

Assistência qualificada ao pré-natal na prevenção da violência obstétrica em uma maternidade de alto risco

Qualified prenatal care in the prevention of obstetric violence in a high-risk maternity

Atención prenatal calificada en la prevención de la violencia obstétrica en una maternidad de alto riesgo

Recebido: 09/09/2024 | Revisado: 20/09/2024 | Aceitado: 21/09/2024 | Publicado: 26/09/2024

Akaciane Mota Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7900-4976>
Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: akaciane.souza@hotmail.com.br

Allana Tarcisa Santos Moraes

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6893-9673>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: allanamoraes10@gmail.com.br

Karolynny Dias Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0513-4246>
Universidade Estadual do Ceará, Brasil
E-mail: dkarolynny@gmail.com.br

Deborah Cristina Silva Souza

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4678-4351>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: deborahcris1997@gmail.com.br

Davi Leonel Araujo Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6179-2596>
Centro Universitário Estácio de Sergipe, Brasil
E-mail: davidleoneel.dl@hotmail.com.br

Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5593-4172>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: iellendantas@hotmail.com.br

Resumo

Objetivo: Avaliar a assistência qualificada ao pré-natal na atenção básica como forma de prevenção da violência obstétrica em uma Maternidade de Alto risco. **Métodos:** Estudo descritivo, analítico e de abordagem quantitativa com 36 puérperas internadas em uma maternidade de alto risco que realizaram acompanhamento pré-natal na atenção básica. Os dados foram obtidos por meio de entrevista com análise do cartão de gestante e aplicação de questionário semiestruturado sobre dados sociodemográficos, obstétricos, a assistência pré-natal na atenção básica conforme recomendações do Ministério da Saúde e a identificação e formas de prevenção da violência obstétrica. **Resultados:** No que concerne a identificação da violência obstétrica constatou-se um percentual significativo (66,67%) de puérperas que relataram pelo menos uma violência obstétrica vivenciada durante a assistência recebida no parto. Percebeu-se que a identificação da violência obstétrica apresentou uma correlação fraca, porém significativa, inversamente proporcional com a adequação de número de consultas e das orientações do pré-natal. O conhecimento da violência obstétrica foi correlacionado moderadamente e muito significativamente à adequação do início do pré-natal e correlacionada fracamente e de forma significativa à orientação sobre a violência obstétrica. **Considerações finais:** Pode-se concluir que existe correlação entre a identificação da violência obstétrica e a adequada assistência pré-natal em relação ao número de consultas e as orientações no pré-natal, a partir da visibilidade dos casos podem ser subsidiadas novas estratégias e políticas para atuar na prevenção da violência obstétrica.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Serviços de Saúde Materno-Infantil; Violência Obstétrica.

Abstract

Objective: To evaluate qualified prenatal care in primary care as a way of preventing obstetric violence in a high-risk maternity hospital. **Methods:** Descriptive, analytical and quantitative study with 36 postpartum women admitted to a high-risk maternity hospital who underwent prenatal care in primary care. Data was obtained through an interview with analysis of the pregnant woman's card and application of a semi-structured questionnaire on sociodemographic and obstetric data, prenatal care in primary care according to Ministry of Health recommendations and identification

and ways of preventing obstetric violence. Results: Regarding the identification of obstetric violence, a significant percentage (66.67%) of postpartum women reported at least one obstetric violence experienced during the care they received during childbirth. Knowledge of obstetric violence was moderately and highly significantly correlated with the adequacy of the start of prenatal care and weakly and significantly correlated with guidance on obstetric violence. Final considerations: It can be concluded that there is a correlation between the identification of obstetric violence and adequate prenatal care in terms of the number of consultations and prenatal guidance. Based on the visibility of cases, new strategies and policies can be developed to prevent obstetric violence.

Keywords: Prenatal Care; Maternal-Child Health Services; Obstetric Violence.

Resumen

Objetivo: Evaluar la atención prenatal calificada en atención primaria como forma de prevención de la violencia obstétrica en una Maternidad de Alto Riesgo. Métodos: Estudio descriptivo, analítico y cuantitativo con 36 puérperas ingresadas en una maternidad de alto riesgo que realizaron atención prenatal en atención primaria. Los datos se obtuvieron mediante entrevista con análisis de la tarjeta de embarazo y aplicación de un cuestionario semiestructurado sobre datos sociodemográficos y obstétricos, la atención prenatal en atención primaria recomendada por el Ministerio de Salud y la identificación y formas de prevención de la violencia obstétrica. Resultados: En cuanto a la identificación de violencia obstétrica, un porcentaje significativo (66,67%) de puérperas refirió al menos una violencia obstétrica vivida durante la atención que recibieron durante el parto. Se observó que la identificación de violencia obstétrica presentó una correlación débil pero significativa, inversamente proporcional a la adecuación del número de consultas y de la orientación prenatal. El conocimiento sobre la violencia obstétrica se correlacionó moderada y muy significativamente con la idoneidad del inicio de la atención prenatal y débil y significativamente con la orientación sobre la violencia obstétrica. Consideraciones finales: Se puede concluir que existe correlación entre la identificación de violencia obstétrica y una adecuada atención prenatal en relación con el número de consultas y orientación prenatal, a partir de la visibilidad de los casos se pueden apoyar nuevas estrategias y políticas para actuar en la prevención de la violencia obstétrica.

Palabras clave: Atención Prenatal; Servicios de Salud Materno-Infantil; Violencia obstétrica.

1. Introdução

O projeto de Lei 19.701 (2018), caracteriza a violência obstétrica (VO) como qualquer ação ou omissão que possa resultar em morte, lesão, sofrimento físico, sexual e psicológico em todo o período de gravidez e pós-parto, além da realização de tratamentos excessivos ou inapropriados e a coação com a finalidade de inibir denúncias. Em diversas partes do mundo, mulheres grávidas e em trabalho de parto sofrem com abusos, falta de respeito, negligência e tratamentos inadequados durante o parto em centros de saúde, o que configura a violência obstétrica e traz prejuízos tanto para a mãe quanto para o bebê, já que esse é um momento de extrema vulnerabilidade para a mulher (OMS, 2014).

O parto é um momento significativo na vida da mulher e representa mudanças psicológicas e físicas, além da sua transformação em mãe e a construção desse seu papel na sociedade. Esse processo que necessita de grande apoio familiar e profissional, visto que podem surgir medos, dúvidas e incertezas, se torna para muitas mulheres vítimas de VO, uma vivência de terror e insatisfação, marcadas por diversos tipos de violências cometidas pelos profissionais de saúde que deveriam ser seus principais cuidadores (Silva et al., 2021).

