos e residentes por meio de procedimentos e intervenções incompatíveis com o quadro clínico das usuárias. Dessa forma as frequentes violações dos direitos humanos e sexuais das mulheres são presenciadas e banalizadas cotidianamente nas rotinas dos serviços de saúde (DINIZ et al., 2015).

Para mitigar esse cenário assistencial a essa população tão vulnerável é necessário intervir na formação de recursos humanos, revisando os conteúdos curriculares, com intuito de resgatar a assistência fisiológica do nascimento, baseada em evidências científicas, e enfatizar os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e a responsabilidade dos profissionais em resguardá-los (MARQUES et al., 2020; NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Além disso, outro fator imprescindível para a mudança do modelo biomédico na obstetrícia e redução das possibilidades de violência obstétrica é a percepção da usuária enquanto protagonista do processo de nascimento. É necessário que o parto seja compreendido como um processo fisiológico que requer vigilância e acolhimento, no qual a mulher deve participar ativamente na tomada de decisão. Para tanto, o processo decisório deverá estar intimamente ligado ao conhecimento da mulher sobre o evento parto, bem como seu empoderamento para reivindicar seus direitos (KOPERECK et al., 2018; MARQUES et al., 2020).

Em geral, as usuárias com informações adequadas em relação ao processo de nascimento possuem postura diferenciada, empoderada e questionadora frente aos cuidados prestados, desencorajando a realização, por parte dos profissionais, de procedimentos iatrogênicos. Há evidências que quanto menor o nível de escolaridade e instrução das parturientes e acompanhantes, maior o número de intervenções e, conseqüentemente, de violência (ANDRADE et al., 2016; LEAL et al., 2014).

Para incrementar essa realidade, recentemente, o Governo Brasileiro, por meio do Ministério da Saúde tentou desqualificar o termo violência obstétrica, justificando que tais atos violentos, cometidos na mulher no período gravídico puerperal, não se enquadra na definição da OMS por não ter intenção dolosa, devendo ser evitada sua utilização nos serviços de saúde (BRASIL, 2019a).

Este episódio, ligado a questões culturais de uma sociedade tipicamente patriarcal em que a sexualidade e saúde das mulheres são permeadas por crenças e preconceitos, favorece o

excesso de realização de cesáreas e a imposição de intervenções desnecessárias e danosas contribuindo para a permanência do modelo obstétrico vigente (SAUAIA; SERRA, 2016).

De fato, o modelo biomédico, que subsidia a formação profissional, a medicalização de processos fisiológicos difundido na sociedade, por algumas categorias profissionais, e fortemente defendido por instituições responsáveis pela implantação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas foram percebidas ao longo de minha vivência profissional, como enfermeira obstétrica, na assistência direta à mulheres no período gravídico-puerperal na sala de pré-parto, parto e pós-parto (PPP) de uma maternidade de risco habitual do Sistema Único de Saúde.

A cada plantão acolhia e admitia usuárias únicas nos aspectos emocionais e formativos. A grande maioria demonstrava ansiedade, medo e insegurança para experienciar os momentos que estavam por vim; muitas descreditavam na sua competência fisiológica e se entregavam as intervenções iatrogênicas, sem resistência, com único intuito de aliviar seu “sofrimento”. Essa era a expressão comumente usada, tanto pelas mulheres quanto por seus acompanhantes, “sofrimento”, denotando o significado patológico agregado ao processo de nascimento, no decorrer dos anos com a mudança do modelo assistencial obstétrico.

Cuidar dessas mulheres e famílias, respeitando a fisiologia do processo de parto com responsabilidade, monitoramento contínuo e auxílio de tecnologias não farmacológicas para o alívio da dor, foi um desafio, pois, apesar de estar inserida em uma maternidade em que sua missão estava ancorada nos preceitos da humanização do parto e nascimento, alguns membros da equipe optavam por intervenções inadequadas sem justificativas clínicas, com manejo agressivo para o binômio mãe e recém-nascido.

A abordagem violenta e desrespeitosa não estava apenas na tomada de decisão clínica, era perceptível na ausência de empatia e acolhimento, nas orientações mal fornecidas ou omitidas, nas conversas paralelas inoportunas durante o período expulsivo, enfim, o componente relacional (profissional-usuária/família) era muitas vezes frio e distante.

Por outro lado, presenciei muitos nascimentos naturais, com ressignificação do parto pela mulher e acompanhante que, com o acolhimento e orientações apropriadas no período de internação na sala PPP, deixaram o processo acontecer, evidenciando a importância de preparar as gestantes e seus parceiros para o nascimento, com vistas não somente a protagonizar o trabalho de parto mas também a se apropriar de conhecimentos para prevenir atitudes desrespeitosas e iatrogênicas que podem tornar o processo arriscado e temeroso nos sentidos clínico e emocional, respectivamente.

Há três anos iniciei minha trajetória na docência de Ensino Superior, permaneço no núcleo materno infantil, agora com um olhar de facilitador do processo de formação de futuros enfermeiros. Constato a cada componente teórico prático a importância de suscitar reflexões nos alunos sobre um cuidado qualificado, responsável e empático capaz de fornecer para clientela condições de prevenir agravos e promover a própria saúde.

No decorrer das vivências acadêmicas busco sempre aproximar a minha prática aos conteúdos ministrados e embasados nas melhores evidências, enfatizando a importância de formar profissionais que se percebam ator de mudanças a partir da educação em saúde nas suas variáveis maneiras.

Assim, a minha motivação para estudar e produzir algo que possa contribuir para a vivência digna nessa etapa do ciclo reprodutivo veio da percepção de que a educação em saúde é capaz de preparar as mulheres acerca dos seus direitos a uma assistência respeitosa e de alta qualidade durante o trabalho de parto. Por meio de trocas de experiências, vivências e informações entre as mulheres, acompanhantes e profissionais, a compreensão do processo gravídico puerperal se torna possível de ser promovida (BRÜGGEMANN et al., 2015; SILVA et al., 2018a).

Para mediar o processo educacional acerca do período gravídico-puerperal entre as mulheres, os profissionais de saúde têm utilizado cada vez mais as tecnologias educacionais com vistas a uma construção de um novo saber capaz de provocar reflexões, mudanças de posturas e transformação social, permitindo aprofundamento de conhecimento e conseqüentemente a autonomia feminina e familiar (QUENTAL et al., 2017; SOUZA; MOREIRA; BORGES, 2014).

Dessa forma, e considerando o atual cenário brasileiro, é coerente afirmar que o empoderamento feminino e familiar pode ser uma tática de prevenção a situações violentas durante o ciclo gravídico-puerperal. Investimentos em ações de educação em saúde estimulam a autonomia da mulher na família, na sociedade e no cuidado a saúde minimizando os riscos permanente de violência em seu cotidiano. Para tanto, é necessário a incorporação, na execução de cuidado das mulheres, de estratégias educacionais que minimizem a vulnerabilidade dessa clientela (PEDROSO; LÓPEZ, 2017).

Partindo do pressuposto de que as tecnologias educativas podem auxiliar nas ações de educação em saúde e no empoderamento feminino como barreira para a prática e perpetuação da violência obstétrica, buscou-se as melhores evidências na literatura disponível para responder a seguinte questão: Quais os conhecimentos produzidos sobre a prevenção da

violência obstétrica para gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde nos serviços de saúde pública?

Em seguida, propôs uma tecnologia educativa audiovisual com objetivo de ir além do simples lançar de informações, mas principalmente ser instrumento facilitador do conhecimento, capaz de contribuir para o empoderamento, autonomia e protagonismo da mulher e do acompanhante no processo do parto e nascimento (BRASILIANSE; FERREIRA; DUARTE, 2016)

## **2 OBJETIVO**

Sintetizar evidências científicas sobre a prevenção da violência obstétrica no período de 2015 à 2019, com vistas ao desenvolvimento de tecnologia educativa audiovisual para gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde nos serviços de saúde pública.

### 3 MARCO TEÓRICO

#### 3.1 MEDICALIZAÇÃO DO PARTO E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

Gestar e parir são eventos complexos marcados por sentimentos profundos com um grande potencial para estimular a formação de vínculos e provocar transformações tanto pessoais quanto no casal/parceiros (DODOU et al., 2014). Fatores fisiológicos, sociais, culturais e psicológicos interagem ao longo do trabalho de parto, podendo resultar em uma experiência positiva, que se reflete na sensação de força e poder, ou em uma experiência carregada de sensações negativas, que pode ter reflexos em diferentes áreas da vida, de acordo com o manejo do processo por parte dos profissionais de saúde, parturientes e acompanhantes (MOTTA; CREPALDI, 2005; SILVA, 2013).

Por muitos anos, o parto normal era vivenciado em ambiente domiciliar com apoio e segurança de familiares, sendo a assistência prestada por parteira ou por “aparadeira” da confiança da parturiente e que detinham conhecimento empírico e habilidades que eram repassadas para gerações seguintes de mulheres mantendo essa prática nas comunidades. Era um evento feminino, doméstico, privado e fisiológico, sem interferências externas (LIMA et al., 2018).

Entre os séculos XVI e XVII a participação das parteiras no cenário de nascimento sofreu declínio em virtude da perseguição da Igreja Católica Apostólica Romana que as considerava uma ameaça as leis e a moral da época em virtude de utilizarem métodos para aliviar a dor cuja concepção deveria ser mantida segundo as escrituras sagradas (SPINK, 2013).

Após a revolução industrial, em prol da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, surgiram novas descobertas sobre o mecanismo de parto incorporadas no campo da obstetrícia no processo de formação de médico cirurgião (CARNEIRO, 2005).

Assim, a partir do século XIX, visando modificar e melhorar as condições do ensino e da prática da medicina no Brasil, incluindo a obstetrícia, a assistência ao parto ganhou novos integrantes. Aos poucos a figura masculina adentrou no gerenciamento e controle das práticas relativas à saúde feminina, interferindo diretamente na atuação das parteiras que passaram a ser treinadas e certificadas, de acordo com os preceitos da ciência “correta”, para garantir a regularização do seu ofício (LIMA et al., 2018; ROHDEN, 2012). Então, surgiram questionamentos sobre a segurança e qualidade dos cuidados prestados somente pelas parteiras

em domicílio, tornando-as subordinadas aos profissionais médicos ou marginalizadas em relação ao atendimento à mulher (CARNEIRO, 2005).

Ainda no século XIX, surgem os primeiros estudos sobre a cirurgia cesariana e a assistência ao parto necessitou ser institucionalizada para que o ensino prático das escolas de medicina pudesse ocorrer, passando do domicílio para o hospital, e conseqüentemente a sua medicalização, conduzida por pessoas estranhas ao convívio social da mulher. Nesse período, o entendimento do processo de parto passou a ser patogênico impregnado de dor e sofrimento que necessita de intervenções médicas indisponíveis no domicílio para que o parto fosse seguro e livre de danos ao binômio mãe-bebê (CARNEIRO, 2005; SANTOS et al., 2012; VENDRUSCULO; KRUEL, 2016).

O ensino profissional em saúde tornou-se limitador para formação humanística. Os usuários do sistema de saúde, não somente da obstetrícia, passaram a ser anulados e transformados em casos clínicos e as violações dos direitos humanos e reprodutivos foram incorporadas nas rotinas acadêmicas e hospitalares. Assim sendo, a medicalização dos processos fisiológicos femininos corroborou para uma atuação assistencial com saber técnico-científico unilateral, bem como, para a ocultação do protagonismo feminino e a execução de condutas violentas e desrespeitosas. Tais práticas, amparadas por inúmeras justificativas sem comprovação científica, não somente contribuem para a despersonalização da mulher como aceleram o processo fisiológico do parto aumentando os riscos de desfechos desfavoráveis para binômio mãe e recém-nascido (DINIZ et al., 2015).

Como consequência da reorganização da atenção ao parto e nascimento houve o afastamento da família, passividade e a ausência de apoio de uma pessoa do convívio social no processo do nascimento, tornando o parto um acontecimento médico-hospitalar (BASSO; MONTICELLI, 2010). Além disso, o modelo institucionalizado de assistência ao parto provocou esquecimento e abandono de práticas que favoreciam um nascimento com significado além do biológico para a mulher e sua família, configurando dessa forma a desumanização da assistência ao parto e nascimento (DODOU et al., 2014).

Após a Segunda Guerra Mundial emergiram as primeiras inquietações governamentais referente a saúde materno-infantil em virtude da permanência dos altos índices de mortes nesses grupos de indivíduos. Em consonância com essa preocupação mundial, na década de 50 o feminismo ascende nos Estados Unidos reivindicando uma assistência baseada em direitos, sendo estes, reprodutivos, sexuais e humanos - Reforma do Parto. Nas décadas de 60 e 70 foram criados os Coletivos de Saúde das Mulheres e os Centros de Saúde Feminista (MENDONÇA, 2015).

No Brasil, em 1974, o Ministério da Saúde implantou o primeiro Programa Brasileiro de Saúde Materno-infantil, visando apenas garantir a assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, sendo veementemente criticado pelo movimento feminista brasileiro que o avaliou como reducionista por considerar somente questões da procriação. Tal fato, culminou para que, em 1983, fosse implementado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, um marco histórico no que tange a estratégias públicas de assistência à mulher, pois visava a redução da iniquidade dos indicadores epidemiológicos relativos à saúde da mulher e a ampliação do direito reprodutivo. Além disso, iniciou-se movimentação social em busca da garantia de direitos de cidadania, da reestruturação de políticas públicas, da organização e do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1983).

As décadas de 80 e 90, no Brasil, foram marcadas por intensas discussões sobre a assistência obstétrica vigente, caracterizada pelo uso excessivo de tecnologias e intervenções de baixa resolutividade e insatisfação das mulheres. A OMS divulgou as Recomendações para Assistência Segura ao Parto Normal, produzidas em uma conferência sobre tecnologia apropriada no parto realizada na década de 90, inspirando muitas ações de mudança com intuito de resgatar o parto fisiológico e garantir o protagonismo feminino e familiar em todo processo. Essas recomendações foram replicadas para profissionais de todo o Brasil, e a partir de então vários dispositivos legais e políticos foram formulados para garantir uma assistência de qualidade e segura ao binômio mãe-bebê (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018).

Nesta mesma década, em 1993, surge a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), movimento brasileiro que denunciou os atos violentos e os constrangimentos vivenciados pelas mulheres no parto vaginal por meio de imposição de normas e rotinas, intervenções desnecessárias, humilhação e violência verbal e física (MENDONÇA, 2015).

A REHUNA é composta por vários grupos interligados virtualmente por meio de redes sociais e a motivação para a mobilização social se deu em virtude da indignação e esperança de uma possível mudança no cenário obstétrico. Tal movimento foi desencadeado no Brasil pelo alto índice de cesarianas, práticas obstétricas comprovadamente danosas, mortalidade materna em ascensão, desrespeito aos direitos das mulheres e infraestrutura insuficiente dos serviços de saúde (CASTELLS, 2013; CASTRO; CAMPOS, 2016).

O movimento social de mulheres, homens e profissionais organizou-se também em grandes manifestações em prol da humanização do parto no Brasil. Esses grupos são heterogêneos, sem espaço estabelecido e líderes definidos, ou seja, uma estrutura descentralizada sem fronteiras definidas que maximiza o envolvimento da população em geral

(CASTELLS, 2013). No Estado do Amazonas, há um grupo de mulheres denominado Humaniza Coletivo Feminista que além de promover e estimular discussões sobre violência e assistência ao parto também registra denúncias e orienta mulheres sobre como proceder diante de direitos violados.

Mas, apesar das iniciativas em reconhecer a necessidade do enfrentamento dos tratamentos impessoais e agressivos a mulher com a promoção de direitos humanos, o termo violência não era claramente abordado nas recomendações divulgadas a nível nacional e global, em virtude do temor de reações negativas por parte de profissionais, formados nos padrões mecanicistas, que não reconheciam a patologização do processo de nascimento como prática de violação dos direitos e grave problema de saúde pública (DINIZ et al., 2015).

A abordagem da violação dos direitos das mulheres e das práticas violentas no parto não eram abertamente denominadas, a REHUNA em sua carta de fundação reconhecia “circunstâncias da violência e constrangimento em que se dá a assistência”, mas denominou o movimento com os seguintes termos “humanização do parto”, “a promoção dos direitos humanos das mulheres” (DINIZ, 2001).

Somente neste século, os cuidados prestados à mulher no período gravídico puerperal começaram a ser exaustivamente estudados e a visibilidade do termo violência obstétrica tornou-se pública após a OMS caracterizá-lo como todo e qualquer abuso, desrespeito e maus-tratos, durante o parto, executado por qualquer profissional ou instituição de saúde. Tal definição veio acompanhada de recomendações, divulgadas em cinco idiomas, para o seu enfrentamento (OMS, 2014).

Em 2018, a OMS publicou, após consultas técnicas, 56 recomendações sobre cuidados perinatais para uma expectativa positiva na gravidez e parto englobando intervenções nutricionais, avaliação da mãe e do feto, medidas preventivas, intervenções para sintomas fisiológicos comuns e intervenções nos sistemas de saúde para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados maternos e fetais (WHO, 2018).

É notório que essas diretrizes não provocaram grandes impactos no panorama assistencial brasileiro, a Taxa de Mortalidade Materna mantém-se em patamar elevado com 64,5/100 mil nascidos vivos em 2016 (BRASIL, 2017). Além disso, os dados nacionais revelam que 92% dos óbitos, quando investigados, poderiam ter sido evitados, denotando que as implicações da violência obstétrica para a morbimortalidade materna estão relacionadas ao risco adicional associado aos eventos adversos no manejo inadequado no processo de parto e nascimento (ÁFIO et al., 2014a; DINIZ et al., 2015).

A busca por um atendimento obstétrico respeitoso permanece como importante pauta no cenário nacional. O Ministério Público é a instituição que assumiu a responsabilidade de enfrentar a cultura de desconhecimento dos direitos das mulheres nos serviços, reunindo denúncias e convocando os responsáveis pelos serviços e pelo ensino para um diálogo sobre as mudanças necessárias. Os movimentos de mulheres colaboraram para que essas iniciativas provocassem o reconhecimento dos direitos, até então inédito na sociedade brasileira, repercutindo em políticas públicas que minimizassem a medicalização do processo de nascimento, como na ação contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar sobre regulação das taxas de cesárea a partir de 2015 (AQUINO et al., 2012; BRASIL, 2015).

No Amazonas a violência obstétrica tornou-se visível em 2015 numa audiência pública na cidade de Manaus. O Ministério Público do Estado do Amazonas passou a receber denúncias de violência obstétrica provenientes principalmente do movimento social de mulheres como Humaniza Coletivo Feminista. Em 2015 e 2016 foram registradas 17 e 16 denúncias de violência obstétrica em Manaus, respectivamente, informadas nas audiências públicas. Há registros de 50 casos de violência obstétrica em tramitação judicial no Ministério Público Federal nas cidades de Manaus, Manacapuru e Coari, no período de 2012 a 2017 (SILVA, 2019).

O posicionamento de grupos de mulheres organizados frente a cobrança por investigação de práticas violentas ocorridas nas maternidades tencionou o Legislativo Brasileiro por formulações legais que tratassem sobre a violação dos direitos femininos no período gravídico-puerperal.

Atualmente o sistema jurídico brasileiro possui legislação nos Estados de Santa Catarina, Minas Gerais e Amazonas a respeito da violência obstétrica. Na esfera jurídica federal há projetos de leis, em tramitação no Congresso Nacional desde 2014, que dispõem sobre as diretrizes e os princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, bem como a erradicação da violência obstétrica. Embora não exista uma lei específica, os atos de violência obstétrica estão assegurados no Código Penal e caracterizados como crimes de homicídio, de lesão corporal, de omissão de socorro e contra a honra (BRASIL, 1940).

Apesar de toda mobilização para inibir esse tipo agressão contra a mulher, recentemente a sociedade civil foi surpreendida pelo posicionamento do órgão do governo federal (Ministério da Saúde), responsável pela promoção, proteção e recuperação da saúde da população, defendendo que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, justificando que os atos violentos cometidos contra a mulher no período gravídico puerperal não têm

intencionalidade de prejudicar ou causar danos e que, por este motivo, não enquadra-se na definição da Organização Mundial de Saúde e das publicações científicas (BRASIL, 2019a).

A recomendação do Ministério da Saúde trouxe um descontentamento social que culminou em um inquérito civil, movido pelo Ministério Público Federal (MPF), pautado em diversas denúncias de mulheres violentadas e humilhadas no processo de parturição, solicitando o esclarecimento, por meio de nota, de que o termo “violência obstétrica” é consagrado em documentos científicos, legais e utilizado pela sociedade civil, não devendo ser empregado quaisquer ações voltadas para abolição dessa expressão, cabendo ao Ministério da Saúde adotar estratégias resolutivas para o combate à referida prática (BRASIL, 2019b).

Posteriormente, em resposta ao MPF, o Ministério da Saúde atendeu a recomendação reiterando a autenticidade da expressão em questão, considerou a sua utilização nas ações e documentos oficiais e reconheceu ainda que tais situações ameaçam os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, a saúde e a vida dessa população (BRASIL, 2019c).

Diante desses fatos, fica evidente que o enfrentamento a violência obstétrica requer união de esforços da sociedade civil e fortalecimento do ativismo social e político nas reivindicações em prol do resgate do parto fisiológico e humanizado que garantam um cuidado seguro e de qualidade a mulher e ao recém-nascido (TESSER et al., 2015).

Para dar visibilidade a esse problema de saúde pública de repercussões e implicações não somente individual e familiar, mas também política e social, assumiu-se, neste trabalho, o termo violência obstétrica com vista a esclarecer e difundir rotinas e atitudes veladas e imperceptíveis de situações violentas no período gravídico puerperal que foram perpetuadas culturalmente como resultado do modelo medicalizado nos serviços de saúde.

### 3.2 TECNOLOGIA EDUCACIONAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS

As tecnologias em saúde são conjunto de saberes e fazeres, produzidos a partir de conhecimento técnico e científico, relacionados a produtos e matérias que definem terapêuticas e processos de trabalho e se constituem em instrumentos para realizar ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças; ou para promover a reabilitação ou cuidados a curto, médio e longo prazo (ALVES et al., 2017; LORENZETTI et al., 2012; SANTOS, 2016).

As tecnologias em saúde são classificadas por Merhy (1997) como leves, leve-duras e duras, em que as leves são as tecnologias relacionais capaz de produzir vínculos e acolhimento que conduzem o encontro do usuário com necessidades de ações de saúde, as leve-duras são as tecnologias com saberes estruturados que participam dos processos de trabalho em saúde e as tecnologias duras envolvem equipamentos tecnológicos.

A tecnologia faz-se presente no processo de cuidar, nas relações entre os atores e na forma como se dá o cuidado em saúde, sendo este compreendido como um trabalho vivo em ato, em que as relações humanas resultam na corresponsabilização dos envolvidos com produção do cuidado em saúde e resolução de um problema, respeitando a autonomia e a incorporação dos saberes do usuários (DA SILVA et al., 2019; PENHA et al., 2015).

A tecnologia em saúde também é compreendida como conjunto de conhecimentos científicos e construção de produtos (materiais ou não) resultantes de processos concretizados a partir de pesquisa e vivências diárias capaz de intervir sobre situações práticas assistenciais e estruturais relacionadas à saúde (LORENZETTI et al., 2012; NIETSCHE, 2000).