Apesar das evidências, não existe um consenso científico sobre como essas violações podem ser definidas e medidas, havendo também limitações no conhecimento sobre suas consequências e impacto na saúde e no bem-estar das mulheres (OMS, 2014). O conceito de violência tem diversas perspectivas, devendo ter em vista a forma, a origem, a experiência por parte da vítima, do agressor e da sociedade, enquanto os profissionais de saúde associam a violência obstétrica pelo olhar técnico, considerando-a uma falha técnica em seu trabalho ou na realização de intervenções sem evidências científicas, as mulheres enxergam a violência obstétrica como a perda dos seus direitos e uma experiência traumática (Paiva et al., 2022).

Embora o Brasil apresente elevada cobertura de pré-natal (98,7%), apenas 40% das mulheres relatam ter recebido orientações sobre práticas benéficas para o trabalho de parto, sendo dessas com maior foco na gravidade e sinais de risco (Leal et al., 2020). Sendo assim, demonstra-se a necessidade de mudar essa realidade com a capacitação responsável dos profissionais de saúde, sobretudo no acompanhamento de pré-natal na atenção primária, no preparo e orientação das gestantes

e familiares sobre os benefícios do parto natural, suas possíveis complicações com intervenções questionáveis e assim contribuir para o empoderamento dessas mulheres e suas famílias ao exigir um atendimento obstétrico seguro e digno, em prol do enfrentamento da violência obstétrica (Silva & Aguiar, 2020).

O acompanhamento da gestante na atenção básica permite maior contato entre a mulher e o enfermeiro, reduzindo assim o índice de abandono do pré-natal nesta etapa de aprendizagem e de construção de vínculo. O papel do enfermeiro obstétrico é fundamental para reduzir intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto, assim como, na prevenção da violência obstétrica, garantindo escuta qualificada e sanando dúvidas para proteger a saúde do binômio mãe-bebê com técnicas seguras, além de ofertar orientações efetivas e respeitosas sobre a tomada de decisão da mulher durante todo o processo (Nascimento et al., 2022).

Nesse contexto, o estudo se justifica frente a importância de compreender, acompanhar e desenvolver uma atuação efetiva da Atenção Primária no combate à VO, visto que se demonstra escassez na literatura de estudos primários na prevenção da violência obstétrica, dando voz para as vítimas e para a desconstrução do medo e da submissão em um momento no qual a mulher deveria ser protagonista: seu parto.

Apesar dos esforços institucionais, as mudanças no cenário de assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal ainda são gradativas, demonstrando a importância da reflexão sobre o tema para o fortalecimento das boas práticas e a capacitação profissional sobre o acolhimento e humanização desde o pré-natal ao puerpério em combate à violência obstétrica. Diante disso, o objetivo do estudo é avaliar a assistência qualificada ao pré-natal na atenção básica como forma de prevenção da violência obstétrica em uma Maternidade de Alto risco.

2. Metodologia

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa para avaliação da assistência qualificada ao pré-natal na atenção básica como prevenção da violência obstétrica em uma maternidade de alto risco. A pesquisa analítica apresenta associação entre variáveis e com a abordagem quantitativa utiliza-se de dados de forma estatística, permitindo avaliar medidas preventivas, terapêuticas e modelos assistenciais à saúde sobre a temática abordada (Toassi & Petry, 2021).

2.2 Local do estudo

A coleta de dados ocorreu em novembro de 2023 até janeiro de 2024, tendo como cenário uma maternidade de Alto risco localizada em Aracaju/SE, sendo referência na assistência de alta complexidade no estado de Sergipe e atendendo gestantes, parturientes e puérperas de Aracaju, além das provenientes do interior de Sergipe e de estados vizinhos. No que concerne a assistência obstétrica, o local da pesquisa dispõe de 36 leitos de alojamento conjunto.

2.3 População e amostra

A população incluiu puérperas internadas no alojamento conjunto da maternidade referida, que realizaram acompanhamento pré-natal na atenção básica. A amostra foi obtida de forma não probabilística, através do método de amostragem por conveniência. Os critérios de inclusão estabelecidos para as participantes do estudo foram: puérperas que aderiram e realizaram acompanhamento do pré-natal na atenção básica, com parto de feto vivo e com peso ao nascer maior ou igual a 500g e/ou idade gestacional maior ou igual a 22 semanas. Como critérios de exclusão, puérperas que não apresentavam

cartão de gestante, que realizaram acompanhamento pré-natal apenas em serviço privado e com qualquer condição aguda ou crônica que limite a capacidade de serem entrevistadas pela pesquisadora.

2.4 Coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio de entrevista com análise do cartão de gestante e aplicação de questionário semiestruturado. Na primeira etapa foram coletados dados sociodemográficos (idade, raça, escolaridade, estado civil, etc.) e dados obstétricos (número de gestas, partos, abortamentos, etc.) sobre as puérperas.

Na segunda etapa foram avaliados os dados sobre a assistência de pré-natal através do cartão da gestante utilizado nas consultas conforme recomendações do Ministério da saúde: início do pré-natal até a 12^o semana de gestação, realização de seis ou mais consultas, realização de procedimentos (verificação do peso, pressão arterial, palpação obstétrica, altura uterina, etc.), prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico, imunização com vacina antitetânica, além do recebimento de orientações (aleitamento materno, trabalho de parto, etc.) e exames laboratoriais de rotina do pré-natal registrados no cartão.

Na terceira etapa foram coletadas as informações referentes a assistência ao parto (via de parto, profissional que assistiu o parto, condutas assistenciais, identificação, conhecimento e orientações no pré-natal sobre violência obstétrica), com perguntas objetivas. A coleta foi conduzida pela pesquisadora e a entrevista ocorreu de forma presencial na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes.

2.5 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram organizados em planilha no Microsoft Office Excel 2016® e analisados em frequência e porcentagem com estatística descritiva simples. Para análise da probabilidade de significância (p-valor) dos dados foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 29.0, com coeficiente de correlação de Spearman das variáveis. Para interpretação desta significância será adotado o p-valor $\leq 0,05$, o que significa que, em menos de 5% das vezes há diferença na relação entre as variáveis abordadas no instrumento deste estudo, portanto, o p-valor nos intervalos > 5 é considerado não significativo, entre 0,01 e 0,005 significativo e de 0,001 e 0,01 muito significativo.

2.6 Considerações éticas

O estudo obedeceu a resolução do CONEP para pesquisa com seres humanos (Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012) e foi submetido à aprovação do comitê de ética da Universidade Federal de Sergipe com o parecer nº 6.590.506. Salienta-se que os participantes da pesquisa, antes de efetivarem sua participação realizaram a leitura e concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborado conforme a resolução, de forma a garantir o sigilo das informações, confidencialidade de dados pessoais e demais considerações éticas normatizadas.

3. Resultados e Discussão

3.1 Perfil sociodemográfico e obstétrico e a relação com a assistência qualificada ao pré-natal

A amostra do estudo foi composta por 36 puérperas, sendo descrita a caracterização sociodemográfica e obstétrica das participantes na pesquisa (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e obstétrica das puérperas participantes da pesquisa. Aracaju (SE), 2024. n=36.