Nesse sentido, a tecnologia em saúde vai além de algo concreto, são ações materiais e imateriais no cuidado em saúde que contribuem para construção do saber a partir de processos e produtos concomitantemente. O empoderamento, acesso e acessibilidade ao atendimento em saúde, acolhimento, vínculo e utilização de tecnologias propiciam ao usuário do sistema de saúde autonomia para tomar decisões, corresponsabilidade em seu processo terapêutico e ações mais acolhedoras, resolutivas e ágeis (PEREIRA et al., 2016).

Alguns estudiosos da saúde também dividem as tecnologias em gerenciais que são conjunto de ações teórico-práticas com intuito de intervir nas atuações profissionais para melhorar sua qualidade na administração de atuações e serviços em saúde (manuais, rotinas institucionais, acolhimento, vínculo); educacionais que são qualquer dispositivo utilizado na relação educador-educando que facilitam/mediam a construção e reconstrução do conhecimento (cartilhas, folhetos, vídeos) e tecnologias assistenciais que são caracterizadas pelo conjunto de saberes técnico-científicos sistematizados, processuais e instrumentais, que promovem a qualidade do cuidado em saúde do usuário como teorias e escalas (DA SILVA et al., 2019; NIETSCHE et al., 2005; NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014).

Dentre as variedades de tecnologias em saúde materiais e não materiais, a tecnologia educacional (TE) planeja, executa, controla e acompanha o processo educacional fundamentada na necessidade de reorientação de paradigmas de atenção à saúde, para promover a saúde humana. Envolve os profissionais na prestação do cuidado ao usuário e no desenvolvimento de

educação em saúde, fornecendo informações relevantes ao público alvo (NIETSCHE et al., 2005; NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014; SILVA et al., 2017).

Tais tecnologias estão cada vez mais presentes em práticas educativas na saúde voltadas a pessoas/grupo/comunidade com foco não apenas no adoecimento e seus agravos, mas principalmente no estímulo da participação dos indivíduos em decisões de saúde, permitindo reflexão e modificação do estilo de vida, provocando, assim, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos envolvidos (SILVA et al., 2017).

Essas atividades educativas podem acontecer com a mediação de diversas técnicas e materiais impressos (folder, cartilhas) ou áudio-visuais (vídeos, músicas) que permitam reflexões resultantes das experiências dos envolvidos, proporcionando conhecimento de forma mais interativa e promoção da saúde à comunidade, edificando saber de forma crítica, criativa e transformadora em busca da autonomia e da construção da cidadania dos envolvidos (MARTINS et al., 2011; NIETSCHE et al., 2012; SOUZA; MOREIRA; BORGES, 2014).

A elaboração de TE inovadora de qualidade e de impacto deve ser realizada coletivamente visando inserir no universo do cuidar-educar uma ferramenta efetiva e de fácil aplicabilidade (SALBEGO et al., 2017).

Nessa perspectiva, a produção-construção de uma TE deve considerar a participação do público alvo objetivando potencializar as interfaces participativas reconhecendo, assim, seus saberes e práticas como evidências para o processo de desenvolvimento da TE. Assim o público alvo se torna partícipe da construção da TE, seja com baixa densidade/intensidade em que validam a TE já pronta, média densidade/intensidade em que participam da etapa diagnóstica exploratória em que seu saber-fazer cotidiano será inserido no conteúdo da TE e alta densidade/intensidade em que o público alvo é cocriador da tecnologia participando de todo processo, tanto de conteúdo como de aparência, até a prototipagem da TE (TEIXEIRA; NASCIMENTO, 2020a).

Essa abordagem metodológica permite que as informações realmente importantes estejam no instrumento informativo mediante definições claras dos objetivos educacionais a serem alcançados pelo público alvo (ALVES et al., 2017). E ainda reforça a importância de considerar as peculiaridades da clientela a que se destina, a fim de garantir o entendimento do conteúdo exposto na tecnologia educacional (ÁFIO et al., 2014b).

Destarte, com a utilização de tecnologias educacionais apropriadas, o profissional de saúde desenvolve habilidades criativas de orientar e facilitar o processo de aprendizagem da clientela com a construção e/ou redefinição conjunta de saberes e práticas, apoiadas na ciência, de forma prazerosa e reflexiva, emergindo o protagonismo dos usuários para o enfrentamento

das vulnerabilidades e dos riscos à saúde da população (ASSUNÇÃO et al., 2013; COSCRATO; PINA; MELLO, 2010).

Dessa forma, a tecnologia educacional pode ser uma aliada no preparo das mulheres grávidas e acompanhantes para vivência do parto, reconstruindo conceitos, desmistificando a dor do processo fisiológico de nascimento e resgatando a autonomia e o protagonismo feminino apoiados em uma assistência profissional segura em prol de desfechos positivos para mãe, recém-nascido e família.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo metodológico por investigar procedimentos que envolvem produção-construção e/ou validação e/ou avaliação destes visando desenvolver novos produtos (POLIT; BECK, 2019).

A elaboração do arcabouço teórico e da tecnologia educacional, em que se propõe, utilizou uma abordagem metodológica qualitativa com intuito de buscar soluções para problemática a ser estudada (violência obstétrica) a partir da compreensão do significado construído no acervo científico para a prevenção do fenômeno, captando as evidências e dando visibilidade ao objeto de estudo (SOUSA; ERDMANN; MAGALHAES, 2016).

Empregou-se uma única etapa denominada produção – construção baseada na literatura objetivando garantir a qualidade teórico-científica dos temas-conteúdos e a identificação dos temas geradores que nortearam a produção-criação propriamente dita da TE (TEIXEIRA; NASCIMENTO, 2020a).

Para tanto, realizou-se uma revisão integrativa de literatura (RIL) com reunião ampla, crítica, sintetizada e organizada de uma diversidade de produção científica, com diferentes abordagens metodológicas, sobre a temática da tecnologia educacional a ser construída (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; TEIXEIRA; NASCIMENTO, 2020b). Tal revisão foi desenvolvida e relatada seguindo as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), um guia que orienta os principais itens necessários para este tipo de estudo (MOHER et al., 2015).

A identificação do questionamento dessa pesquisa metodológica foi elaborada na técnica IPAC (**I**nformação, **P**ublico – **A**lvo, **C**ontexto do cuidado), proposta por Teixeira; Nascimento (2020b) como uma adaptação da técnica PICO (**P**opulação, **I**ntervenção, **C**ontexto) utilizada nas revisões sistemáticas de âmbito qualitativo e nas revisões integrativas, e seguiu-se os cinco passos proposto por Whittmore; Knafl (2005). Sendo assim buscou-se responder à seguinte questão: Quais as evidências científicas sobre o preparo de gestantes e acompanhantes para prevenção da violência obstétrica nos serviços de saúde pública?

## 4.2 COLETA DE DADOS E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

A busca dos artigos ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2020 nas bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), serviço da *U. S. National Library of Medicine* (Pubmed), *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (Cinahl), *Elsevier Medical Base* (Embase). Tendo em vista a restrição da temática abordada na questão de pesquisa, montou-se uma estratégia de busca mais sensível, com menor número de correlações. Para tanto utilizou-se os seguintes termos indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): violência e obstetrícia com os filtros de data e idioma, utilizando os booleanos *AND* e *OR*. Assim as estratégias estruturadas no protocolo de busca foram as seguintes:

Quadro 1 - Estratégias de busca segundo a base de dados

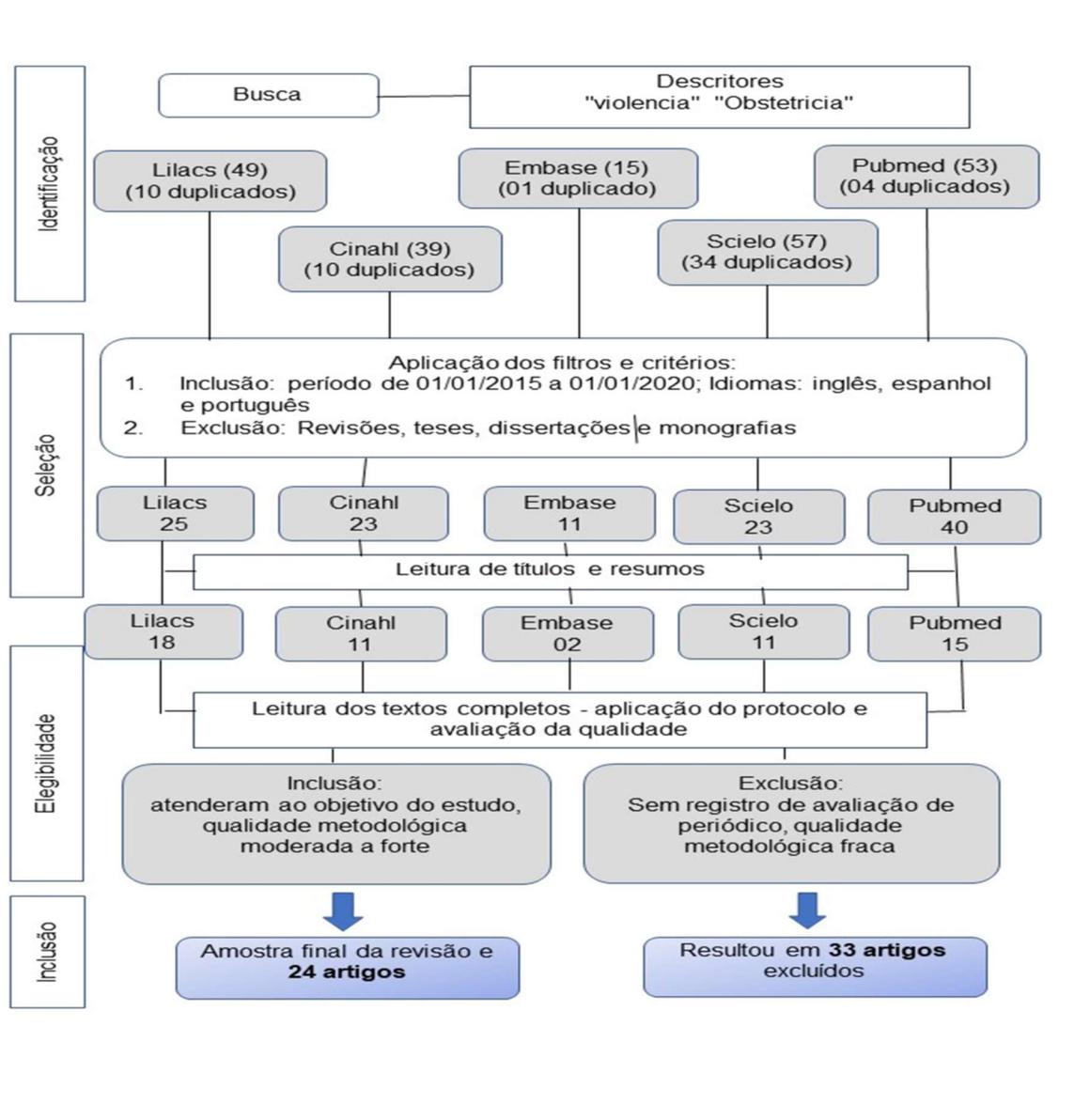
Base	Estratégia de busca
PUBMED	(Obstetric Violence[tiab] OR Obstetric Damage[tiab]) AND ("2015/02/17"[PDat]: "2020/02/15"[PDat] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))
EMBASE	('obstetric violence'/exp OR 'obstetric violence':ti,ab) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim) AND [2015-2020]/py
LILACS	(tw:("violencia obstetrica" OR "Obstetric Violence")) AND (db:("LILACS")) AND la:("pt" OR "es" OR "en")) AND (year_cluster:[2015 TO 2020])
CINAHL	("Obstetric Violence") AND (LA English OR LA Portuguese OR LA Spanish)) AND (PY 2015 OR PY 2016 OR PY 2017 OR PY 2018 OR PY 2019 OR PY 2020))
SCIELO	("violencia obstetrica" OR "Obstetric Violence") AND year_cluster:("2019" OR "2017" OR "2016" OR "2018" OR "2015" OR "2020") AND la:("pt" OR "en" OR "es")

FONTE: Elaborado pela pesquisadora

Os estudos incluídos na RIL foram os artigos completos, nos idiomas português, inglês e espanhol com disposição dos descritores no artigo (resumo, título ou assunto), publicado nos últimos 5 anos (2015-2019), com compatibilidade com os guias de elaboração e avaliação da qualidade metodológica de moderada/boa a forte/ótima. As publicações do tipo revisão, monografias, dissertações e teses foram excluídas desta RI.

As estratégias de buscas nos bancos correlacionados geraram 213 referências que, ao término das etapas de seleção do material, resultou em 24 estudos primários para a análise e discussão (Figura 1).

**Figura 1** - Fluxo do processo de seleção dos estudos conforme recomendações do PRISMA



FONTE: Elaborado pela pesquisadora

### 4.3 AVALIAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

Na etapa seguinte realizou-se a leitura do título, resumo e descritores de todos os artigos encontrados; leitura para conferência nos artigos no que tange os critérios de inclusão, exclusão e objetivo; sistematização dos dados no roteiro validado, por outros estudos, e adaptado para registro das informações relevantes de cada publicação encontrada (CARTANA et al., 2019; HONORATO et al., 2019a, 2019b; SANTANA et al., 2019; SILVA et al., 2018b; SOUZA et

al., 2019a, 2019b). A categorização dos estudos e a leitura do texto na íntegra foram norteadas pela pergunta de pesquisa.

Para a extração e elaboração do banco de dados dos estudos incluídos foi delineada uma planilha utilizando o programa *Microsoft Office Excel*® com os seguintes itens: ano, autor, idioma, país sede da pesquisa, título do periódico, *Qualis* e área do periódico, metodologia do estudo, objetivo da pesquisa, amostra, principais considerações/resultados. Na avaliação *Qualis* priorizou-se a grande área da Enfermagem. Na ausência de avaliação nesta, selecionou-se a área seguinte com maior pontuação.

No Quadro 2 estão dispostas as características dos artigos incluídos nesta revisão, para identificação dos artigos utilizou-se sistema numérico de 1 a 24 (A1 a A24).

Quadro 2 - Caracterização dos artigos incluídos

Ano	n.	Autor	Idioma	Pais	Revista	Qualis	Área
2016	A1	SILVA, RLV et al.	Port <sup>1</sup>	Brasil	Rev. enferm UFPE on line	B2	Enf <sup>d</sup>
	A2	ANDRADE,PON et al.	Port <sup>1</sup>	Brasil	Rev.Bras. Saude Matern.Infant.	B1	Enf <sup>d</sup>
2017	A3	PEDROSO, CNLS; LÓPEZ,LC	Port <sup>1</sup>	Brasil	Physis Rev. Saude Coletiva	B2	Enf <sup>d</sup>
	A4	POMPEU, KC et al.	Port <sup>1</sup>	Brasil	Rev.Enferm. do Centro-oeste mineiro	B2	Enf <sup>d</sup>
	A5	GUIMARÃES, LBE; JONAS, E; AMARAL, LROG	Port <sup>1</sup>	Brasil	Rev.Estudos feministas	B3	Saúde Coletiva
	A6	CHATTOPADHYAY, S; MISHRA, A; JACOB,S	Ing <sup>2</sup>	India	Cultura, Saúde e Sexualidade	B1	Enf <sup>d</sup>
	A7	OLIVEIRA, VJ; PENNA,CMM	Port <sup>1</sup>	Brasil	Texto Contexto Enferm	A2	Enf <sup>d</sup>
2018	A8	CARVALHO, TPM; ARAÚJO, CLF	Port <sup>1</sup>	Brasil	Enfermagem Brasil	B2	Enf <sup>d</sup>
	A9	MESSIAS, ALS et al.	Port <sup>1</sup>	Brasil	Cienc Cuid Saude	B2	Enf <sup>d</sup>
	A10	BRANDÃO, T et al.	Ing <sup>2</sup>	Equador	International journal of gynaecology and obstetrics	A2	Enf <sup>d</sup>

Continua

Continuação

Ano	n.	Autor	Idioma	Pais	Revista	Qualis	Área
2018	A11	SANTIAGO, RV et al.	Ing <sup>2</sup>	México	BMC pregnancy and childbirth (ONLINE)	B1	Enf <sup>4</sup>
	A12	ANUNCIAÇÃO, PS et al.	Port <sup>1</sup>	Brasil	Cadernos de Saúde Pública	B1	Enf <sup>4</sup>
	A13	LEAL, SYP et al.	Port <sup>1</sup>	Brasil	Cogitare Enfermagem	B1	Enf <sup>4</sup>
2019	A14	JOJOA-TOBAR, EJ et al.	Esp <sup>3</sup>	Colombia	Revista de la Universidad Industrial de Santander.	B2	Saúde Coletiva
	A15	LANSKY, S et al.	Port <sup>1</sup>	Brasil	Ciência e saúde coletiva	B1	Enf <sup>4</sup>
	A16	NASCIMENTO, SL et al.	Port <sup>1</sup>	Brasil	Enfermería Actual de Costa Rica	B2	Enf <sup>4</sup>
	A17	NIY, DY et al.	Port <sup>1</sup>	Brasil	Interface (BOTUCATU. ONLINE)	B1	Enf <sup>4</sup>
	A18	OLIVEIRA, MSS et al.	Port <sup>1</sup>	Brasil	ABCS Health Sci	B3	Enf <sup>4</sup>
	A19	SENS, MM; STAMM,AMNF	Port <sup>1</sup>	Brasil	Interface	B1	Enf <sup>4</sup>
	A20	SILVA, FC et al.	Port <sup>1</sup>	Brasil	Revista de Enfermagem UFPe On Line	B2	Enf <sup>4</sup>
	A21	CASTRO, A; SAVAGE, V	Ing <sup>2</sup>	República Dominicana	Medical Anthropology	B1	Enf <sup>4</sup>
	A22	FLORES, YYR et al.	Ing <sup>2</sup>	México	Revista da Escola de Enfermagem da USP	A2	Enf <sup>4</sup>
	A23	MEIJER, M et al.	Ing <sup>2</sup>	Equador	International Journal of Gynaecology and Obstetrics	A2	Enf <sup>4</sup>
	A24	PERERA, D et al.	Ing <sup>2</sup>	Srilanka	BMC Pregnancy and Childbirth (Online)	B1	Enf <sup>4</sup>

FONTE: Elaborado pela pesquisadora

Nota: <sup>1</sup>Português, <sup>2</sup>Inglês, <sup>3</sup>Espanhol, <sup>4</sup>Enfermagem

Utilizou-se guias internacionais validados da rede International Committee of Medical Journal Editors (ICMJ) e Rede EQUATOR para averiguar os itens necessários e indispensáveis na elaboração de publicações científicas de acordo com cada tipo de método empregado. Para os artigos com abordagem qualitativa empregou-se o *check-list Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) que possui 32 itens para verificação de entrevistas e grupos focais por meio de três domínios: “equipe de pesquisa e reflexividade” (8 itens), “desenho do estudo” (15 itens) e “análise e achados” (9 itens); para os estudos com delineamento quantitativo foi escolhido o guia *Strengthening The Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE) aplicados a estudos observacionais – coorte, corte transversal e caso controle – estruturado em 22 itens instrutivos para conduzir e avaliar estes tipos de estudo (PORTUGAL et al., 2018) e para os estudos com abordagem metodológica mista aplicou-se a ferramenta de avaliação de métodos mistos (*Mixed Methods Appraisal Tool* - MMAT) proposta por Pluye; Hong (2014), aplicado por Souto et al (2015) e Salviano; Gomes; Martins (2020).

Para a avaliação crítica dos estudos, utilizou-se as ferramentas do *Joanna Briggs Institute* (JBI), um instituto internacional de pesquisa e desenvolvimento organizado dentro da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Adelaide, especializado na promoção e apoio à saúde baseada em evidências, fornecendo acesso a recursos para profissionais de enfermagem, obstetrícia, medicina e saúde aliada. A ferramenta proposta para estudos com abordagem qualitativa avalia-se a congruência da metodologia aplicada no estudo com perspectiva filosófica declarada; pergunta ou objetivos da pesquisa; métodos usados para coleta de dados; representação e análise dos dados; interpretação dos resultados; localização do pesquisador cultural e teoricamente; influência do pesquisador na pesquisa; representação dos participantes e suas vozes; aprovação ética e relação das conclusões em relação a análise e interpretação dos dados. Nos estudos epidemiológicos avalia-se a clareza dos critérios de inclusão e dos assuntos e cenário do estudo; mensuração da exposição e condição de elegibilidade; presença de fatores de confusão e estratégias para lidar com eles; mensuração de resultados; utilização de análise estatística apropriada. Para os estudos com abordagem metodológica mista usou-se duas ferramentas de apreciação crítica, uma para cada etapa metodológica (LOCKWOOD; MUNN; PORRITT, 2015; MOOLA et al., 2017).

Cada item constante nos *check-list* foi respondido atentando para a presença ou ausência da informação no artigo. O *score* de classificação tanto da congruência como da avaliação crítica dos artigos foi atribuído, pela pesquisadora, em porcentagem simples da seguinte maneira: "forte/ótimo" quando 66% ou mais dos itens do *checklist* foram atendidos;

"moderado/bom" de 33% a 65% das questões foram respondidas; e "fraco/ruim" quando 32% ou menos das questões estavam contempladas, sendo excluído da revisão.

O nível de evidência dos artigos foi analisado de acordo com o sistema de classificação de força de evidência proposta por Fineout-Overholt; Stillwell (2011) em que considera o tipo de questão clínica do estudo primário. Esta classificação propõe três pirâmides hierárquicas: quando o estudo primário tem sua questão direcionada para tratamento/intervenção na área da saúde, a força da evidência pode ser classificada em sete níveis; quando a questão de pesquisa está direcionada ao prognóstico ou etiologia na área de saúde, a força de evidência possui cinco níveis, assim como quando a pergunta de pesquisa está direcionada ao significado/experiência de doença ou compreensão dos sentimentos do paciente sobre o efeito de uma intervenção na área de saúde.

Consolidou-se as avaliações supracitadas em uma planilha do programa *Microsoft Office Excell*® contendo objetivo do estudo, metodologia, avaliação pelo guia de elaboração de artigo, avaliação crítica pela ferramenta JBI e nível de evidência (Quadro 3).

Quadro 3 - Caracterização e classificação dos artigos incluídos segundo guia de elaboração e avaliação crítica

n.	Objetivo	Metodologia	Avaliação (Guia de elaboração)	Avaliação crítica (Ferramenta JBI)	Nível de evidência
A1	Investigar o conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica.	Qualitativo	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NII
A2	Analisar os fatores associados à violência obstétrica de acordo com as práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal em uma maternidade escola e de referência da Cidade do Recife	Quantitativo	Forte (ótimo)	Forte (ótimo)	NIV
A3	Refletir sobre as experiências de mulheres em relação à assistência ao parto numa maternidade pública de Porto Alegre - RS	Qualitativo	Forte (ótimo)	Forte (ótimo)	NII
A4	Identificar o conhecimento de puérperas sobre a episiotomia e como se deu a realização dessa prática no parto	Qualitativo	Moderado (bom)	Forte (ótimo)	NII
A5	Identificar as percepções das mulheres sobre violência obstétrica no processo de parto	Qualitativo	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NII
A6	Identificar conjunto de fatores que afetam a saúde materna, formas simbólicas e tangíveis de violência nos partos hospitalares	Qualitativo	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NII
A7	Analisar os discursos de mulheres e profissionais de saúde sobre o cuidado durante o parto, considerando as situações vivenciadas e as interações entre eles durante o trabalho de parto e parto.	Qualitativo	Moderado (bom)	Forte (ótimo)	NII
A8	Analisar a percepção das puérperas sobre a violência obstétrica durante trabalho de parto e parto	Qualitativo	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NII
A9	Identificar situações de violência obstétrica durante o trabalho de parto.	Qualitativo	Forte (ótimo)	Forte (ótimo)	NII
A10	Explorar as experiências de violência obstétrica das mulheres relacionadas ao parto no Equador	Quantitativo	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NIV

Continua

Continuação

n.	Objetivo	Metodologia	Avaliação (Guia de elaboração)	Avaliação crítica (Ferramenta JBI)	Nível de evidência
A11	Analisar experiências de discriminação estrutural e de gênero contra as mulheres.	Qualitativo	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NII
A12	Compreender como as mães interpretam e explicam a morte de seus filhos no período neonatal	Qualitativo	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NII
A13	Conhecer a percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica.	Qualitativo	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NII
A14	Caracterizar as diferentes modalidades de violência obstétrica	Qualitativo	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NII
A15	Analisar o perfil e a experiência de parto de 555 mulheres que visitaram a exposição durante a gestação, com enfoque na percepção sobre violência obstétrica	Misto – quanti/quali	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NIV
A16	Averiguar o conhecimento de mulheres sobre a violência obstétrica e verificar as formas de violência obstétrica vivenciadas por mulheres durante o processo de parturição	Qualitativo	Moderado (bom)	Forte (ótimo)	NII
A17	Identificar facilitadores e obstáculos para a implementação de maior liberdade de posição,	Qualitativo	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NII
A18	Analisar as experiências de trabalho de parto e parto de mulheres que sofreram violência obstétrica	Qualitativo	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NII
A19	Identificar a percepção dos obstetras em relação a violência obstétrica	Qualitativo	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NII
A20	Analisar os saberes de puérperas sobre violência obstétrica	Qualitativo	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NII

Continua

Continuação

n.	Objetivo	Metodologia	Avaliação (Guia de elaboração)	Avaliação crítica (Ferramenta JBI)	Nível de evidência
A21	Coletar e analisar dados formativos sobre maus tratos durante o parto na República Dominicana (DR)	Qualitativo	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NII
A22	Explorar a construção social da violência obstétrica desenvolvida por Tenek e mulheres nahuatl no México.	Qualitativo	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NII
A23	Descrever três fatores de violência obstétrica em centros de saúde que atendem a partos em Quito, Equador: informação; acompanhamento; e posição livre.	Quantitativo	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NIV
A24	Explorar como os eixos da idade, social posição ou classe e formação linguística e cultural colocam as mulheres em diferentes posições de controle e vulnerabilidade à violência obstétrica nas instituições de saúde no distrito de Colombo, Sri Lanka	Qualitativo	Moderado (bom)	Moderado (bom)	NII

FONTE: Elaborado pela pesquisadora

#### 4.4 RESULTADOS

No acervo selecionado não foi encontrada publicação no ano de 2015. Entre 2016 e 2019, houve incremento de pesquisas no ano de 2019 com 46% (11), seguido dos anos 2018 com 25% (6), 2017 com 21% (05) e no ano de 2016 houve 8% (2) dos artigos primários publicados em periódicos. O Brasil concentrou 67% (16) das pesquisas desenvolvidas sobre a temática deste estudo, seguido do Equador e México com 02 (8%) publicações cada. Os demais estudos se deram na Colômbia, República Dominicana, Sri Lanka, Índia com 4% (1) cada. O idioma predominante foi o português, 67% (16), seguido do inglês, 29% (07) e do espanhol, 4% (1).

Em relação a área do periódico, constatamos que Enfermagem foi predominante com 92% (22) das publicações nesta área, seguida de saúde coletiva com 8% (2).

A abordagem metodológica qualitativa prevaleceu em 83,3% (20) dos desenhos, seguida da quantitativa em estudos transversais com 12,5% (3) e 4,2% (1) com abordagem mista. Em relação a compatibilidade com os guias para elaboração de artigos, dos 20 artigos com desenho qualitativo 90% (18) foram classificados como bom/moderado e 10% (2) como ótimo/forte com base no COREQ. Os artigos transversais foram classificados, pelo STROBE, como bom/moderado em 67% (2) e forte/ótimo em 33% (1). E o único estudo com desenho metodológico misto foi classificado como bom/moderado pelo *check list* MMAT. Abaixo descrição consolidada da avaliação referida acima.

Tabela 1 – Avaliação dos artigos de acordo com o guia de elaboração

Abordagem metodológica	Artigos (%)	Compatibilidade com os guias de elaboração	
		Bom/moderado	Ótimo/forte
Qualitativa	20 (83,3%)	90%	10%
Quantitativa	3 (12,5%)	67%	33%
Mista	1 (4,2%)	100%	0

FONTE: Elaborada pela pesquisadora

A avaliação crítica dos estudos primários por meio das listas de verificação da JBI demonstrou convergência com os resultados dos *checklist* de elaboração de artigo. 85% dos artigos qualitativos tiveram uma boa qualidade metodológica, assim como os estudos com desenhos quantitativos com 67%. O único estudo misto do acervo apresentou uma boa avaliação metodológica tanto no componente quantitativo como no qualitativo.

Em relação ao nível de evidências, levou-se em consideração o direcionamento da questão de pesquisa. Os 20 estudos com direcionamento de questão de pesquisa voltada para significado/experiência de doença ou compreensão dos sentimentos do paciente sobre o efeito de uma intervenção na área de saúde apresentaram nível de evidência II (NII) destinado para único estudo qualitativo. Já nos estudos em que a questão de pesquisa foi direcionada para o prognóstico ou etiologia na área de saúde, o nível de evidência encontrado foi o NIV referente a estudo descritivo/transversal ou qualitativo.

#### 4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise de conteúdo empregada buscou selecionar as melhores evidências a partir interpretação controlada, baseada na inferência, para auxiliar na construção da tecnologia educacional (CASTRO et al., 2011), procedeu-se em três etapas:

Etapa 1 – Pré-exploração do material – após a leitura flutuante, obteve-se aspectos importantes que pudessem contemplar as questões de pesquisa.

Etapa 2 – Seleção das unidades de análise norteadas pelas seguintes perguntas do protocolo de pesquisa:

- 1º) Qual o entendimento do autor sobre violência obstétrica?
- 2º) Quais os conhecimentos produzidos para a prevenção da violência obstétrica?
- 3º) Quais as tecnologias utilizadas para a prevenção da violência obstétrica?
- 4º) O estudo faz relação da formação profissional com violência obstétrica?

Assim, buscou-se, em cada artigo de acervo selecionado, destacar unidades de análise para cada pergunta que exprimissem proximidade para iniciar o processo de categorização.

Etapa 3 – Categorização: as unidades de análise foram agrupadas em grandes enunciados ou categorias por proximidade objetivando exprimir significados e elaborações importantes que atendam ao objetivo do estudo e criem novos conhecimentos (CAMPOS, 2004). Cada pergunta do protocolo de pesquisa foi contemplada com categorias próprias que a respondessem.

Para efeito de força de evidência, atribuímos pontuação de 1 a 5 para os níveis de evidência, obedecendo a classificação proposta por Fineout-overholt; Stillwell (2011), conforme quadro 4 abaixo.

Quadro 4 - Pontuação atribuída por nível de evidência de acordo com o direcionamento da pergunta de pesquisa

Nível de evidência	Pontuação
Nível de evidência I (NI)	5
Nível de evidência II (NII)	4
Nível de evidência III (NIII)	3
Nível de evidência IV (NIV)	2
Nível de evidência V (NV)	1

FONTE: Elaborado pela pesquisadora

Assim, a presença da categoria no artigo (1 ponto) foi multiplicada pela pontuação do seu nível de evidência gerando uma pontuação parametrizada para cada categoria.

A primeira pergunta gerou seis categorias definidas, pela autora desta revisão, da seguinte maneira:

Quadro 5 - Definição das categorias da pergunta 1

Qual o entendimento do autor sobre violência obstétrica?		
n.	Categorias	Definição
1	Invisibilidade mútua	Trata-se do não reconhecimento da VO por parte dos profissionais e das mulheres, em virtude da formação e do desconhecimento a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos.
2	Formação tecnicista com práticas ineficazes	Trata-se do ensino e execução permanente de práticas comprovadamente ineficazes por evidências científicas.
3	Autonomia violada/impedida/subestimada pela soberania profissional e/ou Sistema de saúde	Trata-se da sobreposição do saber médico ao saber da mulher, impedindo sua autonomia e protagonismo.
4	Intencionalidade obscura	É a violência praticada em que a intencionalidade é incerta.
5	Assistência segregativa	Trata-se da assistência agressiva a mulheres com características sócio-econômicas desfavorecidas.
6	Ineficácia e Ineficiência dos serviços de saúde	Trata-se de uma rede assistencial e estrutural despreparada para atender gestantes.

FONTE: Elaborada pela pesquisadora

Vale salientar que um mesmo artigo apresentou mais de uma categoria na sua descrição. Assim, observou-se que a categoria que prevaleceu no entendimento dos autores sobre violência obstétrica foi a categoria 3 (Autonomia violada/impedida/subestimada pela soberania

profissional e/ou Sistema de saúde), encontrada em 79% dos artigos. Já a categoria de menor presença na definição dos autores foi a categoria 6 (Ineficácia e Ineficiência dos serviços de saúde), em 8% dos artigos. A seguir o quadro 6 demonstra as categorias encontradas em cada artigo e sua respectiva força da evidência.

Quadro 6 – Força da evidência por categoria encontrada nos artigos para a pergunta 1

Qual o entendimento do autor sobre violência obstétrica?							
Artigo	Categorias						Nível de evidência
	1	2	3	4	5	6	
A1	X						NII
A2		X					NIV
A3			X				NII
A4			X				NII
A5		X	X				NII
A6	X	X	X	X			NII
A7	X		X				NII
A8		X	X				NII
A9		X	X				NII
A10			X				NIV
A11					X		NII
A12		X	X			X	NII
A13		X			X		NII
A14	X		X				NII
A15		X	X				NIV
A16		X	X	X			NII
A17	X		X				NII
A18		X	X	X			NII
A19	X		X	X			NII
A20			X				NII
A21		X	X		X	X	NII
A22	X		X				NII
A23			X				NIV
A24				X			NII
<b>Força da evidência</b>	<b>28</b>	<b>40</b>	<b>70</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	

FONTE: Elaborada pela pesquisadora

Quanto aos conhecimentos produzidos para a prevenção da violência obstétrica, na visão dos autores inseridos neste estudo, elencou-se três categorias como resultado da consolidação das unidades de análise. A seguir, estão descritas cada categoria com sua respectiva definição, elaborada pela autora desta revisão:

Quadro 7 - Definição das categorias da pergunta 2

Quais os conhecimentos produzidos para a prevenção da violência obstétrica?		
n.	Categorias	Definição
1	Abordagem acolhedora e estratégias de Educação em saúde	Trata-se da necessidade da abordagem acolhedora com escuta qualificada e estratégias para educação em saúde sobre a temática, esclarecendo os direitos das mulheres e os mecanismos de prevenção de VO.
2	Informações empoderam	Mulheres com informações e conhecimentos sobre o processo de parturição e seus direitos, embasados em evidências científicas, tornam-se capazes de prevenir a VO devido a adoção de uma postura protagonista e segura.
3	Mudança de processos de trabalho e atitude profissional	A mudança do modelo obstétrico só será alcançada com atitudes dos profissionais que convergem para a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. É necessário a unidade de práticas e posturas institucionais concretizada pela atuação dos profissionais.

FONTE: Elaborado pela pesquisadora

Os artigos também apresentaram mais de uma categoria, sendo as mais prevalentes a categoria 1 (Abordagem acolhedora e estratégias de Educação em saúde) com 87,5% dos estudos expondo esse conhecimento, seguida da categoria 2 (Informações empoderam) com 83%. A categoria 3 (Mudança de processos de trabalho e atitude profissional) estava presente 37,5% dos estudos. A descrição das categorias por artigo está tabulada no quadro 8.

Quadro 8 – Força da evidência por categoria encontrada nos artigos para a pergunta 2

Quais os conhecimentos produzidos para a prevenção da violência obstétrica?				
Artigo	Categorias			Nível de evidência
	1	2	3	
A1	X			NII
A2		X		NIV
A3			X	NII
A4	X			NII
A5	X	X	X	NII
A6	X	X		NII
A7	X	X		NII

Continua

Continuação

Quais os conhecimentos produzidos para a prevenção da violência obstétrica?				
Artigo	Categorias			Nível de evidência
	1	2	3	
A8	X	X		NII
A9			X	NII
A10	X	X	X	NIV
A11	X	X		NII
A12	X	X	X	NII
A13	X	X		NII
A14	X	X	X	NII
A15	X	X		NIV
A16	X	X		NII
A17	X	X	X	NII
A18	X	X		NII
A19	X	X	X	NII
A20	X	X		NII
A21	X	X		NII
A22	X	X		NII
A23	X	X		NIV
A24	X	X	X	NII
Nível de evidência		78	72	34

FONTE: Elaborado pela pesquisadora

Em relação as tecnologias utilizadas para a prevenção da violência obstétrica encontradas nos artigos, optou-se por categorizá-las de acordo com as definições de Merhy (1997) e Nietzsche et al (2005), assim as categorias encontradas foram as seguintes:

Quadro 9 - Definição das categorias da pergunta 3

Quais as tecnologias utilizadas para a prevenção da violência obstétrica?		
n.	Categorias	Definição
1	Tecnologias Leves	São tecnologias relacionais capazes de produzir vínculos e acolhimento que conduzem o encontro do usuário com necessidades de ações de saúde.
2	Tecnologias Leve-duras	São as tecnologias com saberes estruturados que participam dos processos de trabalho em saúde.
3	Tecnologia Dura	São as tecnologias que envolvem equipamentos tecnológicos.
4	Tecnologia Educacional	É qualquer dispositivo utilizado na relação educador-educando que facilitam/mediam a construção e reconstrução do conhecimento.

Continua

Continuação

Quais as tecnologias utilizadas para a prevenção da violência obstétrica?		
n.	Categorias	Definição
5	Tecnologia Gerencial	É o conjunto de ações teórico-práticas com intuito de intervir nas atuações profissionais para melhorar sua qualidade na administração de atuações e serviços em saúde.
6	Tecnologia Assistencial	É o conjunto de saberes técnico-científicos sistematizados, processuais e instrumentais, que promovem a qualidade do cuidado em saúde do usuário.

FONTE: Elaborado pela pesquisadora

Os estudos trouxeram mais de uma classificação de tecnologia que podem ser utilizadas na prevenção da VO. A tecnologia leve foi identificada em 92% dos estudos, seguidas das tecnologias leve-duras e educacionais que obtiveram a mesma frequência no acervo (83%). As tecnologias gerenciais e assistenciais foram citadas em 50% e 54% dos artigos, respectivamente. A tecnologia dura apareceu em apenas 1 estudo primário.

É importante frisar que a estratégia que apareceu em grande parte dos estudos foi o pré-natal de qualidade, sendo este considerado como processo de trabalho que associa as tecnologias leve, leve-dura, educacional, assistencial e gerencial, sendo, portanto, uma ação potencializadora para prevenção da VO.

No quadro 10 está a descrição da força da evidência das categorias identificadas nos artigos para responder à pergunta 3.

**Quadro 10** - Força da evidência por categoria encontrada nos artigos para a pergunta 3

Quais as tecnologias utilizadas para a prevenção da violência obstétrica?							
Artigo	Categorias						Nível de evidência
	1	2	3	4	5	6	
A1	X	X		X			NII
A2	X				X		NIV
A3	X	X		X		X	NII
A4	X				X		NII
A5	X	X		X	X		NII
A6	X				X		NII
A7		X				X	NII
A8	X	X		X		X	NII
A9	X	X		X	X	X	NII
A10	X	X		X		X	NIV
A11	X	X		X	X	X	NII

Continua

Continuação

Quais as tecnologias utilizadas para a prevenção da violência obstétrica?							
Artigo	Categorias						Nível de evidência
	1	2	3	4	5	6	
A12	X	X		X	X	X	NII
A13	X	X		X			NII
A14	X	X		X	X	X	NII
A15		X		X			NIV
A16	X	X		X	X	X	NII
A17	X	X		X			NII
A18	X	X		X		X	NII
A19	X	X	X	X		X	NII
A20	X	X		X	X	X	NII
A21	X	X		X	X	X	NII
A22	X	X		X			NII
A23	X	X		X	X		NIV
A24	X			X			NII
Força da evidência	82	74	4	74	44	50	

FONTE: Elaborado pela pesquisadora

Buscou-se investigar se há relação da formação profissional com violência obstétrica nos estudos revisados. Constatou-se que 17 artigos faziam essa relação, sendo possível agrupar as unidades de análise nas seguintes categorias:

Quadro 11 - Categorias encontradas nos artigos para a pergunta 4

O estudo faz relação da formação profissional com violência obstétrica?		
n.	Categorias	Definição
1	Formação tecnicista resistente à adoção de boas práticas.	Trata-se da formação acadêmica eminentemente tecnicista, pautada na medicalização de processos fisiológicos com intensa iatrogenia justificada equivocadamente pela necessidade de controle e manutenção do bem estar materno fetal
2	Descontinuidade da formação profissional	Trata-se da ausência ou escassez de qualificação profissional capaz de ressignificar conceitos e processos do cuidar por meio de educação permanente ou continuada nos serviços de saúde
3	Supremacia cultural e social de uma categoria profissional	Trata-se da permanência da hegemonia cultural e social da categoria médica, ratificada durante a formação, em relação as demais que possuem competência simétrica para atuar na assistência a mulher no período gravídico puerperal, de acordo com lei de exercício profissional

FONTE: Elaborado pela pesquisadora

A grande maioria dos estudos elencou mais de uma categoria relacionando a formação profissional com a VO. Em 65% dos artigos houve a relação da categoria 2 (Descontinuidade da formação profissional) com a VO; em 53% essa relação está na categoria 1 (Formação tecnicista resistente a adoção de boas práticas) e apenas um artigo cogitou a relação com a categoria 3 (Supremacia cultural e social de uma categoria profissional), conforme demonstra o quadro 12.

Quadro 12 - Força da evidência por categoria encontrada nos artigos para a pergunta 4

O estudo faz relação da formação profissional com violência obstétrica?				
Artigo	Categorias			Nível da evidência
	1	2	3	
A1	X			NII
A2	X			NIV
A3				NII
A4	X			NII
A5		X		NII
A6	X		X	NII
A7	X			NII
A8		X		NII
A9	X	X		NII
A10				NIV
A11	X			NII
A12	X	X		NII
A13	X	X		NII
A14		X		NII
A15		X		NIV
A16		X		NII
A17				NII
A18		X		NII
A19		X		NII
A20				NII
A21				NII
A22				NII
A23				NIV
A24		X		NII
<b>Força da evidência</b>	<b>34</b>	<b>42</b>	<b>4</b>	

FONTE: Elaborado pela pesquisadora

Em síntese, foram extraídos, na análise de conteúdo, quatro enunciados que geraram 18 categorias que tiveram a força da evidência avaliada de acordo com a presença nos estudos. Alguns artigos apresentaram mais de uma categoria por enunciado, resultando na pontuação descrita no quadro abaixo

Quadro 13 – Força de evidência conforme as categorias encontradas nos estudos

<b>Enunciados</b>	<b>Categorias</b>	<b>Força da evidência</b>
Entendimento do autor sobre VO	Invisibilidade mútua	28
	Formação tecnicista com práticas ineficazes	40
	Autonomia violada/impedida/subestimada pela soberania profissional e/ou Sistema de saúde	70
	Intencionalidade obscura	20
	Assistência segregativa	12
	Ineficácia e Ineficiência dos serviços de saúde	8
Conhecimentos produzidos para prevenção da VO	Abordagem acolhedora e estratégias de Educação em saúde	78
	Informações empoderam	72
	Mudança de processos de trabalho e atitude profissional	34
Tecnologia para prevenção da VO	Tecnologias Leves	82
	Tecnologias Leve-duras	74
	Tecnologia Dura	4
	Tecnologia Educacional	74
	Tecnologia Gerencial	44
	Tecnologia Assistencial	50
Relação entre formação profissional e a VO	Formação tecnicista resistente à adoção de boas práticas.	34
	Descontinuidade da formação profissional	42
	Supremacia cultural e social de uma categoria profissional	4

FONTE: Elaborado pela pesquisadora

## 5 RESULTADOS ALCANÇADOS

### 5.1 MANUSCRITO CIENTÍFICO

#### PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA: REVISÃO INTEGRATIVA

##### RESUMO

**Objetivo:** sintetizar as melhores evidências, na literatura científica, sobre a prevenção da violência obstétrica para gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde nos serviços de saúde pública.

**Método:** revisão integrativa da literatura, seguindo as recomendações do PRISMA. A busca de dados ocorreu em fevereiro e março de 2020, nas bases de dados Lilacs, Cinahal, Embase, Scielo e Pubmed com termos indexados nos Descritores em Ciências da Saúde: violência e obstetrícia, utilizando os booleanos *AND* e *OR*. Foram incluídos artigos primários publicados entre 2015 e 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol, com avaliação crítica metodológica e compatibilidade com os guias de elaboração de moderada/boa a forte/ótima. Utilizou-se protocolo validado para registrar informações. Averiguou-se os itens indispensáveis nos estudos por meio de Guias de elaboração validados. Para avaliação crítica utilizou-se as ferramentas do Joanna Briggs Institute. Realizou-se análise de conteúdo para identificar categorias condizentes com o objetivo do estudo.

**Resultados:** 24 estudos atenderam aos critérios de inclusão e avaliação, respondendo a seguinte pergunta de pesquisa. Destes, 46% foram publicados em 2019, concentrando-se no Brasil (67%), na área de enfermagem (92%) e abordagem qualitativa (83,3%). O acervo apresentou uma boa compatibilidade com os guias de elaboração de acordo com o desenho da pesquisa, convergindo com a avaliação crítica da qualidade metodológica. Os níveis de evidência encontrados foram II (83,3%) e IV (16,6%). Emergiram 18 categorias com força de evidência diferenciada.

**Conclusão:** a violência obstétrica é a violação de direitos expressa na perda da autonomia feminina ancorada no desconhecimento. Estratégias de educação em saúde adequadas e profissionais qualificados podem preparar mulheres e famílias para nascimento seguro.

**DESCRITORES:** Cuidado pré-natal. Parto. Direitos sexuais e reprodutivos. Violência. Educação em saúde.

## **PREVENTION OF OBSTETRIC VIOLENCE IN PUBLIC HEALTH SERVICES: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW**

### **ABSTRACT**

**Objective:** synthesize the best evidence in the scientific literature on the prevention of obstetric violence for pregnant women, companions and health professionals in public health services.

**Method:** integrative literature review, following the recommendations of PRISMA. The data search took place in February and March 2020, in the Lilacs, Cinahal, Embase, Scielo and Pubmed databases with terms indexed in the Health Sciences Descriptors: violence and obstetrics, using the AND and OR Booleans. Primary articles published between 2015 and 2019 in Portuguese, English and Spanish were included, with a critical methodological assessment and compatibility with the moderately / good and strong / excellent guides. A validated protocol was used to record information. The indispensable items in the studies were verified through validated elaboration guides. For critical evaluation, the tools of the Joanna Briggs Institute were used. Content analysis was performed to identify categories consistent with the objective of the study.