Caracterização das participantes		Frequência absoluta	%
Idade	< 18 anos	0	0,00
	18-35 anos	24	66,67
	> 35 anos	12	33,33
Cor/Raça	Parda	28	77,78
	Branca	1	2,78
	Preta	6	16,67
	Outros	1	2,78
Estado civil	Solteira	7	19,44
	União estável	23	63,89
	Casada	5	13,89
Zona	Outros	1	2,78
	Urbana	24	66,67
	Rural	12	33,33
Escolaridade	Outro estado	3	8,33
	Fundamental completo	2	5,56
	Fundamental incompleto	7	19,44
	Médio completo	12	33,33
	Médio incompleto	9	25
	Ensino superior	4	11,11
Gestas	Analfabeta	2	5,56
	Primigesta	12	33,33
	Secundigesta	8	22,22
Nº de partos	Multigesta	16	44,44
	Primípara	14	38,89
	Secundípara	9	25
Antecedentes obstétricos	Multípara	13	36,11
	Síndromes hipertensivas	23	63,89
	Diabetes	11	30,56
	Cardiopatia	1	2,78
	Tireoidopatia	3	8,33
	Transtornos psiquiátricos	1	2,78
	Isoimunização RH	1	2,78
	Alterações fetais (CIUR, Má formação, Centralização fetal)	3	8,33
	Placenta Marginal	1	2,78
	Infecções de trato urinário (ITU)	3	8,33
	Prematuridade	1	2,78
	Toxoplasmose	3	8,33
	Trombose Venosa Profunda	1	2,78
	IST's (Sífilis)	2	5,56
Risco Gestacional	Risco Habitual	2	5,56
	Alto risco	34	94,44
Total		36	

Fonte: Autoria própria (2024).

O estudo revelou um perfil de mulheres atendidas no pré-natal com predomínio da faixa etária de 20-35 anos, o que corrobora com a literatura e foi observado no levantamento do estado da arte dessa pesquisa, sendo esperado tal perfil por

representar a concentração da maior parte dos anos férteis das pessoas com útero (Sampaio et al., 2018; Nascimento Filho et al., 2022). Na identificação étnico-racial preponderou a população parda, representando também o maior percentual de população residente no Brasil pelo Censo demográfico de 2022 (IBGE, 2022).

Houve predomínio de puérperas que apresentavam um companheiro com o qual conviviam, principalmente por união estável, sendo esse dado semelhante em outros estudos (Nascimento Filho et al., 2022; Catharino et al., 2021). Sobre esse tema, a situação conjugal insegura é apontada como fator de risco reprodutivo, sendo importante a sua investigação, pautando-se no apoio econômico psicossocial à gestante ou puérpera em uma relação estável (Ministério da Saúde, 2012; Novaes et al., 2015). É comum que as gestantes que dispõem do apoio do parceiro apresentem maior aceitação em relação à gestação, o que predispõe a maior adesão às consultas de pré-natal, fato que irá refletir positivamente sobre a saúde do binômio.

Outro fator relevante para a adesão ao pré-natal é o nível de escolaridade, em que no presente estudo embora sobressalente a realização do ensino médio completo (33,33%), ¼ das puérperas não completaram nem o ensino fundamental, o que pode ser atrelado a necessidade de imersão precoce no mercado de trabalho, que apesar de não ter sido contemplado como variável nesse estudo é de saber que é a realidade de muitas mulheres no país. Conforme análise do Ministério da Saúde (2012), as mulheres buscam cada vez mais um maior grau de escolaridade em prol de mudanças benéficas e um ambiente seguro e confortável na assistência ao pré-natal, além disso o grau de escolaridade materno representa relação direta com adesão às consultas de pré-natal e com a taxa de mortalidade infantil, sendo também um indicador da condição social (Cisne et al., 2022; Novaes et al., 2015).

Percebeu-se que as puérperas que iniciaram o pré-natal tardiamente no estudo apresentavam predominantemente nível de escolaridade baixa. A baixa escolaridade representa uma problemática para a saúde das mulheres, representando um fator de risco obstétrico, tendo em vista que o baixo grau de instrução dificulta o acesso a informações acerca da saúde da mulher e dos métodos eficazes que promovem a saúde gestacional, como uma alimentação adequada e a adesão frequente às consultas de pré-natal, podendo gerar prejuízos para a saúde do binômio mãe-feto (Cisne et al., 2022).

Em relação aos dados obstétricos, predominou-se as multigestas e primíparas, esses dados são semelhantes com os apresentados no estudo de Catharino et al. (2021) sobre o perfil obstétrico de puérperas em uma maternidade de alto risco. Majoritariamente, as puérperas apresentaram o risco gestacional condizente com o perfil de maternidade em que o estudo foi realizado, sendo considerado como gestação de alto risco, as situações em que a saúde da mulher é acometida por complicações relacionadas a doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez, parto ou puerpério, ocasionadas por fatores orgânicos ou socioeconômicos e demográficos desfavoráveis (Medeiros et al., 2019).

Pode-se inferir que a primeira gestação desperta sentimentos conflituosos na mulher, dentre eles a ansiedade e medo do desconhecido, o que apresenta um fator protetor no que tange à maior adesão ao pré-natal, visto que por se tratar de uma primeira experiência buscam por segurança em relação às modificações advindas da gestação, o que pode ser sanado ou minimizado com a realização das consultas e exames. Ademais, as multigestas enquadradas como gestações de risco culminam com o mesmo sentimento, só que em relação ao próprio curso da gravidez, o que as impele a manterem-se frequentes nas consultas.

No que cerne ao perfil clínico, a doença mais prevalente na gestação, sendo crônica ou gestacional, foi a síndrome hipertensiva. A hipertensão na gestação representa a principal causa de mortalidade materna mundialmente, ocorrendo em 6 a 17% das gestantes nulíparas e em 2 a 4% das múltiplas, sendo que dessas, 20 a 50% desenvolvem a Pré-eclâmpsia (Cassiano et al., 2020). Conforme o estudo de Cassiano et al. (2020), entre os desfechos perinatais de maior incidência nas síndromes hipertensivas gestacionais destacam-se a mortalidade perinatal, a prematuridade, o baixo APGAR no 1º e 5º minuto de vida, recém-nascidos pequenos para idade estacional, admissão na unidade intensiva, restrição de crescimento intraútero e parto cesariano.

Para prevenir esses desfechos, o Ministério da Saúde (2022) recomenda a profilaxia para prevenção da Pré-eclâmpsia com Ácido acetilsalicílico e Carbonato de Cálcio que pode ser ofertado precocemente na atenção básica pelos profissionais de saúde na identificação de um fator de alto risco como a Hipertensão arterial crônica, Diabetes mellitus, IMC maior que 30, gestação múltipla e história de pré-eclâmpsia em gestação prévia ou dois fatores de risco moderados, entre eles, a nuliparidade, etnia afrodescendente, baixo nível socioeconômico ou idade materna maior que 35 anos.