**Results:** 24 studies met the inclusion and evaluation criteria, answering the research question. Of these, 46% were published in 2019, focusing on Brazil (67%), in the nursing area (92%) and the qualitative approach (83.3%). According to the research design, the collection presented good compatibility with the elaboration guides, converging with the critical evaluation of the methodological quality. The levels of evidence found were II (83.3%) and IV (16.6%). Eighteen categories emerged with differentiated strength of evidence.

**Conclusion:** obstetric violence is the violation of rights expressed in the loss of female autonomy anchored in ignorance. Appropriate health education strategies and qualified professionals can prepare women and families for a safe birth.

**DESCRIPTORS:** Prenatal care. Obstetric Delivery. Sexual and reproductive rights. Violence. Health education.

### 5.1.1 Introdução

O processo parturitivo, ao longo dos anos, passou de evento familiar, essencialmente feminino e social para uma prática obstétrica institucionalizada e intervencionista. A compreensão da gestação e do parto sob a ótica patológica resultou na submissão feminina à técnicas medicalizadas e formais em um cenário controlado pelo modelo assistencial biomédico suscetível a situações de violação de direitos expressas por negligência assistencial; discriminação social; violência verbal, psicológica, física e, até, abuso sexual (AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2011; SANTOS et al., 2012).

O termo Violência Obstétrica (VO) surgiu, em 2010 na Venezuela, para denominar as lutas em prol da erradicação e penalidade de práticas e posturas violentas no processo de parturição (MARIANI; NASCIMENTO NETO, 2016). Atos violentos contra mulher nesse período reprodutivo também foi denominado de violência institucional e se refere àquela praticada por entidades públicas, que engloba desde a má qualidade da assistência até a falta ou dificuldade de acesso ocasionados por omissão ou ação dos prestadores de serviços (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

No mesmo ano, no Brasil, foi desenvolvida uma pesquisa pela Fundação Perseu Abramo constatando que 25% das mulheres sofrem algum tipo de violência durante a assistência ao parto e, das que abortaram, metade também tinha relato semelhante. Ainda em 2010, uma pesquisa acadêmica apontou a percepção negativa de puérperas sobre suas experiências de parto e nascimento (AGUIAR, 2013; VENTURI; GODINHO, 2013).

A divulgação dos resultados desses estudos contribuiu para que esse tema fosse mais discutido academicamente, despertando a opinião pública para novas pesquisas e ações do movimento de mulheres contra esse agravo sanitário. Além disso, essas práticas violentas passaram a ser melhor investigadas a partir da cobrança de mulheres e profissionais em prol da humanização do parto (SENA; TESSER, 2017).

É notório que a assistência violenta, de maus tratos, negligências, abusos e sobretudo violação dos direitos humanos por parte dos profissionais de saúde é vivenciada por mulheres em todo o mundo. Tal fenômeno parece estar enraizado a uma cultura que o torna cotidiano, banalizado, invisível e naturalizado permitindo o não reconhecimento como prática de violação dos direitos e grave problema de saúde pública mundial (AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2011; TERÁN et al., 2013; ZACHER, 2015).

Embora a discussão em torno da violação de direitos de gestantes, parturientes e puérperas estivesse presente pontualmente em alguns países, somente em 2014 a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a existência da violência contra mulheres no período gravídico-puerperal, referindo-se a toda e qualquer postura e prática violenta que ocorre no processo de parturição realizadas por qualquer profissional ou instituição de saúde durante o atendimento da usuária (OMS, 2014).

Atualmente as evidências apontam que a má qualidade assistencial a este grupo de mulheres está associada a resultados maternos adversos, impactando diretamente nos indicadores de mortalidade materna, considerado um importante indicador de saúde pública por representar o acesso e a adequação do sistema assistencial à saúde em responder às suas necessidades (WHO,2015). As implicações da violência obstétrica para a morbimortalidade materna estão relacionadas ao risco adicional associado aos eventos adversos do manejo agressivo do parto vaginal, na negligência em atender mulheres que expressam seu desconforto, nas condutas iatrogênicas, na hostilidade contra profissionais e mulheres considerados contrários ao modelo hegemônico de assistência (DINIZ et al.,2015).

A violência obstétrica também está insinuada em indicadores que refletem ideações culturais distorcidas sobre o processo de nascimento fisiológico, caracterizando-o como extremamente doloroso e arriscado. No Brasil, a constatação da hipermedicalização e patologização da fisiologia do parto está claramente apresentada na crescente taxa de cesariana, que em 2016 estava em torno de 55,6% nos serviços de saúde configurando a segunda maior taxa do mundo, superada apenas pela República Dominicana, com 56%, contrariando as recomendações da OMS que, desde 1985, considera a taxa ideal de cesárea entre 10% e 15% (OMS, 2015).

Não somente procedimentos cirúrgicos em demasia demonstram a existência da violação de direitos de gestantes/parturiente/puérperas, constatou-se que a relação desigual de poder entre profissionais e usuárias é permeada de abusos. Profissionais de saúde incorporam tamanha autoridade técnico-científica e obediência às regras, que impedem a construção de qualquer relação humana capaz de gerar vínculos com as pacientes, acarretando crise de confiança do cuidado e conseqüentemente perda da autonomia e capacidade de decisão da mulher em relação ao seu corpo. Essa relação favorece a submissão das mulheres e a imposição de uma autoridade unilateral, consolidando diferentes formas de violência durante a assistência a parturiente (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; JARDIM; MODENA, 2018).

A permanência e perpetuação desse tipo de relação entre profissionais de saúde e usuárias / família está diretamente relacionada à formação tecnicista e obsoleta e à ausência da percepção da usuária enquanto protagonista do processo de nascimento. Portanto, para minimizar os riscos de violência obstétrica é necessário que o parto seja compreendido como um processo fisiológico normal que requer vigilância e acolhimento, no qual a mulher deve se preparar e participar ativamente na tomada de decisão em tempo oportuno para um desfecho favorável (KOPERECK et al., 2018; MARQUES et al., 2020).

Nesse sentido, considerando o atual cenário obstétrico, é coerente afirmar que o empoderamento feminino e familiar pode ser uma tática de prevenção a situações violentas durante o ciclo gravídico-puerperal. Investimentos em ações de educação em saúde estimulam a autonomia da mulher na família, na sociedade e no cuidado a saúde minimizando os riscos permanente de violência em seu cotidiano. Para tanto, é necessário a incorporação, na execução de cuidado das mulheres, de estratégias educacionais que minimizem a vulnerabilidade dessa clientela (PEDROSO; LÓPEZ, 2017).

Assim, esse estudo buscou sintetizar as melhores evidências produzidas, na literatura científica, sobre a prevenção da violência obstétrica para gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde nos serviços de saúde pública.

### 5.1.2 Método

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) da Literatura desenvolvida nas seguintes etapas: identificação do problema e questão de pesquisa, coleta de dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos dados e discussão dos resultados (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Este estudo foi construído e relatado seguindo as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* – PRISMA (MOHER et al., 2015).

A identificação do questionamento dessa pesquisa foi elaborada na técnica IPAC (Informação, Público – Alvo, Contexto do cuidado), como uma adaptação da técnica PICO (População, Intervenção, Contexto) utilizada nas revisões sistemáticas de âmbito qualitativo e nas revisões integrativas (TEIXEIRA; NASCIMENTO, 2020). Sendo assim buscou-se responder à seguinte questão: Quais os conhecimentos produzidos sobre a prevenção da violência obstétrica para gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde nos serviços de saúde pública?

A primeira etapa se deu nos meses de fevereiro e março de 2020 com a busca nas bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), serviço da *U. S. National Library of Medicine* (Pubmed), *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (Cinahl), *Elsevier Medical Base* (Embase). Tendo em vista a restrição da temática abordada na questão de pesquisa, montou-se uma estratégia de busca mais sensível, com menor número de correlações. Para tanto utilizou-se os seguintes termos indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): violência e obstetrícia com os filtros de data e idioma, utilizando os booleanos *AND* e *OR*. Assim as estratégias estruturadas no protocolo de busca foram as seguintes:

Quadro 14 - Estratégias de busca segundo a base de dados

Base	Estratégia de busca
PUBMED	(Obstetric Violence[tiab] OR Obstetric Damage[tiab]) AND ("2015/02/17"[PDat]: "2020/02/15"[PDat] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))
EMBASE	('obstetric violence'/exp OR 'obstetric violence':ti,ab) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim) AND [2015-2020]/py
LILACS	(tw:("violencia obstetrica" OR "Obstetric Violence")) AND (db:("LILACS")) AND la:("pt" OR "es" OR "en")) AND (year_cluster:[2015 TO 2020])
CINAHL	("Obstetric Violence") AND (LA English OR LA Portuguese OR LA Spanish)) AND (PY 2015 OR PY 2016 OR PY 2017 OR PY 2018 OR PY 2019 OR PY 2020))
SCIELO	("violencia obstetrica" OR "Obstetric Violence") AND year_cluster:("2019" OR "2017" OR "2016" OR "2018" OR "2015" OR "2020") AND la:("pt" OR "en" OR "es")

FONTE: Elaborado pela pesquisadora.

Os estudos incluídos na RI foram os artigos completos, nos idiomas português, inglês e espanhol com disposição dos descritores no artigo (resumo, título ou assunto), publicado nos últimos 5 anos (2015-2019), com avaliação crítica metodológica e compatibilidade com os guias de elaboração de moderada/boa a forte/ótima. As publicações do tipo revisão, monografias, dissertações e teses foram excluídas.

Na etapa seguinte realizou-se a leitura do título, resumo e descritores de todos os artigos encontrados; leitura para conferência nos artigos no que tange os critérios de inclusão, exclusão e objetivo; sistematização dos dados no roteiro validado, por outros estudos, e adaptado para registro das informações relevantes de cada publicação encontrada (CARTANA et al., 2019;

HONORATO et al., 2019a, 2019b; SANTANA et al., 2019; SILVA et al., 2018b; SOUZA et al., 2019a, 2019b).

Para a extração e elaboração do banco de dados dos estudos incluídos foi delineada uma planilha utilizando o programa *Microsoft Office Excell*® com os seguintes itens: ano, autor, idioma, país sede da pesquisa, título do periódico, *Qualis* e área do periódico, metodologia do estudo, objetivo da pesquisa, amostra, principais considerações/resultados. Na avaliação *Qualis* priorizou-se a grande área da Enfermagem. Na ausência de avaliação nesta, selecionou-se a área seguinte com maior pontuação.

Utilizou-se guias validados para averiguar os itens necessários e indispensáveis na elaboração de publicações científicas de acordo com cada tipo de método empregado. Para os artigos com abordagem qualitativa empregou-se o *check-list Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) que possui 32 itens para verificação de entrevistas e grupos focais por meio de três domínios: “equipe de pesquisa e reflexividade” (8 itens), “desenho do estudo” (15 itens) e “análise e achados” (9 itens); para os estudos com delineamento quantitativo foi escolhido o guia *Strengthening The Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE) aplicados a estudos observacionais – coorte, corte transversal e caso controle – estruturado em 22 itens instrutivos para conduzir e avaliar estes tipos de estudo (PORTUGAL et al., 2018) e para os estudos com abordagem metodológica mista aplicou-se a ferramenta de avaliação de métodos mistos (*Mixed Methods Appraisal Tool - MMAT*) proposta por Pluye; Hong (2014), aplicado por Souto et al (2015) e Salviano; Gomes; Martins (2020).

Para a avaliação crítica dos estudos, utilizou-se as ferramentas do *Joanna Briggs Institute* (JBI), um instituto internacional de pesquisa e desenvolvimento organizado dentro da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Adelaide, especializado na promoção e apoio à saúde baseada em evidências, fornecendo acesso a recursos para profissionais de enfermagem, obstetrícia, medicina e saúde aliada. Contudo, nos estudos com abordagem metodológica mista usou-se duas ferramentas de apreciação crítica, uma para cada etapa metodológica (LOCKWOOD; MUNN; PORRITT, 2015; MOOLA et al., 2017).

Cada item constante nos *check-list* foi respondido atentando para a presença ou ausência da informação no artigo. O *score* de classificação tanto da congruência dos artigos como da qualidade do método foi atribuído, pelos autores, em porcentagem simples da seguinte maneira: "forte/ótimo" quando 66% ou mais dos itens do *checklist* foram atendidos; "moderado/bom" de

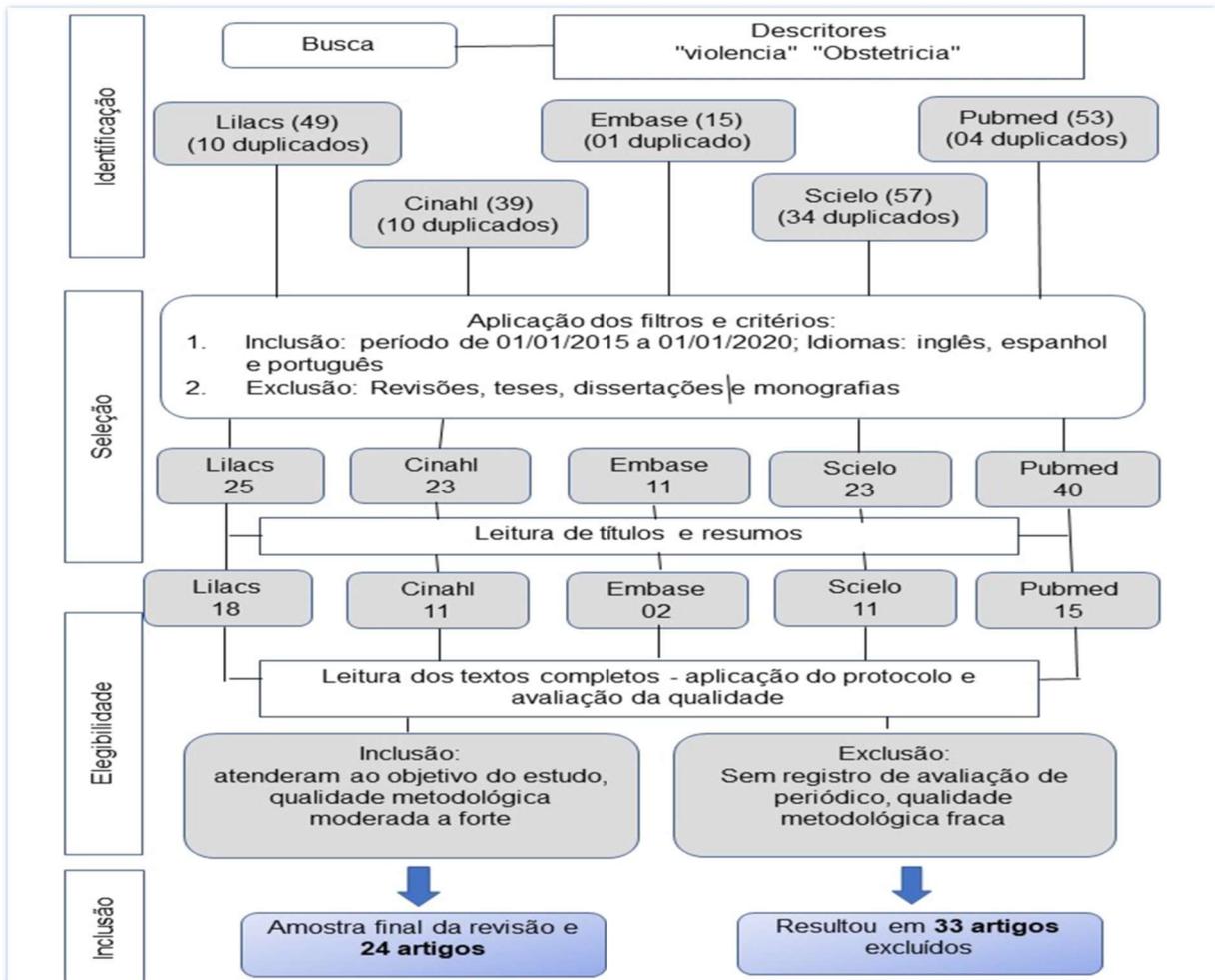
33% a 65% das questões foram respondidas; e "fraco/ruim" quando 32% ou menos das questões estavam contempladas, sendo excluído da revisão.

O nível de evidência dos artigos foi analisado de acordo com o sistema de classificação de força de evidência proposta por Fineout-Overholt; Stillwell (2011) em que considera o tipo de questão clínica do estudo primário. Esta classificação propõe três pirâmides hierárquicas: quando o estudo primário tem sua questão direcionada para tratamento/intervenção na área da saúde, a força da evidência pode ser classificada em sete níveis; quando a questão de pesquisa está direcionada ao prognóstico ou etiologia na área de saúde, a força de evidência possui cinco níveis, assim como quando a pergunta de pesquisa está direcionada ao significado/experiência de doença ou compreensão dos sentimentos do paciente sobre o efeito de uma intervenção na área de saúde.

### **5.1.3 Resultado**

As estratégias de buscas nos bancos correlacionados geraram 213 referências que, ao término das etapas de seleção do material, resultou em 24 estudos primários para a análise e discussão (Figura 2).

Figura 2 - Fluxo do processo de seleção dos estudos conforme recomendações do PRISMA



FONTE: Elaborado pela pesquisadora

### 5.1.3.1 Caracterização dos estudos incluídos

No acervo selecionado não foi encontrada publicação no ano de 2015. Entre 2016 e 2020, houve incremento de pesquisas no ano de 2019 com 46% (11), seguido dos anos 2018 com 25% (6), 2017 com 21% (05) e no ano de 2016 houve 8% (2) dos artigos primários publicados em periódicos. O Brasil concentrou 67% (16) das pesquisas desenvolvidas sobre a temática deste estudo, seguido do Equador e México com 02 (8%) publicações cada. Os demais estudos se deram na Colômbia, República Dominicana, Sri Lanka, Índia com 4% (1) cada. O idioma predominante foi o português, 67% (16), seguido do inglês, 29% (07) e do espanhol, 4% (1).

Em relação a área do periódico, constatamos que Enfermagem foi predominante com 92% (22) das publicações nesta área, seguida de saúde coletiva com 8% (2).

Quanto a abordagem metodológica, a compatibilidade e classificação de acordo com os guias para elaboração de artigos, obteve-se a seguinte descrição:

Tabela 2 – Avaliação dos artigos de acordo com o guia de elaboração.

<b>Abordagem metodológica</b>	<b>Artigos (%)</b>	<b>Compatibilidade com os guias de elaboração</b>	
		<b>Bom/moderado</b>	<b>Ótimo/forte</b>
Qualitativa	20 (83,3%)	90%	10%
Quantitativa	3 (12,5%)	67%	33%
Mista	1 (4,2%)	100%	0

FONTE: Elaborada pela pesquisadora

A avaliação crítica dos estudos primários por meio das listas de verificação da JBI demonstrou convergência com os resultados dos checklist de elaboração de artigo. 85% dos artigos qualitativos tiveram uma boa qualidade metodológica, assim como os estudos com desenhos quantitativos com 67%. O único estudo misto do acervo apresentou uma boa avaliação metodológica tanto no componente quantitativo como no qualitativo.

Em relação ao nível de evidências, levou-se em consideração o direcionamento da questão de pesquisa. Os 20 estudos com direcionamento de questão de pesquisa voltada para significado/experiência de doença ou compreensão dos sentimentos do paciente sobre o efeito de uma intervenção na área de saúde apresentaram nível de evidência II (NII). Já nos estudos em que a questão de pesquisa foi direcionada para o prognóstico ou etiologia na área de saúde, o nível de evidência encontrado foi o NIV.

Quadro 15 – Nível de evidência conforme direcionamento da questão de pesquisa

<b>N</b>	<b>Autor</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Nível de Evidência</b>
A1	(SILVA et al., 2016)	Investigar o conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica.	NII
A2	(ANDRADE et al., 2016)	Analisar os fatores associados à violência obstétrica de acordo com as práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal em uma maternidade escola e de referência da Cidade do Recife	NIV
A3	(PEDROSO; LÓPEZ, 2017)	Refletir sobre as experiências de mulheres em relação à assistência ao parto numa maternidade pública de Porto Alegre - RS	NII
A4	(POMPEU et al., 2017)	Identificar o conhecimento de puérperas sobre a episiotomia e como se deu a realização dessa prática no parto	NII
A5	(GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2017)	Identificar as percepções das mulheres sobre violência obstétrica no processo de parto	NII
A6	(CHATTOPADHYAY; MISHRA; JACOB, 2017)	Identificar conjunto de fatores que afetam a saúde materna, formas simbólicas e tangíveis de violência nos partos hospitalares	NII
A7	(OLIVEIRA; PENNA, 2017)	Analisar os discursos de mulheres e profissionais de saúde sobre o cuidado durante o parto, considerando as situações vivenciadas e as interações entre eles durante o trabalho de parto e parto.	NII
A8	(CARVALHO; ARAÚJO, 2018)	Analisar a percepção das puérperas sobre a violência obstétrica durante trabalho de parto e parto	NII
A9	(MESSIAS et al., 2018)	Identificar situações de violência obstétrica durante o trabalho de parto.	NII
A10	(BRANDÃO et al., 2018)	Explorar as experiências de violência obstétrica das mulheres relacionadas ao parto no Equador	NIV
A11	(SANTIAGO et al., 2018)	Analisar experiências de discriminação estrutural e de gênero contra as mulheres.	NII
A12	(ANUNCIACÃO et al., 2018)	Compreender como as mães interpretam e explicam a morte de seus filhos no período neonatal	NII

Continua

Continuação

<b>N</b>	<b>Autor</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Nível de Evidência</b>
A13	(LEAL et al., 2018)	Conhecer a percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica.	NII
A14	(JOJOA-TOBAR et al., 2019)	Caracterizar as diferentes modalidades de violência obstétrica	NII
A15	(LANSKY et al., 2019)	Analisar o perfil e a experiência de parto de 555 mulheres que visitaram a exposição durante a gestação, com enfoque na percepção sobre violência obstétrica	NIV
A16	(NASCIMENTO et al., 2019)	Averiguar o conhecimento de mulheres sobre a violência obstétrica e verificar as formas de violência obstétrica vivenciadas por mulheres durante o processo de parturição	NII
A17	(NIY et al., 2019)	Identificar facilitadores e obstáculos para a implementação de maior liberdade de posição,	NII
A18	(OLIVEIRA et al., 2019)	Analisar as experiências de trabalho de parto e parto de mulheres que sofreram violência obstétrica	NII
A19	(SENS; STAMM, 2019)	Identificar a percepção dos obstetras em relação a violência obstétrica	NII
A20	(SILVA et al., 2019)	Analisar os saberes de puérperas sobre violência obstétrica	NII
A21	(CASTRO; SAVAGE, 2019)	Coletar e analisar dados formativos sobre maus tratos durante o parto na República Dominicana (DR)	NII
A22	(FLORES et al., 2019)	Explorar a construção social da violência obstétrica desenvolvida por Tenek e mulheres nahuatl no México.	NII
A23	(MEIJER et al., 2019)	Descrever três fatores de violência obstétrica em centros de saúde que atendem a partos em Quito, Equador: informação; acompanhamento; e posição livre.	NIV
A24	(PERERA et al., 2018)	Explorar como os eixos da idade, social posição ou classe e formação linguística e cultural colocam as mulheres em diferentes posições de controle e vulnerabilidade à violência obstétrica nas instituições de saúde no distrito de Colombo, Sri Lanka	NII

FONTE: Elaborado pela pesquisadora.