A assistência pré-natal é de suma importância para o rastreamento precoce de fatores de risco para a Pré-Eclâmpsia, sendo uma das formas graves da Síndrome hipertensiva gestacional, além do monitoramento pressórico da gestante durante as consultas de pré-natal e da solicitação de exames laboratoriais e obstétricos que possam identificar sinais de gravidade, é possível realizar orientações sobre mudanças de estilo de vida e o devido encaminhamento para serviços especializados como o pré-natal de alto risco e a maternidade de referência diante de sinais de alerta e outros agravamentos da doença.

3.2 A assistência pré-natal na atenção primária e parâmetros de adequação na qualidade do cuidado

Em relação ao início do pré-natal, 75% das puérperas iniciaram no primeiro trimestre até a 12ª semana de gestação, já 19,44% iniciaram no segundo trimestre e 5,56% no terceiro trimestre de gestação. Entre as participantes, a gravidez planejada foi referida por 58,33%, em contrapartida 41,67% relataram não ter planejado a gravidez. Sobre o número de consultas de pré-natal, majoritariamente 91,67% das puérperas realizaram 6 ou mais consultas, porém 8,33% realizaram menos de 6 consultas.

Percebe-se que houve predomínio das puérperas que iniciaram adequadamente o pré-natal no primeiro trimestre, até a 12ª semana de gestação e realizaram seis ou mais consultas de pré-natal conforme as recomendações do Ministério da Saúde (2012), que refere que a captação precoce e os cuidados assistenciais no primeiro trimestre representam um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos. A Rede Cegonha recomenda que o acompanhamento pré-natal na gestação deve envolver no mínimo seis consultas, uma vez que a assistência materno-fetal longitudinal está relacionada a desfechos favoráveis na saúde da mãe e do feto (Nascimento et al., 2022).

Embora destaca-se o início precoce do pré-natal, a gravidez não planejada foi predominantemente relatada pelas puérperas, podendo haver falhas no planejamento reprodutivo mesmo diante das vulnerabilidades de uma gestação de risco e seus agravos (Medeiros et al., 2019), a oferta e orientação sobre o uso de métodos contraceptivos deve ser incluída no planejamento familiar na atenção básica. Além disso, a gravidez não desejada está relacionada ao abortamento inseguro, aos transtornos de ansiedade e depressão, principalmente no puerpério e apresentar impacto importante na adesão ao pré-natal e a duração do aleitamento materno, no estado nutricional infantil e nas taxas de mortalidade materna e infantil (Mendes et al., 2020; Novaes et al., 2015).

Em relação ao número de consultas por categoria profissional, 50,60% das consultas foram realizadas por profissional de enfermagem e 49,40% por profissional médico. Assim como apresentado em outros estudos (Viellas et al., 2014; Novaes et al., 2015) foi observado frequência equivalente na assistência pré-natal por ambas categorias profissionais médica e de enfermagem, sendo essa porcentagem um pouco maior para os profissionais de enfermagem. A OMS e o Ministério da Saúde visam o ampliação da atuação da equipe de enfermagem para o alcance de uma assistência qualificada no ciclo grávido-puerperal, visto que ao longo das consultas de pré-natal há um fortalecimento do vínculo entre a gestante e os profissionais de saúde (Silva & Aguiar, 2020), o enfermeiro se destaca por possuir perfil de liderança na equipe assistencial e apresentar maior proximidade com a comunidade, facilitando a escuta e a confiança das parturientes.

Nas Tabelas 2 e 3, são apresentados os dados sobre a assistência ao pré-natal na atenção básica e sua adequação na avaliação da qualidade do cuidado prestado de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

Tabela 2 - Distribuição proporcional sobre a cobertura pré-natal na atenção básica e sua adequação na qualidade da assistência. Aracaju (SE), 2024. n=36. (continua)

Cobertura Pré-natal e adequação		Frequência absoluta	%
Rotina de exames pré-natal			
Tipagem sanguínea/Fator Rh	Sim	34	94,44
	Não	2	5,56
Hemograma completo	2 vezes (1º e 3º trimestre)	19	52,78
	1 vez (1 ou 3º trimestre)	15	41,67
	Nenhuma vez	2	5,56
Glicemia de jejum	2 vezes (1º e 3º trimestre)	18	50
	1 vez (1 ou 3º trimestre)	17	47,22
	Nenhuma vez	1	2,78
Teste de tolerância oral à glicose (TOTG)	Sim	15	41,67
	Não	21	58,33
Anti-HIV	2 vezes (1º e 3º trimestre)	18	50
	1 vez (1 ou 3º trimestre)	17	47,22
	Nenhuma vez	1	2,78
VDRL	2 vezes (1º e 3º trimestre)	15	41,67
	1 vez (1 ou 3º trimestre)	15	41,67
	Nenhuma vez	6	16,67
Sumário de urina	2 vezes (1º e 3º trimestre)	14	38,89
	1 vez (1 ou 3º trimestre)	20	55,56
	Nenhuma vez	2	5,56
Urocultura	2 vezes (1º e 3º trimestre)	14	38,89
	1 vez (1 ou 3º trimestre)	20	55,56
	Nenhuma vez	2	5,56
Testes rápidos (Sífilis, HIV, Hepatite B e C)	2 vezes (1º e 3º trimestre)	13	36,11
	1 vez (1 ou 3º trimestre)	19	52,77
	Nenhuma vez	4	11,11
Ultrassonografia Obstétrica	2 ou mais	29	80,56
	1 vez	7	19,44

Tabela 2 - Distribuição proporcional sobre a cobertura pré-natal na atenção básica e sua adequação na qualidade da assistência. Aracaju (SE), 2024. n=36. (conclusão)

Cobertura Pré-natal e adequação		Frequência absoluta	%
Procedimentos no pré-natal			
Registro da pressão arterial	6 ou mais	32	88,89
	4 a 5 vezes	2	5,56
	1 a 3 vezes	2	5,56
Registros da altura uterina	5 ou mais	29	80,56
	4 vezes	2	5,56
	1 a 3 vezes	3	8,33
	Nenhuma vez	2	5,56
Registros do peso da gestante	6 ou mais	30	83,33
	4 a 5 vezes	4	11,11
	1 a 3 vezes	2	5,56
Registros do índice de massa corporal (IMC)	6 ou mais	4	11,11
	4 a 5 vezes	6	16,67
	1 a 3 vezes	9	25
	Nenhuma vez	17	47,22
Registros dos batimentos cardíofetais	5 ou mais	26	72,22
	4 vezes	2	5,56
	1 a 3 vezes	8	22,22
Registros de avaliação de edema	5 ou mais	22	61,11
	1 a 4 vezes	1	2,78
	Nenhuma vez	13	36,11
Educação em saúde e orientações no pré-natal			
Participou de alguma educação em saúde?	Sim	8	22,22
	Não	28	77,78
Orientações recebidas	Alimentação saudável	20	55,56
	Sinais de alerta na gestação	15	41,67
	Sinais de trabalho de parto	12	33,33
	Aleitamento materno	9	25
	Cuidados com RN	0	0
	Maternidade de referência	22	61,11
	Consulta puerperal	21	58,33
Total		36	

Fonte: Autoria própria (2024).

Tabela 3 - Distribuição proporcional sobre a cobertura pré-natal na atenção básica e os parâmetros de adequação da assistência. Aracaju (SE), 2024. n=36.

Cobertura Pré-natal e adequação	Frequência absoluta	%
Adequação do início do pré-natal	27	75
Adequação do nº de consultas	33	91,67
Adequação da suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico	33	91,67
Adequação de imunização com DT/Dtpa	34	94,44
Parâmetros de adequação		
Adequação dos exames de rotina por pré-natal*	8	22,22
Adequação dos exames no 1º trimestre	24	69,44
Adequação dos exames no 3º trimestre	8	22,22
Adequação dos procedimentos por pré-natal**	12	33,33
Adequação de orientações por pré-natal***	21	58,33
Total	36	

* Exames preconizados pelo Programa de Humanização no Parto e Nascimento no 1º trimestre (Tipagem sanguínea/Fator RH, Hb/HT, Glicemia de jejum, teste rápido para HIV e/ou Anti-HIV, teste rápido para Sífilis e/ou VDRL, EAS e urocultura) e 3º trimestre (Hb/HT, Glicemia de jejum, Anti-HIV, VDRL, EAS e urocultura) e exames preconizados pelo MS para rastreamento de Diabetes gestacional no 2º trimestre (TOTG ou se indisponível, a glicemia de jejum);

**Considerado o registro de procedimentos: 6 ou mais vezes de aferição de pressão arterial e avaliação de peso, 5 ou mais vezes de avaliação de altura uterina e batimentos cardíacos e pelo menos uma avaliação de IMC e edema.

***Considerado 3 ou mais orientações recomendadas: alimentação saudável, sinais de alerta de trabalho de parto, sinais de alerta na gestação, aleitamento materno, maternidade de referência, consulta puerperal.

Fonte: Autoria própria (2024).

No que concerne sobre a suplementação no pré-natal, quase a totalidade das participantes fizeram uso de ácido fólico e sulfato ferroso com frequência respectivamente de 91,67 e 97,22% na gestação, porém 8,33% não fez uso de ácido fólico e 2,78% não fez uso de sulfato ferroso referindo como motivo o início do pré-natal tardio. Sobre a imunização para difteria, tétano e coqueluche, os dados se assemelham, visto que 94,44% das gestantes foram imunizadas com o esquema completo e 5,56% apresentaram o esquema incompleto. Em relação ao acompanhamento odontológico, 69,44% foram encaminhadas ao dentista e 30,56% não foram encaminhadas no pré-natal.

Quanto aos exames realizados registrados na caderneta da gestante, identificou-se que aproximadamente apenas metade das puérperas apresentaram registros no primeiro e terceiro trimestre para os exames de hemograma completo, glicemia de jejum e anti-HIV, e menos da metade apresentaram registrados no primeiro e terceiro trimestre, na caderneta da gestante, os exames de VDRL, sumário de urina e urocultura. Conforme essa análise, a adequação dos exames por pré-natal foi de apenas 22,22%, e quando analisados apenas no primeiro trimestre a adequação foi de 66,67% e no terceiro trimestre esse valor caiu para 22,22%.

Esses dados sugerem duas hipóteses: a baixa adesão ou tempo de espera prolongado para o resultado dos exames laboratoriais no pré-natal e a falta de completude do cartão de gestante pelos profissionais de saúde na continuidade do cuidado. Em relação a primeira hipótese, um estudo realizado em Aracaju por Carvalho et al. (2016) que avaliou a adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar, destacou que embora o município de Aracaju possua o Programa Mãe Coruja que garante a oferta dos exames laboratoriais em blocos, conforme as normas do Ministério da Saúde, foi observado a dificuldade de adesão das gestantes à realização de exames de sangue e urina nas mulheres com baixa renda, observando-se, uma diminuição na realização de exames de rotina pré-natal no último trimestre de gestação.

Sobre a segunda hipótese, um estudo de abrangência nacional (Mello et al., 2022) sobre a avaliação da completude de preenchimento do cartão da gestante do Ministério da Saúde, identificou a baixa utilização do modelo de cartão de pré-natal

e preenchimento inadequado dos campos analisados. Nesse sentido, se o cartão da gestante fosse adequadamente preenchido forneceria uma fonte de informação para avaliação da assistência pré-natal e gerariam indicadores para subsidiar processos de vigilância e atenção à saúde, fundamentais para a organização e planejamento do serviço (Mello et al., 2022).

Sobre o rastreamento da DMG no segundo trimestre, observou-se que mais da metade das puérperas não apresentavam registro de curva glicêmica no cartão de pré-natal, sendo que uma puérpera apresentava o registro de glicemia de jejum realizado no segundo trimestre no cartão de pré-natal. Conforme as recomendações do Ministério da Saúde (2016) sobre o rastreamento e diagnóstico da diabetes gestacional, entre as 24 e 28 semanas deve ser realizado o exame TOTG diante de viabilidade financeira e disponibilidade técnica total com uma taxa de 100% de detecção, na disponibilidade técnica parcial pode ser realizado a glicemia de jejum entre as 24 e 28 semanas com 86% de taxa de detecção.

Em relação ao exame ultrassonográfico obstétrico, foi observado pelo menos um registro em todos os cartões de gestante das puérperas avaliadas, porém no estudo não foi observado se os mesmos foram realizados em idade gestacional oportuna e o tipo de exame realizado, sendo importante destacar que no cuidado pré-natal de gestante de alto risco é indicado a realização do doppler das artérias uterinas e umbilicais para identificação de insuficiência placentária e o risco de pré-eclâmpsia, frequentemente acompanhados de restrição de crescimento fetal (Ministério da Saúde, 2022).

Quanto aos procedimentos registrados no cartão de pré-natal, observou-se alta porcentagem, de no mínimo 80%, na quantidade satisfatória de aferições de pressão arterial, verificação de peso e altura uterina nas consultas, e média porcentagem, entre 70 e 60% na quantidade satisfatória de registros de batimentos cardíacos e avaliação de edema. Esses dados são semelhantes aos encontrados em outro estudo (Carvalho et al., 2016), o qual aponta que tais procedimentos já estão incorporados à rotina dos profissionais, ainda que não tenham atingido a totalidade nos resultados.