### 5.1.3.2 Categorização dos dados encontrados

A análise de conteúdo guiada pelo protocolo de pesquisa possibilitou uma minuciosa exploração do material, gerando grandes enunciados que exprimiram, por inferência, categorias importantes para atender ao objetivo desse estudo (CAMPOS, 2004; CASTRO et al., 2011). Para averiguar a força de evidência de cada categoria, definiu-se uma pontuação de 1 a 5 para os níveis de evidência, obedecendo a classificação proposta por Fineout-overholt; Stillwell (2011), assim, a presença da categoria no artigo (1 ponto) foi multiplicada pela pontuação do nível de evidência correspondente gerando um *score* parametrizado, sendo possível destacar as evidências mais fortes encontradas nesta revisão.

Foram extraídos quatro enunciados que geraram 18 categorias com força da evidência avaliada de acordo com a presença nos estudos. Alguns artigos apresentaram mais de uma categoria por enunciado, conforme descrição abaixo.

Quadro 16 – Força de evidência conforme as categorias encontradas nos estudos

Enunciados	Categorias (Artigos)	Força da evidência
Entendimento do autor sobre VO	Invisibilidade mútua (A1, A6, A7, A14, A17, A19, A22)	28
	Formação tecnicista com práticas ineficazes (A2, A5, A6, A8, A9, A12, A13, A15, A16, A18, A21)	40
	Autonomia violada/impedida/subestimada pela soberania profissional e/ou Sistema de saúde (A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A12, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A23)	70
	Intencionalidade obscura (A6, A16, A18, A19, A24)	20
	Assistência segregativa (A11, A13, A21)	12
	Ineficácia e Ineficiência dos serviços de saúde (A12, A21)	8
Conhecimentos produzidos para prevenção da VO	Abordagem acolhedora e estratégias de Educação em saúde (A1, A4, A5, A6, A7, A8, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A23, A24)	78
	Informações empoderam (A2, A5, A6, A7, A8, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A23, A24)	72
	Mudança de processos de trabalho e atitude profissional (A3, A5, A9, A10, A12, A14, A17, A19, A24)	34

Continua

Continuação

<b>Enunciados</b>	<b>Categorias (Artigos)</b>	<b>Força da evidência</b>
Tecnologia para prevenção da VO	Tecnologias Leves (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A23, A24)	82
	Tecnologias Leve-duras (A1, A3, A5, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A23)	74
	Tecnologia Dura (A19)	4
	Tecnologia Educacional (A1, A3, A5, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A23, A24)	74
	Tecnologia Gerencial (A2, A4, A5, A6, A9, A11, A12, A14, A16, A20, A21, A23)	44
	Tecnologia Assistencial (A3, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A14, A16, A21, A22, A23, A24)	50
Relação entre formação profissional e a VO	Formação tecnicista resistente à adoção de boas práticas. (A1, A2, A4, A6, A7, A9, A11, A12, A13)	34
	Descontinuidade da formação profissional (A5, A8, A9, A12, A13, A14, A15, A16, A18, A19, A24)	42
	Supremacia cultural e social de uma categoria profissional (A6)	4

FONTE: Elaborado pela pesquisadora.

### 5.1.4 Discussão

Identificou-se predominantemente, no entendimento dos autores, a violência obstétrica como um fenômeno de sobreposição do saber médico ao saber da mulher, impedindo sua autonomia e protagonismo. A esta definição expressou a categoria Autonomia violada/impedida/subestimada pela soberania profissional e/ou Sistema de saúde, relacionando-a a assistência tecnicista e intimidadora, posicionando a mulher de forma passiva e submissa a procedimentos por acreditar que o profissional detém o conhecimento, expondo-a a constrangimentos que violam seus direitos e sua autonomia de forma, muitas vezes, agressiva e hostil. Assim, a relação entre profissional/instituição e usuária é limitada e distante, sem escuta ativa e com decisões clínicas impostas sem consentimento (BRANDÃO et al., 2018;

CARVALHO; ARAÚJO, 2017; CASTRO; SAVAGE, 2019; CHATTOPADHYAY; MISHRA; JACOB, 2017; ANUNCIACÃO et al., 2018; FLORES et al., 2019; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2017; JOJOA-TOBAR et al., 2019; LANSKY et al., 2019; MEIJER et al., 2019; MESSIAS et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2019; NIY et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019; OLIVEIRA; PENNA, 2017; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; POMPEU et al., 2017; SENS; STAMM, 2019; SILVA et al., 2019).

Tal achado é relatado pelos autores Martins; Mattos; Santos (2016) que identificaram, em sua pesquisa, a destituição de personalidade e autonomia da parturiente, com direitos violados e poder de decisão desconsiderado mediante ações intimidadoras dos profissionais. Endossa tal concepção com a imposição do profissional médico na tomada de decisão e a aceitação sem arguições, por parte da mulher e acompanhante, da conduta médica por falta de informações/conhecimento.

Nesse sentido, quanto mais a assistência tem caráter autoritário, padronizado por rotinas, impessoal e frio, a sensação dolorosa do parto aumenta, interferindo negativamente no exercício da autonomia da mulher como agente ativo no processo parturitivo (MELO et al., 2014; PIMENTA et al., 2014; SANTOS; PEREIRA, 2012; SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011). Dessa forma, a impotência feminina é alimentada pela dor banalizada por posturas profissionais que desconsidera suas queixas e impedem seu protagonismo no trabalho de parto (NAKANO et al., 2012; SANTOS; PEREIRA, 2012; SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011).

Informar e garantir os direitos das usuárias e permitir sua participação e do acompanhante na tomada de decisão são condutas propulsoras para a humanização da assistência obstétrica. A necessidade de ter suas escolhas e vontades respeitadas demonstram que a autonomia, o protagonismo e o empoderamento das parturientes ainda constituem uma fragilidade na prática obstétrica e nos serviços de saúde (BRASIL, 2006; FUJITA; SHIMO, 2014).

Para reverter esse paradigma, estratégias que desenvolvam ou fortaleçam as potencialidades humanas devem ser adotadas. Posturas ativas devem ser incentivadas para que as mulheres se percebam como sujeitos protagonistas do processo de gestar e parir, tornando-se capazes de discutir e compartilhar decisões referente a sua assistência (REIS et al., 2017).

Isso é possível com ações educativas durante a gravidez que possibilitam o acesso a informações e contribuem para o preparo cognitivo da mulher e acompanhante, tornando-os capazes de discernir sobre o processo de parturição e cuidados recebidos. Uma estratégia bem

sucedida é o compartilhamento de experiências, por meio de atividades em grupo, com potencialidades de gerar mudanças de comportamento e atitudes, impactando positivamente na postura da mulher e de seu acompanhante no cenário obstétrico (ALMEIDA et al., 2011; MELO et al., 2014; PEREIRA; BENTO, 2011; PINHEIRO; BITTAR, 2013; SANFELICE; SHIMO, 2015).

Tais informações corroboram com os conhecimentos encontrados para prevenção da violência obstétrica nesta RI. A categoria com maior força de evidência identificada no acervo bibliográfico refere-se à necessidade da abordagem acolhedora com escuta qualificada e estratégias para educação em saúde sobre a temática, esclarecendo os direitos das mulheres e os mecanismos de prevenção de VO, recebendo, portanto, a nomenclatura de abordagem acolhedora e estratégia de educação em saúde. O acolhimento qualificado e personalizado da mulher e seu acompanhante possibilita a formação de vínculo e confiança para que o componente educativo voltado para fisiologia da gravidez, parto e puerpério, auto cuidado e cuidado com o recém-nascido, direitos sexuais e reprodutivos e violência obstétrica sejam discutidos e divulgados, semeando conhecimento capaz de promover a corresponsabilidade a saúde, distinguir práticas violentas e estimular empoderamento da população alvo (BRANDÃO et al., 2018; CARVALHO; ARAÚJO, 2017; CASTRO; SAVAGE, 2019; CHATTOPADHYAY; MISHRA; JACOB, 2017; ANUNCIAÇÃO et al., 2018; FLORES et al., 2019; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2017; JOJOA-TOBAR et al., 2019; LANSKY et al., 2019; LEAL et al., 2018; MEIJER et al., 2019; NASCIMENTO et al., 2019; NIY et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019; OLIVEIRA; PENNA, 2017; PERERA et al., 2018; POMPEU et al., 2017; SANTIAGO et al., 2018; SENS; STAMM, 2019; SILVA et al., 2016, 2019).

Assim sendo, o norteador para a prevenção de violação de direitos no período gravídico-puerperal é a assistência pré-natal e seu componente educativo. Este, sendo individual ou em grupo, é ferramenta para preparar a mulher e seu acompanhante com informações adequadas e essenciais capazes de construir uma base segura no desenvolvimento da autonomia e protagonismo. Como consequência, as mulheres reivindicam e exercem seus direitos de escolha e de decisão compartilhada, apropriam-se da consciência corporal no reconhecimento das etapas da fisiologia do trabalho de parto, assim como, na adoção de uma postura mais ativa em todo processo de nascimento (GONÇALVES et al., 2011; PEREIRA; BENTO, 2011; SANTOS; PEREIRA, 2012).

Difundir as boas práticas para atenção obstétrica baseada em evidências científicas durante o pré-natal, fortalece e prepara a mulher para uma experiência de parto positiva,

tornando-a mais segura e confiante no processo decisório compartilhado sobre seu corpo e sua assistência. Assim, há maior possibilidade de o profissional de saúde reconhecer as vivências, opiniões, decisões e protagonismo femininos (ZIRR et al., 2019).

A atuação da mulher e do acompanhante na sala de parto é resultado de sua preparação na gestação, intercedida por profissionais de saúde. A metodologia da assistência pré-natal de qualidade deve ir além da capacidade técnico-científica do profissional e de procedimentos de avaliação e monitoramento da vitalidade materno fetal, requer a adoção de tecnologias de cuidado centrada na mulher na perspectiva de compreender suas vivências e anseios, potencializando seus saberes com vistas ao empoderamento no controle de seus determinantes de saúde. É necessário democratizar as relações de atendimento, com fortalecimento de vínculos que favoreçam a comunicação pautada na ética e no diálogo entre os profissionais e as usuárias por meio de tecnologias educacionais leves auxiliadas por tecnologias leves-duras (MORIN, 2011; SANFELICE et al., 2014; SILVA et al., 2013; TEIXEIRA, 2005; ZAMPIERI; ERDMANN, 2010)

Esses achados confirmam as evidências categorizadas nesta RI referente as tecnologias utilizadas para a prevenção da VO, houve uma sobreposição de tecnologias leve (ANDRADE et al., 2016; BRANDÃO et al., 2018; CARVALHO; ARAÚJO, 2017; CASTRO; SAVAGE, 2019; CHATTOPADHYAY; MISHRA; JACOB, 2017; ANUNCIAÇÃO et al., 2018; FLORES et al., 2019; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2017; JOJOA-TOBAR et al., 2019; LANSKY et al., 2019; LEAL et al., 2018; MEIJER et al., 2019; MESSIAS et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2019; NIY et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; PERERA et al., 2018; POMPEU et al., 2017; SANTIAGO et al., 2018; SENS; STAMM, 2019; SILVA et al., 2016, 2019), leve dura (BRANDÃO et al., 2018; CARVALHO; ARAÚJO, 2017; CASTRO; SAVAGE, 2019; ANUNCIAÇÃO et al., 2018; FLORES et al., 2019; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2017; JOJOA-TOBAR et al., 2019; LANSKY et al., 2019; LEAL et al., 2018; MEIJER et al., 2019; MESSIAS et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2019; NIY et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019; OLIVEIRA; PENNA, 2017; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; SANTIAGO et al., 2018; SENS; STAMM, 2019; SILVA et al., 2016, 2019) e educacional (BRANDÃO et al., 2018; CARVALHO; ARAÚJO, 2017; CASTRO; SAVAGE, 2019; ANUNCIAÇÃO et al., 2018; FLORES et al., 2019; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2018; JOJOA-TOBAR et al., 2019; LANSKY et al., 2019; LEAL et al., 2018; MEIJER et al., 2019; MESSIAS et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2019; NIY et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019; OLIVEIRA; PENNA, 2017; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; PERERA et

al., 2018; SANTIAGO et al., 2018; SENS; STAMM, 2019; SILVA et al., 2016, 2019) demonstrando que os aspectos relacionais associados aos saberes estruturados e mediados por um dispositivo capaz de construir e reconstruir o conhecimento são apropriados para gerar vínculo e acolhimento que contribuem para o empoderamento, o exercício da autonomia e do protagonismo das mulheres e acompanhantes na gravidez, parto e puerpério.

Assim, para que as ações educativas no pré-natal sejam efetivas é necessário estratégias que além de divulgar e desmistificar informações que favoreçam o resgate da importância clínica e emocional do parto fisiológico para mulher, recém-nascido e família, também possam construir relações simétricas entre profissional e usuária/acompanhante por meio de um espaço de compartilhamento de conhecimento democrático, com auxílio de materiais educativos apropriados, e discussão de corresponsabilização como a elaboração de um plano de parto.

No entanto, reconhecer a gestante além dos aspectos biológicos e o feto como ser humano em formação que não se restringe aos batimentos cardíacos é um desafio para os profissionais de saúde com formação básica eminentemente tecnicista e biomédica, centrada na patologização dos processos fisiológicos. Zampieri; Erdmann (2010) descrevem que tais barreiras são expressadas pela intolerância, indiferença, indisponibilidade, despreparo, falta de interesse e comunicação, dificultando a percepção e a valorização da singularidade do indivíduo. Tal postura impede o atendimento personalizado e perpetua a discriminação e a violência por não reconhecer as potencialidades da mulher como sujeito ético-político com universo social, afetivo, intelectual próprio e singular (MANDU, 2004; MORIN, 2002).

Além disso, Santos et al (2016) evidenciou em seu estudo que os profissionais de saúde apresentam dificuldades para abordagem dialógica durante o pré-natal, dando preferência ao cumprimento de protocolos clínicos, não permitindo abertura para orientações e atenuações de angústia e dúvidas. Observou-se também uma escassez de grupos operativos com gestantes, puérperas e familiares como uma tecnologia de cuidado para educação em saúde (MARTINS; MATTOS; SANTOS, 2016).

Silva; Monteiro (2010) evidenciaram que a educação permanente e a sensibilização dos profissionais são imperativos para redesenhar as possibilidades a respeito de ações educativas para gestante e acompanhantes

Esses aspectos são apontados nesta pesquisa ao relacionar a formação profissional com a VO na categoria predominante definida por Descontinuidade da formação profissional. As evidências sugerem que a ausência ou escassez de qualificação profissional, capaz de

reassignificar conceitos e processos do cuidar por meio de educação permanente ou continuada nos serviços de saúde, contribuem para a perpetuação de práticas e atitudes violentas no cuidado obstétrico (CARVALHO; ARAÚJO, 2017; ANUNCIACÃO et al., 2018; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2017; JOJOA-TOBAR et al., 2019; LANSKY et al., 2019; LEAL et al., 2018; MESSIAS et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019; PERERA et al., 2018; SENS; STAMM, 2019). Desse modo, os profissionais de saúde que atuam na obstetrícia devem primar por uma formação contínua com vistas a diminuir os riscos da hipermedicalização e iatrogenia, reavaliando e repensando o processo de trabalho, com intuito de garantir a implementação das boas práticas obstétrica centradas no protagonismo da mulher, com monitoramento cauteloso para identificação de alterações e tomada de decisões compartilhada, aproximando, assim, a prática clínica às melhores evidências científicas (CARVALHO; ARAÚJO, 2017; ANUNCIACÃO et al., 2018; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2017; JOJOA-TOBAR et al., 2019; LANSKY et al., 2019; LEAL et al., 2018; MESSIAS et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019; PERERA et al., 2018; SENS; STAMM, 2019).

Assim, observou-se que os aspectos prevalentes apontados nesta RI direcionam para a necessidade de intervenção educacional para todos os envolvidos no cenário de nascimentos, baseada em evidências científicas e no resgate do entendimento de que o parto faz parte do processo reprodutivo fisiológico.

### **5.1.5 Conclusão**

A percepção da Violência Obstétrica é sutil tanto para mulheres quanto para profissionais/serviços de saúde. Tal realidade está intrinsecamente associada a questões culturais de uma sociedade patriarcal que não reconhece a mulher como indivíduo autônomo e com poder de decisão sobre seu corpo e sua sexualidade.

A autonomia das mulheres é violada e seus direitos são banalizados rotineiramente. Não se permite que mulheres ocupem seus espaços ou atuem ativamente no momento do nascimento de seus filhos, suas atitudes são constantemente reprimidas e desconsideradas nos serviços de saúde, tornando-se passivas a procedimentos violentos imperceptíveis, em virtude de conceitos perpetuados e equivocados sobre a medicalização do parto.

Essa realidade é um reflexo do despreparo das mulheres e famílias para o gestar e parir sustentado por acompanhamento profissional embasado na formação biomédica, tecnicista e centralizadora que inviabiliza a mudança do modelo obstétrico hegemônico com atitudes e posturas resistentes a práticas baseadas em evidências científicas.

Assim, os desafios para prevenir a violência obstétrica têm diversas frentes que envolve todos os atores do cenário de nascimento. É necessário repensar a formação básica e qualificação das categorias profissionais responsáveis pelo cuidado da mulher, numa perspectiva da medicina baseada em evidências, garantindo atitudes empáticas, respeitosas e, sobretudo, seguras para gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascido. Do mesmo modo, ressignificar o processo de nascimento durante a formação profissional pode garantir um reconhecimento do protagonismo e da autonomia femininos, interferindo diretamente na atuação dos profissionais e no processo de trabalho das equipes de saúde.

Com a formação profissional segmentada no modelo humanístico, a capacidade de desmistificar questões perpetuadas em torno do parto e nascimento torna-se totalmente possível por meio da educação em saúde. O resgate da autonomia e do protagonismo das mulheres e famílias pode ser alcançado e, assim, a forma de nascer modificada.

O preparo das mulheres e acompanhantes durante o pré-natal com informações adequadas podem minimizar o medo e ansiedade que escoltam o momento doloroso do nascimento, visto por muitos, como insuportável. Conhecer seu próprio corpo e compreender o real processo fisiológico das etapas do trabalho de parto, estimula a atuação ativa das mulheres, prevenindo abordagens e condutas constrangedoras e inaceitáveis que caracterizam a violência obstétrica.

## 5.2 MANUSCRITO 2

### **TECNOLOGIA EDUCATIVA AUDIOVISUAL PARA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA**

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Sintetizar evidências científica sobre a prevenção da violência obstétrica com vistas ao desenvolvimento de tecnologias educacionais audiovisuais para gestantes e acompanhantes nos serviços de saúde pública

**Método:** realizou-se uma pesquisa metodológica em uma única etapa de produção – construção

baseada na revisão integrativa de literatura, garantindo a qualidade teórico-científica dos temas-conteúdo. A busca de dados ocorreu nas bases de dados Lilacs, Cinahal, Embase, Scielo e Pubmed com termos indexados nos Descritores em Ciências da Saúde: violência e obstetrícia, utilizando os booleanos AND e OR, em fevereiro e março de 2020. Artigos primários publicados entre 2015 e 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol, com avaliação crítica metodológica e compatibilidade com os guias de elaboração de moderada/boa a forte/ótima foram incluídos. Para o registro de informações utilizou-se protocolo validado. A verificação dos itens indispensáveis nos estudos foi realizada por meio de Guias de elaboração validados. Fez-se a análise de conteúdo para extrair as categorias que nortearam a construção da tecnologia audiovisual.

**Resultados:** 24 estudos atenderam aos critérios de inclusão, respondendo à pergunta de pesquisa. Destes, 46% foram publicados em 2019, concentrando-se no Brasil (67%), na área de enfermagem (92%) e abordagem qualitativa (83,3%). O acervo apresentou uma boa compatibilidade com os guias de elaboração de acordo com o desenho da pesquisa. Emergiram 2 enunciados que originaram temáticas para uma série de vídeos denominada Promovendo o nascimento seguro. Elaborou-se roteiro dos dois primeiros vídeos e a produção do primeiro vídeo da referida série.

**Conclusão:** a violência obstétrica é naturalizada e assim perpetuada. Educação em saúde mediada por tecnologia educativa apropriada tem potencial para desmistificar ideações culturais e construir conhecimento capazes de estimular a autonomia e o protagonismo feminino e familiar, resultando em mudança de postura da mulher como barreira para a violação de direitos no cenário de nascimento.

**DESCRITORES:** Cuidado pré-natal. Direitos sexuais e reprodutivos. Violência. Educação em saúde. Tecnologia educacional.

## **AUDIOVISUAL EDUCATIONAL TECHNOLOGY TO PREVENT OBSTETRIC VIOLENCE IN PUBLIC HEALTH SERVICES**

### **SUMMARY**

**Objective:** To synthesize scientific evidence on the prevention of obstetric violence with a view to the development of audiovisual educational technologies for pregnant women and companions in public health services

**Method:** a methodological research was carried out in a single stage of production - construction based on an integrative literature review, guaranteeing the theoretical and scientific quality of the content-themes. The search for data occurred in the Lilacs, Cinahal, Embase, Scielo and Pubmed databases with terms indexed in the Health Sciences Descriptors: violence and obstetrics, using the AND and OR Boolean, in February and March 2020. Primary articles published between 2015 and 2019, in Portuguese, English and Spanish, with methodological critical evaluation and compatibility with the moderate / good to strong / excellent elaboration guides were included. For the registration of information, a validated protocol was used. The verification of the essential items in the studies was carried out using validated elaboration guides. Content analysis was carried out to extract the categories that guided the construction of audiovisual technology.

**Results:** 24 studies met the inclusion criteria, answering the research question. Of these, 46% were published in 2019, focusing in Brazil (67%), in the nursing area (92%) and qualitative approach (83.3%). The collection showed a good compatibility with the elaboration guides according to the research design. Two statements emerged that originated themes for a series of videos called Promoting safe birth. A script for the first two videos and the production of the first video in that series were prepared.

**Conclusion:** obstetric violence is naturalized and thus perpetuated. Health education mediated by appropriate educational technology has the potential to demystify cultural ideations and build knowledge capable of stimulating autonomy and female and family protagonism, resulting in a change in women's posture as a barrier to the violation of rights in the birth scenario.

**DESCRIPTORS:** Prenatal care. Sexual and reproductive rights. Violence. Health education. Educational technology.

### 5.2.1 Introdução

A violência obstétrica é um problema de saúde pública mundial que afeta não somente mulheres e suas famílias, mas também toda sociedade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a existência da violência contra mulheres no período gravídico-puerperal em 2014, referindo-se a toda e qualquer postura e prática violenta que ocorre no processo de parturição realizada por qualquer profissional ou instituição de saúde durante o atendimento da usuária (OMS, 2014).

Considera-se que a violência obstétrica está contida na peregrinação da mulher em busca de assistência adequada em virtude da ausência ou fragilidade da rede assistencial de saúde que restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos, fazendo com que muitas parturientes perambularem em busca de vaga na rede pública hospitalar, aumentando a probabilidade de um desfecho desfavorável tanto materno quanto fetal (RODRIGUES et al., 2015).