Sobre a avaliação nutricional, apenas 13,89% apresentaram IMC adequado na gestação, 11,11% apresentaram sobrepeso, 13,89% apresentaram obesidade grau I, 5,56% respectivamente apresentaram obesidade grau II e III e 2,78% apresentou baixo peso. Embora o caderno de atenção básica de pré-natal do Ministério da Saúde (2012) aponte que a classificação do IMC na primeira consulta permite identificar o estado nutricional da gestante, tornando possível acompanhar o ganho de peso até o final da gravidez, 47,22% das puérperas não apresentavam nenhum registro do IMC no cartão de pré-natal. A falta desse registro resultou no valor de 33,33% de adequação no total dos procedimentos realizados por pré-natal conforme os critérios estabelecidos no estudo.

Quanto as orientações realizadas no pré-natal, 77,78% das puérperas relataram não ter participado de nenhuma educação em saúde e apenas 58,33% receberam três ou mais orientações individuais sobre algum desses temas: alimentação saudável, sinais de alerta de trabalho de parto, sinais de alerta na gestação, aleitamento materno, maternidade de referência ou consulta puerperal. Apenas ¼ das mulheres foram orientadas sobre aleitamento materno e nenhuma relatou ser orientada sobre os cuidados com o recém-nascido.

Não só faltam informações necessárias sobre complicações que podem ocorrer durante o pré-natal das mulheres, mas também falta educação sobre a fisiologia do parto e cuidados obstétricos individuais, deixando as mulheres expostas a violências desconhecidas e ocultas (Nascimento et al., 2022). A Organização Mundial da Saúde (2014) e o Ministério da Saúde recomenda estratégias destinadas a considerar os interesses das gestantes durante o pré-natal, visando melhorar a saúde das gestantes e promover o desenvolvimento de ações educativas.

É importante destacar que a atenção básica tem a capacidade de promover a saúde e ações preventivas da mulher durante o processo parturitivo. A atenção primária é capaz de realizar palestras, reuniões ou consultas de enfermagem personalizadas, de acordo com as necessidades individuais, e se destacar nos temas reflexivos e críticos que dão voz às mulheres, desde a descoberta da gravidez até o pós-parto (Oliveira et al., 2020).

No que concerne ao encaminhamento ao pré-natal de alto risco, embora o perfil obstétrico das puérperas seja majoritariamente de alto risco, apenas 64,71% foram encaminhadas. Percebe-se que uma parte significativa das puérperas que apresentavam critérios na gestação não foram encaminhadas ao pré-natal de alto risco, isso pode estar relacionado ao tempo oportuno para as gestantes iniciarem tratamento no serviço especializado de referência, principalmente em encaminhamentos tardios na identificação de fator de risco no segundo ou terceiro trimestre como apontado no estudo de Costa et al. (2016), ou até mesmo, quando o encaminhamento apresenta informações incompletas ou incoerentes, atrasando o fluxo da referência entre os serviços.

Uma quantidade expressiva de puérperas no estudo não foi orientada sobre a maternidade que seria a sua referência para a assistência do parto ou diante de sinais de alerta e de trabalho de parto, assim como sobre a consulta puerperal no posto de saúde de referência na atenção básica. A gestante de alto risco necessita ser encaminhada ao serviço de referência, assegurando o cuidado no estabelecimento de saúde também na atenção básica desde o momento do encaminhamento até o final da gestação, com o trânsito facilitado entre os serviços de saúde, possibilitando o atendimento adequado em tempo oportuno (Medeiros et al., 2019).

Com o objetivo de aprimorar a assistência obstétrica, a Estratégia da Rede Cegonha introduziu o acolhimento e classificação de risco na maternidade de referência onde a gestante está inserida desde a atenção básica, garantindo o atendimento e a conexão e a sensibilização do profissional de saúde em relação ao cuidado obstétrico orientado pela ética (Paula et al., 2020). Em contrapartida, a peregrinação da parturiente na rede de cuidados revela deficiências na rede de atenção à mulher durante a gestação e o puerpério. Além disso, lacunas nos protocolos entre os governos estaduais e municipais e a falta de atenção com as ações de referência e contrarreferência podem levar à escassez de leitos de enfermaria, o que terá um impacto significativo na assistência efetiva à saúde da mulher (Cunha et al., 2017).

A atenção primária desempenha um papel fundamental na coordenação do cuidado integral na rede de saúde materno-infantil no SUS. A identificação contínua e dinâmica dos riscos desde o início do pré-natal pela equipe de saúde da família é essencial, pois uma vez identificados os riscos obstétricos, a paciente é encaminhada para uma equipe especializada que oferece tecnologias de saúde mais avançadas. A gestante continua sendo acompanhada pela atenção primária em seu território, com consultas e visitas domiciliares, e é articulada com a maternidade de referência. Além disso, a realização de visitas à maternidade pode ser uma estratégia para fortalecer o vínculo entre a gestante, sua família e a equipe de saúde.

3.3 A assistência ao parto na identificação e prevenção da VO e a relação com a assistência qualificada ao pré-natal

Na Tabela 4, são apresentados os dados investigados sobre a assistência ao parto, a identificação de casos e de formas de prevenção da VO.

Tabela 4. Dados sobre a assistência ao parto, identificação de casos e de formas de prevenção de violência obstétrica. Aracaju (SE), 2024. n=36.

Assistência ao parto e VO		Frequência absoluta	%
Tipo de parto	Parto vaginal	20	55,56
	Parto cesáreo	16	44,44
	Parto com fórceps	1	2,78
	Parto com indução	9	25
Profissional que assistiu o parto	Médico Obstetra	32	88,89
	Enfermeiro Obstetra	2	5,56
	Sem profissional	2	5,56
Preferência de parto	Parto vaginal	22	61,11
	Parto cesáreo	12	33,33
	Sem preferência	2	5,56
Sentiu-se induzida a via de parto contra vontade	Sim	4	11,11
	Não	32	88,89
Procedimentos realizados sem consentimento	Sim	3	8,33
	Não	33	91,67
Sentiu-se desrespeitada	Sim	2	5,56
	Não	34	94,44
Manobra de Kristeller	Sim	6	16,67
	Não	30	83,33
Episiotomia	Sim	2	5,56
	Não	34	94,44
Toques vaginais repetitivos	Sim	15	41,67
	Não	21	58,33
Permitido a presença do acompanhante	Sim	30	80,33
	Não	1	2,78
	Às vezes	1	2,78
	Não se aplica	4	11,11
Sentiu que foi respeitada a sua privacidade	Sim	32	88,89
	Não	4	11,11
Foi impedida movimentação ou posição de escolha durante o TP	Sim	3	8,33
	Não	18	50
	Às vezes	1	2,78
	Não se aplica	14	38,89
Conhecimento sobre violência obstétrica	Sim	18	50
	Não	18	50
Foi orientada sobre violência obstétrica	Sim	4	11,11
	Não	32	88,89
Formas de orientação	Orientação individual	3	8,33
	Palestra	1	2,78
Percentual de violência obstétrica	Sofreu uma ou mais	24	66,67
	Não sofreu VO	12	33,33
Total		36	

Fonte: Autoria própria (2024).