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde em tempo hábil e a condução violenta do processo de nascimento adiciona riscos que podem impactar diretamente na morbimortalidade materna. A taxa de mortalidade materna é um indicador extremamente importante pois reflete as características assistências e o acesso ao sistema de saúde para solucionar as iniquidades da população, quanto maior for seu resultado piores são as condições de saúde disponíveis (DINIZ et al., 2015; WHO, 2015).

O Brasil, apesar de muitos avanços no cuidado da saúde materna nas últimas duas décadas retratados pela queda da taxa de mortalidade materna em torno de 40%, notificou, em 2018, 59 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos, revelando um cenário alarmante em que 92% dos óbitos, quando investigados, poderiam ter sido evitados, denotando que as implicações da violência obstétrica para a morbimortalidade materna estão relacionadas no manejo inadequado no processo de parto e nascimento (ÁFIO et al., 2014a; DINIZ et al., 2015).

Situações violentas, expressas por negligências, abusos e maus-tratos vivenciadas por mulheres durante a assistência no período gravídico-puerperal são naturalizadas pela cultura patriarcal que desconsidera o poder de decisão da mulher em relação ao seu corpo e sua sexualidade, não reconhecendo tais atos e posturas como violação de direitos (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; TERÁN et al., 2013; ZACHER, 2015).

A cultura patriarcal está claramente imposta na relação assimétrica do profissional de saúde com a usuária e sua família, o que favorece a submissão das mulheres à imposição de uma autoridade unilateral, ratificada por uma formação profissional eminentemente tecnicista

e biomédica, que controla dos processos fisiológicos por meio da patologização e hipermedicalização (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; JARDIM; MODENA, 2018).

Para mitigar esse cenário assistencial a essa população tão vulnerável é necessário intervir na formação de recursos humanos, revisando os conteúdos curriculares, com intuito de resgatar a assistência fisiológica do nascimento, baseada em evidências científicas, e enfatizar os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e a responsabilidade dos profissionais em resguardá-los (MARQUES, 2020; NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Além disso, outro fator imprescindível para a mudança do modelo biomédico na obstetrícia e redução das possibilidades de violência obstétrica é a percepção da usuária enquanto protagonista do processo de nascimento. É necessário que o parto seja compreendido como um processo fisiológico que requer vigilância e acolhimento, no qual a mulher deve participar ativamente na tomada de decisão. Para tanto, o processo decisório deverá estar intimamente ligado ao conhecimento da mulher sobre o evento parto, bem como seu empoderamento para reivindicar seus direitos (KOPERECK et al., 2018; MARQUES, 2020).

Dessa forma, é imprescindível investir na educação em saúde como estratégia capaz de preparar as mulheres acerca dos seus direitos a uma assistência respeitosa e de alta qualidade durante o trabalho de parto, por meio de trocas de experiências, vivências e informações entre as mulheres, acompanhantes e profissionais, visando a compreensão do processo gravídico puerperal (BRÜGGEMANN et al., 2015; SILVA et al., 2018a).

Em geral, as usuárias com informações adequadas em relação ao processo de nascimento possuem postura diferenciada, empoderada e questionadora frente aos cuidados prestados, desencorajando a realização, por parte dos profissionais, de procedimentos iatrogênicos. Há evidências que quanto menor o nível de escolaridade e instrução das parturientes e acompanhantes, maior o número de intervenções e, conseqüentemente, de violência (ANDRADE et al., 2016; LEAL et al., 2014).

Para mediar o processo educacional acerca do período gravídico-puerperal entre as mulheres, os profissionais de saúde têm utilizado cada vez mais as tecnologias educacionais com vistas a uma construção de um novo saber capaz de provocar reflexões, mudanças de posturas e transformação social, permitindo aprofundamento de conhecimento e conseqüentemente a autonomia feminina e familiar (QUENTAL et al., 2017; SOUZA; MOREIRA; BORGES, 2014).

Sendo assim, é coerente afirmar que a autonomia e o protagonismo feminino e familiar pode ser uma tática de prevenção a situações violentas durante o ciclo gravídico-puerperal. Investimentos em ações de educação em saúde estimulam a autonomia da mulher na família, na sociedade e no cuidado a saúde minimizando os riscos permanentes de violência em seu cotidiano. Para tanto, é necessário a incorporação, na execução de cuidado das mulheres, de estratégias educacionais que minimizem a vulnerabilidade dessa clientela (PEDROSO; LÓPEZ, 2017).

Assim, esse estudo buscou sintetizar as melhores evidências na literatura científica sobre os conhecimentos produzidos para prevenção da violência obstétrica e desenvolver uma tecnologia educativa audiovisual com conteúdo para o preparo de gestantes e acompanhantes na prevenção da violência obstétrica, visando ir além do simples lançar de informações, mas principalmente ser instrumento facilitador do conhecimento, capaz de contribuir para o empoderamento, autonomia e protagonismo da mulher e do acompanhante no processo do parto e nascimento (BRASILIENSE; FERREIRA; DUARTE, 2016).

### 5.2.2 Método

Trata-se de um estudo metodológico por investigar procedimentos que envolvem produção-construção visando desenvolver novos produtos (POLIT; BECK, 2019).

A elaboração do arcabouço teórico e da tecnologia educacional, em que se propõe, utilizou uma abordagem metodológica qualitativa com intuito de buscar soluções para problemática a ser estudada (violência obstétrica) a partir da compreensão do significado construído no acervo científico para a prevenção do fenômeno, captando as evidências e dando visibilidade ao objeto de estudo (SOUSA; ERDMANN; MAGALHAES, 2016).

Empregou-se uma única etapa denominada produção – construção baseada na literatura objetivando garantir a qualidade teórico-científica dos temas-conteúdos e a identificação dos temas geradores que nortearam a produção-criação propriamente dita da TE (TEIXEIRA; NASCIMENTO, 2020a).

Para tanto, realizou-se uma revisão integrativa (RI) em cinco passos (WHITTEMORE; KNAFL, 2005) com a identificação do problema e questão de pesquisa, coleta de dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos dados e discussão dos resultados, nos

meses de fevereiro e março de 2020, com reunião ampla, crítica, sintetizada e organizada de uma diversidade de produção científica, com diferentes abordagens metodológicas, sobre a temática da tecnologia educacional a ser construída (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; TEIXEIRA; NASCIMENTO, 2020b).

A pergunta norteadora da pesquisa foi formulada pela técnica IPAC (Informação, Público – Alvo, Contexto do cuidado) proposta por Teixeira; Nascimento (2020b), assim a pesquisa buscou responder quais os conhecimentos produzidos para gestantes e acompanhantes e as tecnologias em saúde utilizadas na prevenção da violência obstétrica nas unidades públicas de saúde?

A coleta de dados se deu na seguintes bases: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), serviço da U. S. National Library of Medicine (Pubmed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), Elsevier Medical Base (Embase), por meio de termos indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): violência e obstetrícia, utilizando os booleanos AND e OR. Os critérios de inclusão foram: artigos completos, nos idiomas português, inglês e espanhol com disposição dos descritores no artigo (resumo, título ou assunto), publicado nos últimos 5 anos (2015-2019), com avaliação crítica metodológica e compatibilidade com os guias de elaboração de moderada/boa a forte/ótima. As publicações do tipo revisão, monografias, dissertações e teses foram excluídas.

No passo seguinte realizou-se a leitura do título, resumo e descritores de todos os artigos encontrados com intuito de conferir os critérios de inclusão, exclusão e objetivo; sistematização dos dados no roteiro validado, por outros estudos, e adaptado para registro das informações relevantes de cada publicação encontrada e a compatibilidade com guias de elaboração validados que determinam os itens necessários e indispensáveis nas publicações científicas, por meio de um *score* que classificou os artigos em ótimo, bom e ruim de acordo com o percentual de itens que atendessem ao guia de acordo com cada tipo de método empregado em cada estudo (CARTANA et al., 2019; HONORATO et al., 2019a, 2019b; SANTANA et al., 2019; SILVA et al., 2018b; SOUZA et al., 2019a, 2019b).

A categorização dos estudos e a leitura do texto na íntegra foram norteadas pela pergunta de pesquisa buscando-se informações relevantes para gestantes e acompanhantes sobre a prevenção da violência obstétrica

Os dados extraídos dos estudos incluídos foram inseridos em uma planilha utilizando o programa *Microsoft Office Excell®* com os seguintes itens: ano, autor, idioma, país sede da

pesquisa, título do periódico, *Qualis* e área do periódico, metodologia do estudo, objetivo da pesquisa, amostra, principais considerações/resultados. Na avaliação *Qualis* priorizou-se a grande área da Enfermagem. Na ausência de avaliação nesta, selecionou-se a área seguinte com maior pontuação.

Realizou-se a análise de conteúdo para identificar as categorias que geraram os temas a serem abordados na TE.

Após identificar as categorias predominantes que nortearam a produção da TE, elaborou-se roteiros para pré-produção dos vídeos educativos. Os roteiros dos vídeos foram minuciosamente descritos em um quadro contendo três colunas, sendo a primeira com a descrição do conteúdo/momento a ser abordado, a segunda com informações para o áudio e a terceira coluna com a descrição das cenas/ilustração (NAZARIO, 2017).

Para produção do vídeo, utilizou-se os serviços de um profissional *designer* gráfico que ilustrou e editou todas as imagens, inserindo movimentos, som e narração feita pela pesquisadora principal.

### 5.2.3 Resultados

Foram incluídos neste estudo 24 artigos que atenderam aos critérios estabelecidos para contribuir com a qualidade teórico-científica da TE. Houve maior incremento de publicação no ano de 2019 (46%), no Brasil (67%), na área de concentração do conhecimento da Enfermagem (92%) no periódico *Qualis* com abordagem metodológica qualitativa (83,3%) predominante e com boa compatibilidade com os guias validados de elaboração de acordo com o método do estudo.

No acervo revisado, os conhecimentos produzidos para a prevenção da violência obstétrica emergiram três categorias como resultado da consolidação das unidades de análise. A seguir, estão descritas cada categoria com sua respectiva definição, elaborada pela autora desta revisão:

Quadro 17 – Definição das categorias – conhecimentos para a prevenção da violência obstétrica

Categorias	Definição
Abordagem acolhedora e estratégias de Educação em saúde	Trata-se da necessidade da abordagem acolhedora com escuta qualificada e estratégias para educação em saúde sobre a temática, esclarecendo os direitos das mulheres e os mecanismos de prevenção de VO (BRANDÃO et al., 2018; CARVALHO; ARAÚJO, 2018; CASTRO; SAVAGE, 2019; CHATTOPADHYAY; MISHRA; JACOB, 2018; DA ANUNCIAÇÃO et al., 2018; FLORES et al., 2019; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2018; JOJOA-TOBAR et al., 2019; LANSKY et al., 2019; LEAL et al., 2018; MEIJER et al., 2020; NASCIMENTO et al., 2019; NIY et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019; OLIVEIRA; PENNA, 2017; PERERA et al., 2018; POMPEU et al., 2017; SANTIAGO et al., 2018; SENS; STAMM, 2019; SILVA et al., 2016, 2019).
Informações empoderam	Mulheres com informações e conhecimentos sobre o processo de parturição e seus direitos, embasados em evidências científicas, tornam-se capazes de prevenir a VO devido a adoção de uma postura protagonista e segura (ANDRADE et al., 2016; BRANDÃO et al., 2018; CARVALHO; ARAÚJO, 2018; CASTRO; SAVAGE, 2019; CHATTOPADHYAY; MISHRA; JACOB, 2018; DA ANUNCIAÇÃO et al., 2018; FLORES et al., 2019; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2018; JOJOA-TOBAR et al., 2019; LANSKY et al., 2019; LEAL et al., 2018; MEIJER et al., 2020; NASCIMENTO et al., 2019; NIY et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019; OLIVEIRA; PENNA, 2017; PERERA et al., 2018; SANTIAGO et al., 2018; SENS; STAMM, 2019; SILVA et al., 2019).
Mudança de processos de trabalho e atitude profissional	A mudança do modelo obstétrico só será alcançada com atitudes dos profissionais que convergem para a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. É necessário a unidade de práticas e posturas institucionais concretizada pela atuação dos profissionais (BRANDÃO et al., 2018; DA ANUNCIAÇÃO et al., 2018; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2018; LEAL et al., 2018; MESSIAS et al., 2018; NIY et al., 2019; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; PERERA et al., 2018; SENS; STAMM, 2019).

FONTE: Elaborado pela pesquisadora.

Os artigos apresentaram mais de uma categoria, sendo as mais prevalentes a categoria 1 (Abordagem acolhedora e estratégias de Educação em saúde) com 87,5% dos estudos expondo esse conhecimento, seguida da categoria 2 (Informações empoderam) com 83%. A categoria 3 (Mudança de processos de trabalho e atitude profissional) estava presente 37,5% dos estudos.

Em relação as tecnologias utilizadas para a prevenção da violência obstétrica encontradas nos artigos, optou-se por categorizá-las de acordo com as seguintes definições (MERHY, 1997; NIETSCHE et al., 2005):

Quadro 18 – Definição das categorias – tecnologias para prevenção da violência obstétrica

Quais as tecnologias utilizadas para a prevenção da violência obstétrica?		
n.	Categorias	Definição
1	Tecnologias Leves	São tecnologias relacionais capazes de produzir vínculos e acolhimento que conduzem o encontro do usuário com necessidades de ações de saúde (ANDRADE et al., 2016; BRANDÃO et al., 2018; CARVALHO; ARAÚJO, 2018; CASTRO; SAVAGE, 2019; CHATTOPADHYAY; MISHRA; JACOB, 2018; DA ANUNCIAÇÃO et al., 2018; FLORES et al., 2019; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2018; JOJOA-TOBAR et al., 2019; LEAL et al., 2018; MEIJER et al., 2020; MESSIAS et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2019; NIY et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; PERERA et al., 2018; POMPEU et al., 2017; SANTIAGO et al., 2018; SENS; STAMM, 2019; SILVA et al., 2016, 2019).
2	Tecnologias Leve-duras	São as tecnologias com saberes estruturados que participam dos processos de trabalho em saúde (BRANDÃO et al., 2018; CARVALHO; ARAÚJO, 2018; CASTRO; SAVAGE, 2019; DA ANUNCIAÇÃO et al., 2018; FLORES et al., 2019; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2018; JOJOA-TOBAR et al., 2019; LANSKY et al., 2019; LEAL et al., 2018; MEIJER et al., 2020; MESSIAS et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2019; NIY et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; PERERA et al., 2018; SANTIAGO et al., 2018; SENS; STAMM, 2019; SILVA et al., 2016, 2019).
3	Tecnologia Dura	São as tecnologias que envolvem equipamentos tecnológicos (SENS; STAMM, 2019).

Continua

Continuação

n.	Categorias	Definição
4	Tecnologia Educacional	É qualquer dispositivo utilizado na relação educador-educando que facilitam/mediam a construção e reconstrução do conhecimento (BRANDÃO et al., 2018; CARVALHO; ARAÚJO, 2018; CASTRO; SAVAGE, 2019; DA ANUNCIAÇÃO et al., 2018; FLORES et al., 2019; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2018; JOJOA-TOBAR et al., 2019; LANSKY et al., 2019; LEAL et al., 2018; MEIJER et al., 2020; MESSIAS et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2019; NIY et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; PERERA et al., 2018; SANTIAGO et al., 2018; SENS; STAMM, 2019; SILVA et al., 2016, 2019).
5	Tecnologia Gerencial	É o conjunto de ações teórico-práticas com intuito de intervir nas atuações profissionais para melhorar sua qualidade na administração de atuações e serviços em saúde (ANDRADE et al., 2016; CASTRO; SAVAGE, 2019; CHATTOPADHYAY; MISHRA; JACOB, 2018; DA ANUNCIAÇÃO et al., 2018; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2018; JOJOA-TOBAR et al., 2019; MEIJER et al., 2020; MESSIAS et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2019; POMPEU et al., 2017; SANTIAGO et al., 2018; SILVA et al., 2019).
6	Tecnologia Assistencial	É o conjunto de saberes técnico-científicos sistematizados, processuais e instrumentais, que promovem a qualidade do cuidado em saúde do usuário (BRANDÃO et al., 2018; CARVALHO; ARAÚJO, 2018; CASTRO; SAVAGE, 2019; DA ANUNCIAÇÃO et al., 2018; FLORES et al., 2019; JOJOA-TOBAR et al., 2019; MEIJER et al., 2020; MESSIAS et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2019; OLIVEIRA; PENNA, 2017; PEDROSO; LÓPEZ, 2017; PERERA et al., 2018; SANTIAGO et al., 2018).

FONTE: Elaborado pela pesquisadora.

Os estudos trouxeram mais de uma classificação de tecnologia que podem ser utilizadas na prevenção da VO. A tecnologia leve foi identificada em 92% dos estudos, seguidas das tecnologias leve-duras e educacionais que obtiveram a mesma frequência no acervo (83%). As tecnologias gerenciais e assistenciais foram citadas em 50% e 54% dos artigos, respectivamente. A tecnologia dura apareceu em apenas 1 estudo primário.

É importante frisar que a estratégia que apareceu em grande parte dos estudos foi o pré-natal de qualidade, sendo este considerado como processo de trabalho que associa as tecnologias leve, leve-dura, educacional, assistencial e gerencial, sendo, portanto, uma ação potencializadora para prevenção da VO.

Nesse sentido, a tecnologia educacional selecionada como produto desta pesquisa foi uma série de vídeos denominada “Promovendo o nascimento seguro” cujo os conteúdos, notadamente, emergiram da revisão de literatura e da vivência da pesquisadora, visando contribuir para um desempenho autônomo, ativo e consciente da mulher e do acompanhante durante a gestação, trabalho de parto e parto, compartilhando conhecimentos sobre a fisiologia do parto, as boas práticas para uma assistência obstétrica segura, os direitos das mulheres, acompanhantes e recém-nascido, assim como, informar seus direitos e as características e nuances da violência obstétrica.

Assim sendo, sugeriu-se a divisão da série de vídeos da seguinte maneira:

Quadro 19 - Série de vídeos “Promovendo o nascimento seguro”

<b>Vídeo</b>	<b>Temática</b>	<b>Conteúdo</b>
1	Autonomia e protagonismo feminino no cenário do nascimento.	O que é, como conquistar e como garantir sua execução?
2	Informações empoderam!	2A - Mecanismo do trabalho de parto – como identificar os verdadeiros sinais do início trabalho de parto (Diferenças entre Falso Trabalho de Parto e Verdadeiro Trabalho de Parto)
		2B - O caminho para o nascimento: o que fazer em cada etapa e participação ativa do acompanhante
		2C - Boas práticas para o parto seguro e satisfatório
3	Parto e nascimento: uma experiência segura e satisfatória!	3A - Diretos da gestante/parturiente/puérpera, do acompanhante e recém nascido
		3B - Violação de direitos no parto: como identificar e como evitar?

FONTE: Elaborado pela pesquisadora.

Desenvolveu-se a pré-produção dos Vídeos 1 e 2A da série “Promovendo o nascimento seguro” com a construção do roteiro que norteou todo o processo de criação (FLEMING; REYNOLDS; WALLACE, 2009).

Para o Vídeo 1 buscou-se conceituar autonomia e protagonismo, com a finalidade de esclarecer e capilarizar a definição desses termos para a população alvo que possui diversidade

cultural significativa. Assim, a abertura da série com esta temática objetiva alinhar esses conceitos que serão resgatados ao longo dos demais vídeos.

O primeiro momento do roteiro do Vídeo 1 contextualiza a postura da maioria das mulheres e seus acompanhantes diante das incertezas da gravidez e do parto, busca refletir sobre sentimentos negativos que precisam ser trabalhados para que a sensação de segurança, autonomia e protagonismo seja alcançada.

Em seguida, os conceitos de autonomia e protagonismo no cenário do parto são definidos e ilustrados por meio de exemplos, enfatizando a atuação de uma mulher protagonista diante da equipe de saúde no processo de nascimento. Por fim, os caminhos para se conquistar a autonomia e exercer o protagonismo são traçados com ênfase na educação em saúde durante o pré-natal.

O vídeo 1 foi produzido no estilo *doodly* vídeo com animações coloridas em quadro branco seguindo a narração do conteúdo, com intuito de apreender a atenção do público alvo em poucos minutos de apresentação. As ilustrações foram concretizadas visando contemplar a pluralidade da sociedade brasileira.

O roteiro do Vídeo 2A é composto por três momentos que objetivam esclarecer as características clínicas e a sintomatologia do mecanismo do trabalho de parto, destacando os sinais do verdadeiro trabalho de parto e falso trabalho de parto. Tais conteúdos foram cuidadosamente descritos objetivando esclarecer de maneira didática para as gestantes e acompanhantes os sinais de alerta do início do trabalho de parto, reduzir a ansiedade e a busca por atendimento para avaliação clínica precoce, minimizando assim a peregrinação e a exposição da mulher e acompanhante a condutas iatrogênicas e situações de violência obstétrica.

#### 5.2.4 Discussão

O processo educativo no pré-natal possui muitas possibilidades, pode ser individual ou em grupo, com grande potencial para promoção da saúde e prevenção de agravos, visando estimular a autonomia, protagonismo, colaboração e corresponsabilidade nas ações de saúde (ÁFIO et al., 2014b).

As evidências encontradas neste estudo apontaram a necessidade de abordagem acolhedora e educação em saúde com informações apropriadas para o preparo da gestante e de seu acompanhante como sendo um dos caminhos para a prevenção da violência obstétrica.

Nesse sentido, a abordagem acolhedora, simétrica e horizontal favorece a formação de vínculo e confiança entre usuárias e profissionais de saúde, denotando o valor da comunicação como ferramenta básica para o cuidado no contexto da atenção primária a saúde (ABREU; AMENDOLA; TROVO, 2017).

O cuidado pré-natal reúne todas as tecnologias necessárias e imprescindível para o preparo da mulher e acompanhante no período gravídico-puerperal. Quando a assistência é planejada e executada centrada na mulher, suas potencialidades são desenvolvidas e encorajadas resultando em uma atuação ativa e protagonista com real capacidade para participar do processo de decisão compartilhado com a equipe de saúde no cenário de nascimento (REIS et al., 2017).

A preparação para o parto é percebida pelas puérperas como o momento adequado para adquirirem conhecimentos que minimizem seus medos e anseios na vivência do trabalho de parto, assim como entenderem o seu papel e da equipe durante o processo de parturição (SILVA et al., 2018a).

As práticas educativas estimulam o aprendizado por meio de discussão de temas que favorecem a perpetuação de ideias culturais sobre o gestar e parir, desconstruindo-os e desmistificando-os. É imperativo que durante o pré-natal, a gestante receba e compartilhe informações que englobem não somente os aspectos fisiológicos da gravidez e do parto mas também seus direitos sexuais e reprodutivos, direitos do acompanhante e do recém-nascido e as boas práticas obstétricas baseadas em evidências científicas (ANVERSA et al., 2012).

Para tanto as atividades educativas devem ser planejadas com a utilização de as tecnologias leves, leve-duras e educacionais, como revelou os resultados deste estudo, demonstrando a importância no preparo contínuo das gestantes e parcerias durante o período gestacional, aliando-se ao profissional de saúde na construção e reconstrução do conhecimento da população assistida.