A via de parto que apresentou maior prevalência foi a vaginal com 55,56% dos partos, sendo destes 25% com indução e 2,78% com fórceps. Percebe-se uma alta taxa de cesáreas com frequência de 44,44%, podendo estar relacionado ao local da pesquisa por ser uma maternidade de referência de gestação de alto risco para os municípios do estado de Sergipe e estados vizinhos. Ainda assim, esse percentual é superior à taxa recomendada pela OMS que estabelece como limite máximo ideal 15,0%, em contrapartida, no Brasil, o parto cesáreo é quatro vezes mais realizado do que o recomendado pela OMS (Novaes *et al.*, 2015).

Os progressos científicos na área da saúde obstétrica têm favorecido o nascimento em ambiente hospitalar, caracterizado pela utilização de diversas técnicas e procedimentos para torná-lo mais seguro. Isto mantém um modelo que trata a gravidez e o parto como doenças e as mulheres em trabalho de parto como doentes, sem serem protagonistas ou terem direitos sobre seus corpos, muitas vezes desrespeitadas como seres humanos e cidadãs (Bezerra *et al.*, 2020).

Sobre a categoria profissional, percebe-se que a assistência ao parto foi centralizada na figura do profissional médico obstetra com 88,89% dos partos assistidos por esse profissional, apenas 5,56% foram assistidas por enfermeiro obstetra e 5,56% relataram que não havia profissional presente no momento do nascimento do recém-nascido, uma destas relatou que o parto havia acontecido em trânsito a caminho da maternidade.

O perfil de alto risco predominante entre as participantes destacou o profissional médico na assistência ao parto, sendo que o percentual de partos assistidos por enfermeiras obstetras foi semelhante ao percentual de puérperas de baixo risco assistidas. Considerando esses dados, uma pesquisa fenomenológica (Oliveira *et al.*, 2020) apresentou dados que apontaram que os atos de violência obstétrica foram cometidos por profissionais de medicina em sua maior parte, seguidos dos profissionais de enfermagem.

Salienta-se que o enfermeiro obstetra qualificado e humanizado na assistência tem papel fundamental para reduzir os índices de violência obstétrica e na mudança da realidade social, uma vez que esse profissional proporciona um ambiente favorável ao parto, respeitando as preferências da mulher em relação as posições e movimentação no parto e a garantia do direito a participação da família e do acompanhante, a adoção de medidas não farmacológicas para alívio da dor e descartar procedimentos e intervenções desnecessárias, promover o contato pele a pele da mãe com o recém-nascido e o clameamento oportuno, além de apoiar o aleitamento materno na primeira hora de vida (Silva *et al.*, 2020; Nascimento *et al.*, 2022).

Sobre a preferência de parto, 61,11% referiram a preferência pelo parto vaginal, 33,33% tinham preferência pelo parto cesáreo e 5,56% não tinham preferência na via de parto. Quando questionado se as participantes se sentiram induzidas a aceitar a via de parto escolhida pelo profissional contra a sua vontade, 11,11% responderam que sim, enquanto 88,89% das puérperas negaram. Quando perguntado se foi realizado algum procedimento sem o seu consentimento, 8,33% revelaram que sim, enquanto que 91,67% das puérperas responderam que não foi realizado procedimentos sem o seu consentimento.

No que concerne a identificação da violência obstétrica constatou-se um percentual significativo de 66,67% de puérperas que relataram pelo menos uma violência obstétrica vivenciada durante a assistência recebida no parto, destacando-se principalmente a violências física com os toques vaginais repetitivos e manobra de Kristeller e em menor número a episiotomia, seguida da violência psicológica identificada no sentimento de se sentir induzida a aceitar a via de parto contra a vontade e no desrespeito à privacidade. Ressalta-se que a maternidade do estudo apresenta enfermaria coletiva de trabalho de parto configurando o cuidado não confidencial ou privativo (Tesser *et al.*, 2015).

Destaca-se também o relato de uma puérpera que não foi assistida por profissional durante o seu período expulsivo, referindo o sentimento de negligência e desrespeito durante o trabalho de parto e pós-parto imediato. Além disso, foi identificado duas puérperas que não tiveram o direito do acompanhante de livre escolha respeitado, a falta de infraestrutura adequada para acomodar os acompanhantes e a superlotação nos setores podem ser fatores de influência.

Existem leis que têm objetivo proteger e assegurar legalmente as gestantes, como a Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005, que dispõe sobre o direito de ter um acompanhante de escolha durante o pré-natal, o parto e o pós-parto. Esta garantia, além de ser uma prática recomendada pela evidência científica, contribui muito para um parto sem complicações devido ao apoio físico e emocional fornecido pelo seu parceiro livremente escolhido (Rodrigues, 2019).

Em relação ao conhecimento sobre a VO, metade das puérperas negaram ter conhecimento sobre esse tema, embora a outra metade das puérperas afirmarem conhecer o que é a violência obstétrica, apenas 11,11% foram orientadas por um profissional de saúde sobre esse tema no pré-natal, sendo que destas 8,33% foram por orientações individuais e 2,78% por palestra, sugerindo que a maior parte do conhecimento das participantes desse estudo sobre esse tema foi advindo do contexto familiar, social ou tecnológico.

Destaca-se a importância da tecnologia como uma ferramenta essencial para geração de conhecimento, porém não substitui o contato e o empoderamento das pessoas no autocuidado à saúde. Por isso, é fundamental que, durante o pré-natal, sejam implementadas ações educativas e orientações sobre os benefícios do parto fisiológico e humanizado, proporcionando momentos para esclarecer dúvidas e orientar as gestantes sobre suas preferências e direitos na assistência ao parto seguro, visando a qualidade da saúde da mãe e do bebê a curto e longo prazo (Oliveira et al., 2020).

Embora, a atenção básica apresente ampla relevância no desenvolvimento profissional, por abranger uma visão abrangente e holística no campo de saúde da mulher, proporcionando promoção de saúde e bem-estar, problemáticas como o alto grau de demandas de serviços, a alta rotatividade e a precariedade de vínculos empregatícios interferem na qualidade da assistência (Silva et al., 2020). Em uma pesquisa com mulheres em fase reprodutiva constatou-se a carência de orientações por profissionais de saúde às gestantes durante todo o período pré-natal até o puerpério e das informações divulgadas pelo município em que residiam por meio de canais oficiais de comunicação, como jornais e publicações em redes sociais, que pudessem tornar o tema da violência obstétrica mais acessível (Oliveira et al., 2020).