Tais tecnologias estão cada vez mais presentes em práticas educativas na saúde voltadas a pessoas/grupo/comunidade com foco não apenas no adoecimento e seus agravos, mas principalmente no estímulo da participação dos indivíduos em decisões de saúde, permitindo reflexão e modificação do estilo de vida, provocando, assim, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos envolvidos (SILVA et al., 2017).

Essas atividades educativas podem acontecer com a mediação de diversas técnicas e materiais impressos (folder, cartilhas) ou áudio-visuais (vídeos, músicas) que permitam reflexões resultantes das experiências dos envolvidos, proporcionando conhecimento de forma mais interativa e promoção da saúde à comunidade, edificando saber de forma crítica, criativa

e transformadora em busca da autonomia e da construção da cidadania dos envolvidos (MARTINS et al., 2011; NIETSCHE et al., 2012; SOUZA; MOREIRA; BORGES, 2014).

Os recursos audiovisuais, como vídeos educativos, são ótimos aliados dos profissionais na execução de atividade de educação em saúde, pois devido a sua versatilidade com imagens em movimento há um maior interesse do público pelas informações fornecidas e por conseguinte a apreensão do conhecimento e a capacidade para formação de opinião crítica sobre o tema abordado se tornam factíveis (BLOMBERG et al., 2014; JUNIOR et al., 2017; NIETSCHE et al., 2012).

Destarte, com a utilização de tecnologias educacionais apropriadas, o profissional de saúde desenvolve habilidades criativas de orientar e facilitar o processo de aprendizagem da clientela com a construção e/ou redefinição conjunta de saberes e práticas, apoiadas na ciência, de forma prazerosa e reflexiva, emergindo o protagonismo dos usuários para o enfrentamento das vulnerabilidades e dos riscos à saúde da população (ASSUNÇÃO et al., 2013; COSCRATO; PINA; MELLO, 2010).

### 5.2.5 Conclusão

O planejamento do cuidado à mulher e família com auxílio de tecnologias em saúde acessíveis, claras e delineadas nos preceitos científicos pode ter alcance além das unidades de saúde. Agregar tais recursos a um atendimento acolhedor com qualidade técnica e resolutiva potencializa a construção ou ressignificação do conhecimento e a disseminação de informações adequadas sobre processos fisiológicos que, na contemporaneidade, recebem tratamentos impostos pela medicalização do corpo feminino.

Nesse sentido, o processo de trabalho no preparo de gestantes e acompanhantes nas unidades de saúde deve ser repensado, a busca por estratégias inovadoras que aproximem clientela e profissionais em momentos de discussões de temáticas com potencialidade para mudança de atitudes e posturas colabora significativamente para rearranjo assistencial, resultando no incentivo à reflexão, de todos os atores envolvidos, sobre o desenvolvimento de seu papel e o impacto de sua atuação na qualidade da assistência e na minimização de agravos.

Resgatar e estimular a autonomia e o protagonismo das mulheres e famílias e preparar os profissionais para atuar diante deste cenário são desafios que, se alcançados, modificam completamente a forma de nascer. A percepção do ritual do nascimento pode retornar a ser algo

natural e saudável, eminentemente íntimo e familiar, em que mulheres e acompanhantes se sintam confiantes no decorrer do processo e amparados por uma equipe de saúde capaz de prestar uma assistência cautelosa, segura, equânime e respeitosa.

### 5.3 APRESENTAÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA AUDIOVISUAL SOBRE A PREVENÇÃO DA VIOLENCIA OBSTETRICA PARA GESTANTES, ACOMPANHANTES E PROFISSIONAIS DE SAUDE

O processo educativo no pré-natal possui muitas possibilidades, pode ser individual ou em grupo, com grande potencial para promoção da saúde e prevenção de agravos. A abordagem acolhedora, simétrica e horizontal favorece a formação de vínculo e confiança entre usuárias e profissionais de saúde. Quando esses momentos são mediados por tecnologias de saúde lúdicas, com linguagem apropriada, a probabilidade de atribuir novos significados a fatos ou conceitos se torna viável e compreensível, favorecendo o processo de empoderamento e fortalecendo as habilidades e confiança da gestante para análise crítica e consciente das informações e tomadas de decisões durante a parturição (ASSUNÇÃO et al., 2013; SILVA et al., 2013).

Assim, recursos audiovisuais, como vídeos educativos, são ótimos aliados dos profissionais na execução de atividade de educação em saúde, pois devido a sua versatilidade com imagens em movimento há um maior interesse do público pelas informações fornecidas e por conseguinte a apreensão do conhecimento e a capacidade para formação de opinião crítica sobre o tema abordado se tornam factíveis (BLOMBERG et al., 2014; RODRIGUES JUNIOR et al., 2017; NIETSCHE et al., 2012).

Nesse sentido, a tecnologia educacional selecionada como produto desta pesquisa foi uma série de vídeos denominada “Promovendo o nascimento seguro” cujo os conteúdos, notadamente, emergiram da revisão de literatura e da vivência da pesquisadora, visando contribuir para um desempenho autônomo, ativo e consciente da mulher e do acompanhante durante a gestação, trabalho de parto e parto, e informar seus direitos, as boas práticas da assistência obstétrica, assim como, as características e nuances da violência obstétrica.

Assim sendo, sugeriu-se a divisão da série de vídeos da seguinte maneira:

Quadro 20 – Série de vídeos “Promovendo o nascimento seguro”

<b>Vídeo</b>	<b>Temática</b>	<b>Conteúdo</b>
1	Autonomia e protagonismo feminino no cenário do nascimento.	O que é, como conquistar e como garantir sua execução?
2	Informações empoderam!	2A - Mecanismo do trabalho de parto – como identificar os verdadeiros sinais do início trabalho de parto (Diferenças entre Falso Trabalho de Parto e Verdadeiro Trabalho de Parto)
		2B - O caminho para o nascimento: o que fazer em cada etapa e participação ativa do acompanhante
		2C - Boas práticas para o parto seguro e satisfatório
3	Parto e nascimento: uma experiência segura e satisfatória!	3A - Diretos da gestante/parturiente/puérpera, do acompanhante e recém nascido
		3B - Violação de direitos no parto: como identificar e como evitar?

FONTE: Elaborado pela pesquisadora

Para este momento, propôs-se a pré-produção dos Vídeos 1 e 2A da série “Promovendo o nascimento seguro” com a construção do roteiro que irá nortear todo o processo de criação (FLEMING; REYNOLDS; WALLACE, 2009). E produziu-se o Vídeo 1.

Os roteiros dos vídeos foram minuciosamente descritos em um quadro contendo três colunas, sendo a primeira com a descrição do conteúdo/momento a ser abordado, a segunda com informações para o áudio e a terceira coluna com a descrição das cenas/ilustração (NAZARIO, 2017).

Para o Vídeo 1 buscou-se conceituar autonomia e protagonismo, com a finalidade de esclarecer e capilarizar a definição desses termos para a população alvo que possui diversidade cultural significativa. Assim, a abertura da série com esta temática objetiva alinhar esses conceitos que serão resgatados ao longo dos demais vídeos.

O primeiro momento do roteiro do Vídeo 1 contextualiza a postura da maioria das mulheres e seus acompanhantes diante das incertezas da gravidez e do parto, busca refletir sobre sentimentos negativos que precisam ser trabalhados para que a sensação de segurança, autonomia e protagonismo seja alcançada.

Em seguida, os conceitos de autonomia e protagonismo no cenário do parto são definidos e ilustrados por meio de exemplos, enfatizando a atuação de uma mulher protagonista diante da

equipe de saúde no processo de nascimento. Por fim, os caminhos para se conquistar a autonomia e exercer o protagonismo são traçados com ênfase na educação em saúde durante o pré-natal (Apêndice A). O vídeo 1 foi produzido no estilo *doodly* vídeo com animações coloridas em quadro branco seguindo a narração do conteúdo, com intuito de apreender a atenção do público alvo em poucos minutos de apresentação (*Link* para acesso no Apêndice B).

O roteiro do Vídeo 2A é composto por três momentos que objetivam esclarecer as características clínicas e a sintomatologia do mecanismo do trabalho de parto, destacando os sinais do verdadeiro trabalho de parto e falso trabalho de parto. Tais conteúdos foram cuidadosamente descritos objetivando esclarecer de maneira didática para as gestantes e acompanhantes os sinais de alerta do início do trabalho de parto, reduzir a ansiedade e a busca por atendimento para avaliação clínica precoce, minimizando assim a peregrinação e a exposição da mulher e acompanhante a condutas iatrogênicas e situações de violência obstétrica (Apêndice C).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta revisão de literatura possibilitou agregar evidências que contribuíram para entender o fenômeno da violência obstétrica e buscar alternativas para preveni-lo.

Diante dos fatos, observou-se que a percepção da VO é sutil tanto para mulheres quanto para profissionais/serviços de saúde. Tal realidade está intrinsecamente associada a questões culturais de uma sociedade patriarcal que não reconhece a mulher como indivíduo autônomo e com poder de decisão sobre seu corpo e sua sexualidade.

A autonomia das mulheres é violada e seus direitos são banalizados rotineiramente. Não se permite que mulheres ocupem seus espaços ou atuem ativamente no momento do nascimento de seus filhos, suas atitudes são constantemente reprimidas e desconsideradas nos serviços de saúde, tornando-se passivas a procedimentos violentos e imperceptíveis, em virtude de conceitos perpetuados e equivocados sobre a fisiologia do parto.

Essa realidade é um reflexo do despreparo das mulheres e famílias para o gestar e parir sustentado por acompanhamento profissional embasado na formação biomédica, tecnicista e centralizadora que inviabiliza a mudança do modelo obstétrico hegemônico com atitudes e posturas resistentes à práticas baseadas em evidências científicas.

Assim, os desafios para prevenir a violência obstétrica tem diversas frentes que envolve todos os atores do cenário de nascimento. É necessário repensar a formação básica e qualificação das categorias profissionais responsáveis pelo cuidado da mulher, numa perspectiva da medicina baseada em evidências, garantindo atitudes empáticas, respeitosas e, sobretudo, seguras para gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascido. Do mesmo modo, ressignificar o processo de nascimento durante a formação profissional pode garantir um reconhecimento do protagonismo e da autonomia femininos, interferindo diretamente na atuação dos profissionais e no processo de trabalho das equipes de saúde.

Com a formação profissional segmentada no modelo humanístico, a capacidade de desmistificar questões perpetuadas em torno do parto e nascimento torna-se totalmente possível por meio da educação em saúde.

O planejamento do cuidado à mulher e família com auxílio de tecnologias em saúde acessíveis, claras e delineadas nos preceitos científicos pode ter alcance além das unidades de saúde. Agregar tais recursos a um atendimento acolhedor com qualidade técnica e resolutiva potencializa a construção ou ressignificação do conhecimento e a disseminação de informações adequadas sobre processos fisiológicos que, na contemporaneidade, recebem tratamentos impostos pela medicalização do corpo feminino.

A assistência à saúde das mulheres e acompanhantes durante o pré-natal, com informações adequadas por meio de tecnologias em saúde apropriadas, podem minimizar o medo e ansiedade que escoltam o momento doloroso do nascimento, visto por muitos, como insuportável. Conhecer seu próprio corpo e compreender o real processo fisiológico das etapas do trabalho de parto, estimula a autonomia e a atuação ativa das mulheres, prevenindo abordagens e condutas constrangedoras e inaceitáveis que caracterizam a violência obstétrica.

Nesse sentido, o processo de trabalho no preparo de gestantes e acompanhantes nas unidades de saúde deve ser repensado, a busca por estratégias inovadoras que aproximem clientela e profissionais em momentos de discussões de temáticas com potencialidade para mudança de atitudes e posturas colabora significativamente para rearranjo assistencial, resultando no incentivo à reflexão, de todos os atores envolvidos, sobre o desenvolvimento de seu papel e o impacto de sua atuação na qualidade da assistência e na minimização de agravos.

Resgatar e estimular a autonomia e o protagonismo das mulheres e famílias e preparar os profissionais para atuar diante deste cenário são desafios que, se alcançados, modificam completamente a forma de nascer. A percepção do ritual do nascimento pode retornar a ser algo

natural e saudável, eminentemente íntimo e familiar, em que mulheres e acompanhantes se sintam confiantes no decorrer do processo e amparados por uma equipe de saúde capaz de prestar uma assistência cautelosa, segura, equânime e respeitosa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, T. F. K.; AMENDOLA, F.; TROVO, M. M. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 70, n. 5, p. 1032–1039, 2017.
- ÁFIO, Aline Cruz Esmeraldo. et al. Óbitos maternos: necessidade de repensar estratégias de enfrentamento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 4, p. 631–638, 2014a.
- ÁFIO, Aline Cruz Esmeraldo. et al. Analysis of the concept of nursing educational technology applied to the patient. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 1, p. 158–165, 2014b.
- AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 15, n. 36, p. 79–91, 2011.
- AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2287–2296, 2013.
- AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. São Paulo, USP, 2010. Tese de Doutorado em Ciências, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2010.
- ALMEIDA, Maria Rita de C. B. et al. Percepção e perspectivas de gestantes sobre o processo do parto a partir de oficinas educativas. **Rev Min Enferm**, v. 15, n. 1, p. 79–85, 2011.
- ALVES, P. et al. Comunicação e informações sobre o Alzheimer no Brasil: diálogos interdisciplinares e perspectivas de Incremento na Saúde Pública. In: CONFERÊNCIA BRASILEIRA DE FOLK COMUNICAÇÃO, n. XVIII. **Anais [...]**. Recife, 2017.
- ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 1, p. 29–37, 2016.
- ANUNCIAÇÃO, Patrícia Sampaio da et al. “A tragedy after giving birth”: Stories of women who have lost newborn children. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 12, 2018.
- ANVERSA, E. 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. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 4, 2012.
- AQUINO, Estela M. L. et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: O que dizem as mulheres? **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1765–1776, 2012.
- ASSUNÇÃO, Ana Paula Ferreira de et al. Práticas e tecnologias educacionais no cotidiano de enfermeiras. **Rev enferm UFPE on line**, v. 7, n. 11, p. 6329–6335, 2013.
- BASSO, Joéli Fernanda; MONTICELLI, Marisa. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 390–397, 2010.
- BLOMBERG, Geraldini et al. Understanding video as a tool for teacher education:

investigating instructional strategies to promote reflection. **Instr Sci. [Internet]**, v. 42, p. 443–63, 2014.

BOURGUIGNON, Ana Maria; GRISOTTI, Marcia. Conceptions on childbirth humanization in Brazilian theses and dissertations. **Saude e Sociedade**, v. 27, n. 4, p. 1230–1245, 2018.

BRANDÃO, Thais. et al. Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 143, n. 1, p. 84–88, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada-manual técnico**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Departamento de informática do SUS - DATASUS. **Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados.**, 2017. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção a gestante: a operação cesariana**. Brasília-DF: CONITEC, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 1983.

BRASIL. Ministério Público Federal (MPF). **MPF-SP ajuiza ação civil pública para que ANS seja obrigada a regulamentar serviços obstétricos privados**, 2015. Disponível em: <[http://www.prsp.mpf.gov.br/sala-de-imprensa/noticias\\_prsp/24-08-10-2013-mpf-spajuiza-acao-civil-publica-para-que-ans-sejaobrigada-a-regulamentar-servicos-obstetricos-privados](http://www.prsp.mpf.gov.br/sala-de-imprensa/noticias_prsp/24-08-10-2013-mpf-spajuiza-acao-civil-publica-para-que-ans-sejaobrigada-a-regulamentar-servicos-obstetricos-privados)>

BRASIL. Código Penal. Decreto Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. In: **Diário Oficial da União 1940**, Brasília, 31 de dezembro, 1940. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm)>

BRASIL. **Despacho DAPES/SAS/MS, de 3 de maio de 2019**. Brasília-DF, 2019a. Disponível em: <[https://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?](https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?)>

BRASIL. **Recomendação nº 29, de 7 de maio de 2019**. São Paulo MPF, 7 set.2019, 2019b. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atue-contra-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo>>

BRASIL. **Ofício nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, de 7 de junho de 2019. Recomendação nº 29/2019. IC 1.34.001.007752/2013-81**. Brasília: MS, 7 jun. 2019, 2019c. Disponível em: <[http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)>

BRASILIENSE, Izabel Cristina da Silva; FERREIRA, Eleonora Arnaud Pereira; DUARTE, Inaê Benchaya. Efeitos de um Manual de Instrução sobre o Repertório de Comportamentos de Acompanhantes de Crianças com Câncer. **Interação em Psicologia**, v. 18, n. 3, p. 251–261, 2016.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. et al. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe, p. 152–158, 2015.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n.5 p. 611-614, 2004.

CARNEIRO, Nascimento Marinha. A nova cultura científica na obstetricia e seus efeitos profissionais (sec. XIX). **História: revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, v. 6, n. February, p. 69–98, 2005.

CARTANA, Thalissa de Sá et al. Practices in Mental Health in Primary Care: An Integrative Review. **International Journal of Advanced Engineering Research and Science**, v. 6, n. 7, p. 346–355, 2019.

CARVALHO, Tayná de Paiva Marques; ARAÚJO, Carla Luzia França. Percepção das puérperas de parto normal sobre violência obstétrica. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 6, p. 619–626, 2017.

CASTELLS, Manuel. **Redes de indignação e esperança: movimentos sociais na era da internet**. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2013. 271p.

CASTRO, Tiago Gomes de; ABS, Daniel; SARRIERA, Jorge Castellá. Análise de conteúdo em pesquisas de Psicologia. **Psicol. cienc. prof.[online]**. v.31, n.4, p. 814-825, 2011

CASTRO, Lidiane Mello de; CAMPOS, Edmilson Antunes de. Múltiplas faces de um conceito de parto: uma abordagem etnográfica de grupos do movimento de humanização do parto e nascimento. *In*: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 30, 2016, João Pessoa. **Anais [...]**. João Pessoa: RBA, 2016

CASTRO, Arachu; SAVAGE, Virginia. Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. **Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness**, v. 38, n. 2, p. 123–136, 2019.

CHATTOPADHYAY, Sreeparna; MISHRA, Arima; JACOB, Suraj. ‘Safe’, yet violent? Women’s experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. **Culture, Health and Sexuality**, v. 20, n. 7, p. 815–829, 2017.

COSCRATO, Gisele; PINA, Juliana Coelho; MELLO, Débora Falleiros de. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 257–263, 2010.

DA SILVA, Naélia Vidal de Negreiros et al. Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 589–602, 2019.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: < <https://docplayer.com.br/32913-Entre-a-tecnica-e-os-direitos-humanos-possibilidades-e-limites-da-humanizacao-da-assistencia-ao-parto.html> >

DINIZ, Simone Grilo 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**, v. 25, n. 3, p. 377–376, 2015.

DODOU, Hilana Dayana et al. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 262–269, 2014.

FINEOUT-OVERHOLT, Ellen; STILLWELL, Susan. Asking compelling, clinical questions. *In*: MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen (Eds.). **Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice**. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, p. 25–39, 2011.

FLEMING, Susan E.; REYNOLDS, Jerry; WALLACE, Barb. Lights... camera... action! a

- guide for creating a DVD/video. **Nurse educator**, v. 34, n. 3, p. 118–121, 2009.
- FLORES, Yesica Yolanda Range et al. Social construction of obstetric violence of Tenek and Nahuatl women in Mexico. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 53, p. 1–7, 2019.
- FUJITA, Júnia Aparecida Laia da Mata; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Humanizing labor: experiences in the unified health system. **REME Rev min enferm [Internet]**, v. 18, n. 4, p. 1006–10, 2014.
- GONÇALVES, Roselane. et al. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 62–70, 2011.
- GUIMARÃES, Liana Barcelar Evangelista; JONAS, Eline; DO AMARAL, Leila Rute Oliveira Gurgel Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Revista Estudos Feministas**, v. 26, n. 1, p. 1–11, 2017.
- HONORATO, Eduardo Jorge Sant'Ana et al. Violência conjugal associada ao uso abusivo de álcool: uma revisão sistemática integrativa. **REVES-Revista Relações Sociais**, v. 2, n. 2, p. 232–248, 2019a.
- HONORATO, Eduardo Jorge Sant'Ana et al. The use of education technologies in health: an integrating literature review. **International Journal for Innovation Education and Research**, v. 7, n. 7, p. 177–197, 2019b.
- JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, n. e3069, 2018.
- JOJOA-TOBAR, Elisa. et al. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. **Rev. Univ. Ind. Santander, Salud**, v. 51, n. 2, p. 135–146, 2019.
- RODRIGUES JUNIOR, Jânio Cavalcanti et al. Construção de video educativo para a promoção da saúde ocular em escolares. **Texto contexto enfermagem**, v. 26, n. 2, p.1-11. 2017.
- KOPERECK, Cristine Silva et al. A Violência Obstétrica No Contexto Multinacional. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 12, n. 7, p. 2050-2060. 2018.
- LANSKY, Sônia et al. Obstetric violence: influences of the senses of birth exhibition in pregnant women childbirth experience. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2811–2824, 2019.
- LEAL, Maria do Carmo. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30 Sup: S1, n. Rio de Janeiro, p. 227–248, 2014.
- LEAL, Sarah Yasmin Pinto et al. Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. **Cogitare Enferm**, v. 2, n. 23, p. 1-7, 2018.
- LIMA, Welman de Sousa et al. Assistência ao parto e suas mudanças ao longo do tempo no Brasil. **Multidebates**, v. 2, n. 2, p. 41–55, 2018.
- LOCKWOOD, Craig; MUNN, Zachary; PORRITT, Kylie. Síntese de pesquisa qualitativa: metodológica orientação para revisores sistemáticos utilizando meta-agregação. **Int J Evid Based Healthc**, v. 13, n. 3, p. 179–187, 2015.
- LORENZETTI, Jorge et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto contexto enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 432–9, 2012.

- MANDU, Edir Nei Teixeira. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Rev Latino-Am Enferm.**, v. 12, p. 665–75, 2004.
- MARIANI, Adriana Cristina; NASCIMENTO NETO, José Osório do. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito. **Cad. Esc. Dir. Rel. Int. (UNIBRASIL)**, v. 2, n. 25, p. 48–60, 2016.
- MARQUES, Fernanda Cessel et al. Humanized childbirth: a transdisciplinary review. **International Journal of Research -GRANTHAALAYAH**, v. 8, n. 7, p. 1-16, 2020.
- MARTINS, Álissan Karine Lima et al. Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde e enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 2, p. 324-329, 2011.
- MARTINS, Cleusa Alves; MATTOS, Diego Vieira de; SANTOS, Heliane Fernandes Lourenço. Autonomia da mulher no processo parturitivo. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. 12, p. 4509–16, 2016.
- MEIJER, Magriet et al. Components of obstetric violence in health facilities in Quito, Ecuador: A descriptive study on information, accompaniment, and position during childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 148, n. 3, p. 355–360, 2019.
- MELO, Kátia de Lima. et al. O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal. **Rev Pesqui: Cuid Fundam Online**, v. 6, n. 3, p. 1007–20, 2014.
- MENDONÇA, Sara Sousa. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 2, p. 250-271, 2015.
- MERHY, Emerson. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Eds.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MESSIAS, Ane Laura Saraiva et al. Violência Obstétrica: experiências de puérperas primíparas em uma maternidade pública. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 1, p. 1–7, 2018.
- MOHER, David. et al. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 335–342, 2015.
- MOOLA, Sandeep. et al. Capítulo 7: Revisões sistemáticas de etiologia e risco. In: AROMATARIS, Edoardo; MUNN, Zachary (Eds.). **Manual do Revisor do Instituto Joanna Briggs**. Joanna Briggs Institute, 2017. Disponível em <[reviewersmanual.joannabriggs.org](http://reviewersmanual.joannabriggs.org)> Acesso em maio de 2020.
- MORIN, Edgar. **O método 5: a humanidade da humanidade**. Porto Alegre: Sulina, 2002.
- MORIN, Edgar. **O método 6: ética**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.
- MOTTA, Cibele Cunha Lima da; CREPALDI, Maria Aparecida. O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 15, n. 30, p. 105–118, 2005.
- NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio** [Internet]. Nova York: Nações Unidas; 2000. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/tema/odm/>>
- NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável** [Internet]. Nova York: Nações Unidas; 2015. Disponível em: <<https://sustainabledevelopment.un.org/>>

- NAKANO, Ana Marcia Spanó. et al. Childbirth experience according to a group of Brazilian primiparas. **Midwifery**, v. 28, n. 6, p. e844–e849, 2012.
- NARCHI, Nádia Zanon; CRUZ, Elizabete Franco; GONÇALVES, Roselane. O papel das obstetizas e enfermeiras obstetizas na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1059–1068, 2013.
- NASCIMENTO, Samilla Leal do et al. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. **Revista Enfermería Actual**, v. 37, n. Julho 2019-Dezembro 2019, p. 2511–4775, 2019.
- NAZARIO, Ariadne Pinheiro. **Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê**. São Paulo, USP, 2017. Dissertação de Mestrado em Ciências, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2017.
- NIETSCHE, Elizabeta Albertina. **Tecnologia emancipatória: possibilidades e impossibilidades para praxis de enfermagem?** Ijuí: Unijui, 2000.
- NIETSCHE, Elizabeta Albertina. et al. Education, care and management technologies: a reflection based on nursing teachers' conception. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 344–352, 2005.
- NIETSCHE, Elizabeta Albertina. et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem inovative. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 2, n. 1, p. 182–189, 2012.
- NIETSCHE, Elizabeta Albertina.; TEIXEIRA, Elizabeth.; MEDEIROS, Horácio. **Tecnologia cuidativo- educacional: uma possibilidade para o empoderamento do/a enfermeiro/a**. Porto Alegre: Mariá, 2014.
- NIY, Denise Yoshie. et al. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1–16, 2019.
- OLIVEIRA, Maria do Socorro Santos de DE et al. Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes. **ABCS Health Sciences**, v. 44, n. 2, p. 114–119, 2019.
- OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 1–10, 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**, 2015.
- PEDROSO, Clarissa Niederauer Leote Da Silva; LÓPEZ, Laura Cecilia. À margem da humanização?: Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis**, v. 27, n. 4, p. 1163–1184, 2017.
- PENHA, Ana Alinne Gomes da et al. Tecnologias na promoção da saúde de idosos com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 3, p. 406–414, 2015.
- PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; BENTO, Amanda Domingos. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev Rene**, v. 12, n. 3, p. 471–

477, 2011.

PEREIRA, Deborah Santana et al. A tecnologia como ferramenta Promotora da saúde. In: SANTOS, Zelia Maria de Sousa Araújo; FROTA, Mirna Albuquerque; MARTINS, Aline Barbosa Teixeira (Ed.). **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza: EdUECE, 2016. p. 64–82.

PERERA, Dinusha et al. “When helpers hurt”: Women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 1–12, 2018.

PIMENTA, Lizandra Flores et al. A cultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto. **R Pesq: Cuid Fundam Online**, v. 6, n. 3, p. 987–97, 2014.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lobo. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal**, v. 25, n. 3, p. 585–602, 2013.

PLUYE, Pierre; HONG, Quan Nha. Combining the power of stories and the power of numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Riviews. **Annual Review of Public Health**, v. 35, p. 29–45, 2014.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

POMPEO, Daniele Alcalá; ROSSI, Lídia Aparecida; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 434–438, 2009.

POMPEU, Kelen Da Costa. et al. Prática da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, n. e1142, 2017.

PORTUGAL, Adílio Campos et al. Artigo científico na área da saúde: diretrizes para a sua elaboração e avaliação. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, v. 17, n. 2, p. 265–271, 2018.

QUENTAL, Líbna Laquis Capistrano et al. Práticas educativas com gestantes na Atenção Primária à Saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. supl.12, p. 5370–5381, 2017.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Pariras com dor”: dossiê elaborado para CPMI da violência contra as mulheres**. São Paulo: 2012. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/home>

REIS, Thamiza Laureany da Rosa dos et al. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 1, 2017.

RODRIGUES, Diego Pereira et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 614–620, 2015.

ROHDEN, Fabíola. Fragmentos da história da medicalização do parto: da indecência moral ao domínio médico. **Coletiva**, v. 9, n. set-out-nov-dez, 2012.

SALBEGO, Cléton. ET AL. Tecnologias cuidativo-educacionais: um conceito em desenvolvimento. In: TEIXEIRA, Elizabeth (Ed.). **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2017.

SALVIANO, Cristiane Feitosa; GOMES, Priscila Lemos; MARTINS, Gisele. Experiências vividas por famílias e crianças com sintomas urinários e intestinais: revisão sistemática de métodos mistos. **Esc. Anna Nery**, v. 24, n. 3, 2020.

- SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 2, p. 362–370, 2014.
- SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. **Texto contexto enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 875–82, 2015.
- SANTANA, Jéssica Xavier et al. Possibilities of Coping with the Violence against Women - a Review of literature. **International Journal of New Technology and Research**, v. 5, n. 6, p. 59–64, 2019.
- SANTIAGO, Rosario Valdez et al. “If we’re here, it’s only because we have no money.” discrimination and violence in Mexican maternity wards. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 1–10, 2018.
- SANTOS, Luciano Marques dos et al. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 5, p. 994–1003, 2012.
- SANTOS, Luciano Marques dos.; PEREIRA, Samantha Souza da Costa. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Physis**, v. 22, n. 1, p. 77–97, 2012.
- SANTOS, Rachael Miranda dos et al. Tecnologias do cuidado e humanização do pré-natal na atenção básica. **Revi sta Recien**, v. 6, n. 18, p. 76–84, 2016.
- SANTOS, Zelia Maria de Sousa Araújo. Tecnologia em Saúde – Aspectos teórico-conceituais. In: SANTOS, Zelia Maria de Sousa Araújo; FROTA, Mirna Albuquerque; MARTINS, Aline Barbosa Teixeira (Ed.). **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza: EdUECE, 2016. p. 12–22.
- SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, v. 2, n. 1, p. 128–147, 2016.
- SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: Relato de duas experiências. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, n. 60, p. 209–220, 2017.
- SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, e180487, p. 1–16, 2019.
- SILVA, Maria Raquel Cruz da. **Dor e Violência no Parto: maus tratos a mulheres em uma maternidade de Manaus**. Manaus, UFAM, 2019. Dissertação de Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais. Universidade Federal do Amazonas, 2019
- SILVA, A. A importância da preparação para o nascimento e parentalidade, sua influência nas expectativas e satisfação com o parto e os reflexos saudáveis para a nova família. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XVIII, XIII, 2013. **Anais [...]**. Curitiba: Centro Reichiano, 2013.
- SILVA, Ana Karoline Chaves da et al. Construção e validação de jogo educativo para adolescentes sobre amamentação. **Rev baiana enferm**, v. 1, n. 31, p. 1-10, 2017.
- SILVA, Maria Adelane Monteiro da et al. Grupo operativo com primigestas: uma estratégia

de promoção à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1–11, 2018a.

SILVA, Crisleine Oliviera da et al. Significados e expectativas de gestantes em relação ao pré-natal na atenção básica: revisão integrativa. **Saúde e Transformação Social**, v. 3, n. 4, p. 98–104, 2013.

SILVA, Raissa Lins Vieira da et al. Violência obstétrica sob o olhar das usuárias. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 10, n. 12, p. 4474–4480, 2016.

SILVA, Tirza Almeida da et al. Movimento LGBT, políticas públicas e saúde. **Revista Amazônica (ONLINE)**, v. 21, n. 1, p. 191–208, 2018b.

SILVA, Fabiana da Conceição et al. The knowledge of puerperal women on obstetric violence. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, 2019.

SILVA, Larissa Mandarano da; BARBIERI, Márcia; FUSTINONI, Suzete Maria. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 64, n. 1, p. 60–5, 2011.

SILVA, Manuela Barreto; MONTEIRO, Pedro Sadi. Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas - TO, 2009. **Com. Ciências Saúde**, v. 21, n. 1, p. 21–30, 2010.

SOUSA, Francisca Georgina Macedo de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; MAGALHAES, Aline Lima Pestana. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini (Eds.). **Metodologias da Pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria a prática**. Porto Alegre: Moriá, 2016. p. 99–122.

SOUTO, Rafaella Queiroga et al. Systematic mixed studies reviews: updating results on the reliability and efficiency of the Mixed Methods Appraisal Tool. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 1, p. 500–501, 2015.

SOUZA, Ana Célia Caetano de; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; BORGES, José Wicto Pereira. Educational technologies designed to promote cardiovascular health in adults: Integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 48, n. 5, p. 941–948, 2014.

SOUZA, Daniel Cerdeira de et al. Assassinatos de LGBTs no Brasil: uma análise de literatura entre 2010-2017. **Revista Periódicus**, v. 1, n. 10, p. 24–39, 2019a.

SOUZA, Daniel Cerdeira de et al. Transvestites and transexual people in the context of education: a literature review. **International Journal for Innovation Education and Research**, v. 7, n. 5, p. 157–169, 2019b.

SPINK, Mary Jane P. **Psicologia Social e Saúde: prática, saberes e sentidos**. 9. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

TEIXEIRA, Elizabeth; NASCIMENTO, Maria Helena Machado. Pesquisa metodológica: perspectivas operacionais e densidades participativa. In: TEIXEIRA, Elizabeth. (Ed.). **Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais: vol. 2**. Porto Alegre: Moriá, 2020a. p. 51–61.

TEIXEIRA, Elizabeth; NASCIMENTO, Maria Helena Machado. Revisão integrativa: etapa fundamental para construção baseada na literatura de tecnologias cuidativo-educacionais. In: TEIXEIRA, Elizabeth. (Ed.). **Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais: vol. 2**. Porto Alegre: Moriá, 2020b. p. 393–398.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciênc Saúde Colet**, v. 10, p. 585–587, 2005.

TERÁN, Pablo. et al. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, v. 73, n. 3, p. 171–180, 2013.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1–12, 2015.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi.; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia | Ciências Humanas**, v. 16, n. 1, p. 95–107, 2016.

VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc SP, 2013.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: Updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global reference list of 100 core health indicators**, 2015. Disponível em < [www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/](http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/) > Acesso em fevereiro de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018.

ZACHER, Lydia Dixon. Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 29, n. 4, p. 437–454, 2015.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 10, n. 3, p. 359–367, 2010.

ZIRR, Greice de Medeiros et al. Autonomia da mulher no trabalho de parto: contribuições de um grupo de gestantes. **Rev Min Enferm**, v. 23, n. e-1205, 2019.

## APÊNDICE A

<b>Planejamento do roteiro do Vídeo 1 da Série Promovendo o nascimento seguro</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Para que?</b> Orientar as mulheres sobre autonomia e protagonismo feminino no cenário de nascimento</li> <li>• <b>Para quem?</b> Gestantes, acompanhantes/familiares e profissionais de saúde</li> <li>• <b>Onde?</b> ESF, redes sociais</li> <li>• <b>Como?</b> Vídeo educativo – estilo <i>Doodle</i> vídeo</li> </ul> <p><b>Título:</b> Autonomia e protagonismo feminino no cenário do nascimento – o que é, como conquistar e como garantir sua execução?</p>		
Momento	Áudio	Vídeo
<b>1 A gestação e a postura feminina</b>	1.1 Bem vindos a série de vídeos “Promovendo o Nascimento Seguro”. Nossos vídeos foram produzidos com o intuito de preparar gestantes e parceiros para vivência da gestação e do parto seguros e positivos. E nesse primeiro vídeo iremos conversar sobre Autonomia e protagonismo feminino no cenário do nascimento – o que é, como conquistar e como garantir sua execução?	1.1 Ilustrações com o nome da série de vídeos na parte superior seguida de imagens de gestantes e acompanhantes/famílias com características diversas e na parte inferior o tema do vídeo 1
	1.2 A gravidez e o parto são momentos especiais e naturais para muitas famílias. São experiências únicas e diferentes para cada mulher!	1.2 Imagens de mulheres grávidas e parcerias contemplando a gravidez
	1.3 Mas muitas mulheres e suas parcerias sentem-se inseguras, com medo, e por muitos motivos, não se sentem capazes de tomar decisões que envolvem seu corpo, suas vontades.	1.3 Gestante com expressão de medo, balões ilustrando pensamentos preocupantes
	1.4 Esses sentimentos ruins como medo, insegurança e impotência podem prejudicar todo o processo de nascimento. As mulheres e seus acompanhantes ficam estáticos, sem conseguir atuar ativamente no momento do parto e do nascimento, tornando -se vulneráveis a ter uma experiência muito negativa e dolorosa.	1.4 Gestantes e acompanhante paralizados/acorrentados a palavras medo, insegurança e impotência
	1.5 Por isso é importante que, antes mesmo de engravidar, a mulher e sua parceria busquem por empoderamento para serem autônomos e protagonistas no cenário de nascimento!	1.5 Gestante em um podium em que cada degrau é identificado com as seguintes palavras: pró-atividade, coragem, atitude, conhecimento

Continua

Continuação

Momento	Áudio	Vídeo
<b>2 O que é autonomia e protagonismo?</b>	<p>2.1 Mas o que significa autonomia e protagonismo???</p> <p>Significa ter postura ativa com liberdade de escolha, voz para decidir e capacidade de governar-se, em qualquer aspecto de sua vida.</p>	<p>2.1 As palavras Autonomia e Protagonismo aparecem na parte superior. Em seguida, imagem de uma gestante com alto falante simulando gritar as palavras postura ativa, liberdade de escolha, voz para decidir, governar-se</p>
	<p>2.2 No período da gravidez e do parto as mulheres precisam fortalecer sua autonomia e exercer seu protagonismo, pois estão mais suscetíveis à violação de direitos.</p>	<p>2.2 Casal grávido ilustrado em tamanho menor que o profissional de saúde, denotando submissão perante os profissionais /instituições de serviços de saúde</p>
	<p>2.3 A mulher tem o direito de decidir sobre tudo que se refere ao seu corpo e possui responsabilidade nesta decisão. A mulher autônoma e protagonista reconhece seus direitos e exige seu cumprimento. No parto e nascimento, a mulher tem direito de deambular, usar métodos não farmacológicos para alívio da dor, se alimentar, escolher a posição para parir, ter um acompanhante de livre escolha, ficar com seu bebê logo após o nascimento, ser informada e esclarecida para consentir qualquer procedimento. A mulher deve participar da tomada decisão com equipe assistente de forma responsável, garantindo assim uma experiência positiva do desfecho gestacional</p>	<p>2.3 Gestante na bola, com acompanhante dando suporte e o profissional de saúde sentado fazendo o monitoramento cardíaco fetal. Ilustração dos direitos ao lado dos personagens a medida que vão sendo narrados</p>
	<p>2.4 Uma mulher protagonista tem voz ativa para expor seu pensamento e suas vontades, suas decisões devem ser respeitadas pelo seu acompanhante e equipe de saúde</p>	<p>2.4 Gestante tomado decisões diante do profissional de saúde</p>

Continua

Continuação

Momento	Áudio	Vídeo
<p><b>3 Como conquistar a autonomia e exercer o protagonismo?</b></p>	<p>3.1 E como conquistar autonomia e exercer o protagonismo?</p> <p>Para que a mulher e sua parceria sejam protagonistas é necessário uma preparação com acesso à informações adequadas sobre o processo de parturição.</p>	<p>3.1 Gestante e parceria em consulta e conversa com o profissional de saúde</p>
	<p>3.2 Participar de atividades de educação em saúde durante o pré-natal, individual ou em grupo, é uma oportunidade para aprender sobre seus direitos, sobre as etapas do trabalho de parto, esclarecer suas dúvidas e entender suas responsabilidades</p>	<p>3.2 Gestantes, acompanhantes e profissional de saúde em roda de conversa.</p>
	<p>3.3 Assim, a atuação da mulher e do acompanhante no cenário do parto será segura, ativa e, sobretudo, protagonista, favorecendo um desfecho livre de danos físicos e emocionais para a mulher, recém nascido e família</p>	<p>3.3 Puérpera, acompanhante e recém nascido expressando alegria com desfecho gestacional.</p>

## APÊNDICE B

*Link* para acesso do Vídeo 1 - Autonomia e protagonismo feminino no cenário do nascimento – o que é, como conquistar e como garantir sua execução? da Série Promovendo o nascimento seguro: <https://www.youtube.com/watch?v=51jK1Zf27bE>.

## APÊNDICE C

<b>Planejamento do roteiro do Vídeo 2A da Série Promovendo o nascimento seguro</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Para que?</b> Orientar as mulheres sobre as diferenças do Falso Trabalho de Parto e Verdadeiro Trabalho de Parto</li> <li>• <b>Para quem?</b> Gestantes e acompanhantes/familiares</li> <li>• <b>Onde?</b> ESF, redes sociais</li> <li>• <b>Como?</b> Vídeo educativo</li> </ul> <p><b>Título:</b> Informações empoderam!</p> <p><b>Conteúdo:</b> Mecanismo do trabalho de parto – como identificar os verdadeiros sinais do início trabalho de parto (Diferenças entre Falso Trabalho de Parto e Verdadeiro Trabalho de Parto)</p>		
Momento	Áudio	Vídeo
<b>1 Mecanismo do trabalho de Parto</b>	1.1 Bem vindos a série de vídeos “Promovendo o Nascimento Seguro”. Nossos vídeos foram produzidos com o intuito de preparar gestantes e parceiros para vivência da gestação e do parto seguros e positivos. Nosso Segundo vídeo, denominado “Informações empoderam”, será dividido em três partes e nessa primeira parte iremos conversar sobre a diferença de verdadeiro TP e falso trabalho de parto.	1.1 Ilustrações com o nome da série de vídeos na parte superior seguida de imagens de gestantes e acompanhantes/famílias com características diversas e na parte inferior o tema do vídeo 2A.
	1.2 Precisamos saber reconhecer quando devemos procurar a maternidade ou o local do parto. E para isso devemos identificar os sinais do trabalho de parto verdadeiro e aqueles que nos deixam confusas.	1.2 Ilustrações de possíveis locais de parto e profissionais assistentes interagindo com a gestante e acompanhante.
	1.3 Para o bebê nascer é necessário trabalhar em conjunto com sua mãe. Os estímulos hormonais, sensoriais e emocionais maternos ajudam o bebê a percorrer o caminho para o nascimento. As contrações uterinas possibilitam descida do feto até o meio externo. Sem elas não existe parto normal! O feto estimula o corpo materno a se ajustar ao momento e se posicionar de forma que seja possível sua passagem pela pelve materna, facilitando o seu Nascimento.	1.3 Esquema sinalizando o local das contrações uterinas na parturiente e sua ação sob o feto.

Continua

Continuação

Momento	Áudio	Vídeo
<b>2</b> <b>Trabalho de parto verdadeiro</b>	2.1 Mas como saber que o momento do parto está chegando realmente?	2.1 Imagens de gestantes com expressão de dúvida
	2.2 Para acontecer o trabalho de parto precisamos de contrações uterinas efetivas capazes de provocar a descida do feto e alterações do colo uterino (dilatação e esvaecimento). Essas contrações não passam com analgésicos e sua intensidade e duração aumentam a cada hora demonstrando os efeitos das ações hormonais para o nascimento.	2.2 Esquema ilustrando as alterações com corpo da mulher e o feto, destacando palavras chave (Dor lombar, sem medicação).
	2.3 Enquanto os intervalos das contrações estiver entre 5 a 10 minutos, o ideal é que a mulher descanse, preservando sua energia.	2.3 Palavras em destaque.
	2.4 Deve-se procurar a maternidade somente quando estiver ocorrendo no mínimo <b>três contrações</b> com duração mínima de 30 segundos cada em <b>10 minutos</b> , ou bebê parar de mexer ou a “bolsa estourar”.	2.4 Letras garrafais dos itens em destaque para chamar a atenção Desenho de relógio sinalizando os 10 minutos.
	2.5 Se a gestante optar por buscar avaliação de um profissional de saúde antes de iniciar as contrações FORTES estará exposta à avaliações desnecessárias, aumentando a ansiedade e comprometendo seu DESCANSO.	2.5 imagens de gestantes cansadas, e palavras em destaque.
	2.6 A medida que o trabalho de parto vai avançando surge algumas sensações que não conseguimos controlar: como fazer força para baixo, em virtude da cabeça do bebê está pressionando a parte do corpo em que as fezes ficam armazenadas. As contrações tendem a ser mais próximas e mais demoradas chegando até seis contrações em 10 minutos.	2.6 Imagens com esquema da descida fetal.
	2.7 Há intervalo entre uma contração e outra possibilitando o descanso da mulher e a oxigenação do bebê por meio de exercícios respiratórios adequados.	2.7 Ilustração de gestantes fazendo exercícios respiratórios.

Continua

Momento	Áudio	Vídeo
<b>2 Trabalho de parto verdadeiro</b>	2.8 A cada contração vai acontecendo a descida do bebê no corpo da sua mãe, a passagem vai abrindo (“colo do utero”), os músculos vão relaxando em virtude do coquetel de hormônios, e o Nascimento se aproximando.	2.8 Esquema didático demonstrando a descida do feto com indicação das contrações e nomes dos hormônios em uma taça como um coquetel.
	2.9 O bebê completa sua trajetória para o meio externo. Mas o parto ainda não acabou! Ainda é necessário sair a placenta (estrutura responsável por nutrir o feto e manter a gravidez).	2.9 Desenhos demonstrando a mulher com o bebê no colo e o profissional aguardando a dequitação.
	2.10 Para isso o útero se contrai em menor intensidade, expulsa a placenta e fica em formato de globo endurecido. Isso é um ótimo sinal, pois evita perda de sangue em grande quantidade. Agora a mulher se encontra no pós parto, também chamado de puerpério.	2.10 Esquema didático, com mulher em puerpério e setas apontando para região da formação do globo de pinard.
<b>3 Falso Trabalho de parto</b>	3.1 - Já no falso trabalho de parto, ocorrem contrações chamadas <i>Braxton Hicks</i> ou de treinamento entre 3 a 4 vezes por dia e podem ocorrer quando o bebê se mexe ou chuta, não provoca sensação dolorosa forte mas incomodam e podem ser diminuídas com o repouso ou mudança de posição da mãe.	3.1 Gestantes nesse momento tranquila com expressão de dor leve.
	3.2 Possuem intervalos irregulares e baixa duração e intensidade e, por isso, não provocam a descida da apresentação fetal, alterações na cérvix uterina e/ou ruptura de membranas amnióticas. Ao sentir essas contrações as gestantes devem manter-se calmas, repousar e observar a mobilidade do feto.	3.2 Ilustração de gestantes descansando, assistindo televisão, lendo livro.