Na Tabela 5, são apresentados os dados sobre associação das variáveis da cobertura pré-natal e a violência obstétrica, expondo a probabilidade de significância (p-valor) dos dados que apresentaram evidências significativas, onde foi adotado o p-valor menor ou igual a 0,05, ou seja, intervalos $> 0,05$ é considerado não significante, entre 0,01 e 0,05 significante e de 0,001 a menor que 0,01 muito significante.

Tabela 5 - Nível de significância na correlação de Spearman entre as variáveis de adequação de pré-natal e violência obstétrica. Aracaju (SE), 2024. n=36.

Associação entre as variáveis		Correlação de Spearman	P-valor
Identificação de Violência Obstétrica	Adequação do número de consultas	-0,426**	0,010*
	Adequação das orientações por pré-natal	-0,359*	0,032*
	Adequação do número de consultas	0,378*	0,023*
Adequação do início do pré-natal	Adequação da suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico	0,595**	<0,001**
	Adequação de imunização com DT/Dtpa	0,456**	0,005*
Adequação do início do pré-natal	Adequação dos exames no 1º trimestre	0,811***	<0,001**
	Adequação dos exames no 3º trimestre	-0,562**	<0,001**
	Adequação da suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico	0,636**	<0,001**
Adequação do número de consultas	Adequação de imunização com DT/Dtpa	0,366*	0,028*
	Adequação das orientações por pré-natal	0,357*	0,033*
Conhecimento sobre Violência Obstétrica	Adequação do início do pré-natal	0,453**	0,006**
	Orientação sobre VO	0,354*	0,034*
Total		36	

* P-valor significativo e Correlação de Spearman fraca;

** P-valor muito significativo e Correlação de Spearman moderada;

***Correlação de Spearman forte.

Fonte: Autoria própria (2024).

Como apresentado em tabela, percebeu-se que na identificação de VO apresentou correlação moderada e significativa, inversamente proporcional com a adequação de número de consultas e correlação fraca, inversamente proporcional, porém com p-valor significativo com a adequação das orientações do pré-natal, ou seja, a violência obstétrica foi mais identificada nas puérperas que apresentaram o número de consultas e as orientações pré-natal adequadas, sugerindo-se que quanto mais orientadas no pré-natal, mais as parturientes relatam a violência obstétrica, embora não consigam evitá-las, conseguem identificar e reconhecer pelas informações que receberam durante o seu acompanhamento.

Na análise da variável de adequação do início pré-natal associada à adequação do número de consultas foi apresentada correlação fraca diretamente proporcional com p-valor significativo. Foi observado correlação de Spearman moderada diretamente proporcional na associação entre a adequação de início pré-natal e as variáveis: adequação de imunização com DT/Dtpa, adequação de suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso e o conhecimento sobre VO, com p-valor respectivamente significativo para a primeira e muito significativo para as demais. Ainda na associação da adequação do início pré-natal foi apontado forte correlação diretamente proporcional com a adequação dos exames do 1º trimestre com p-valor muito significativo, assim como correlação moderada inversamente proporcional para adequação dos exames do 3º trimestre com p-valor muito significativo.

Percebeu-se pela correlação de variáveis, que a adequação do número de consultas está associada positivamente principalmente a adequação da suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso, assim como na adequação de imunização com DT/Dtpa e na adequação das orientações do pré-natal. Apesar de ser apresentado alto percentual na adequação da

suplementação e da imunização, percebe-se que as puérperas que não foram suplementadas e imunizadas adequadamente iniciaram o pré-natal tardiamente, revelando a importância do início do pré-natal em tempo oportuno, sendo essa informação reforçada pelos dados de correlação de variáveis presentes no estudo, identificando que a adequação do início pré-natal influencia positivamente de forma muito significativa a adequação de suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso, assim como influencia significativamente a adequação da imunização com DT/DTpa.

Em relação ao conhecimento da violência obstétrica, identificou-se correlação moderada e muito significativa à adequação do início do pré-natal e correlação fraca, porém com p-valor significativo à orientação sobre a violência obstétrica, o que aponta que as mulheres que iniciaram precocemente o pré-natal e foram orientadas sobre a violência obstétrica apresentam também mais conhecimento sobre a violência obstétrica.

O conhecimento das mulheres sobre os seus direitos durante o parto, seja vaginal ou cesáreo, deve ser levado em conta quando se fala em violência obstétrica. É importante salientar que os profissionais de saúde, inclusive os enfermeiros, são fundamentais para que a mulher consiga compreender as leis e políticas de saúde e tenha autonomia durante o parto. As mulheres com conhecimento conseguem expressar seus sentimentos, expectativas e desejos durante o parto dentro das possibilidades sanitárias de um parto seguro, respeitoso e com o mínimo de intervenção possível (Oliveira et al., 2020).

A violência obstétrica ainda é um assunto pouco conhecida pelas mulheres. Muitas gestantes e parturientes desconhecem o termo ou não sabem se sofreram algum tipo de violência no parto. Outras, porém, entendem alguns tipos de violência obstétrica como uma conduta boa que facilitaria o parto. Isso se deve à escassez de informações sobre a violência obstétrica no contexto do pré natal (Pascoal et al., 2020).

As orientações não claras fornecidas pelos especialistas durante o pré-natal geram dúvidas e temores durante o parto, o que afeta negativamente os direitos das mulheres e aumenta a violência obstétrica. Sendo assim, a assistência prestada pelo enfermeiro no pré-natal deve ser fundamentada na promoção e proteção da saúde da gestante, tornando-a protagonista do seu ciclo gravídico-puerperal, estimulando o controle emocional, físico e o cuidado holístico, através das orientações sobre os seus direitos, a escolha do parto, o acompanhamento de livre escolha e a informação de todos os procedimentos realizados, com o objetivo de prevenir a violência obstétrica e o aumento de intervenções desnecessárias (Silva et al., 2020).

Nesse sentido, as ações educativas na área da saúde são fundamentais para incentivar uma atividade profissional que respeite os direitos e a autonomia das mulheres. Garantem também o acesso à informação, a liberdade de escolha e cuidados de saúde sem violência. Além disso, reafirmam a relevância das tecnologias interativas no processo de cuidado, especialmente no que diz respeito à violência obstétrica, que ainda carece de pesquisas, discussões e reflexões sobre o tema e subsídios para novas políticas públicas (Santos & Souza, 2017).

4. Considerações Finais

A partir dos achados encontrados no presente estudo, pode-se concluir que existe correlação entre a identificação da violência obstétrica e a adequada assistência pré-natal em relação ao número de consultas e as orientações no pré-natal, espera-se contribuir com a visibilidade de casos de violência obstétrica para serem subsidiadas novas estratégias e políticas para atuar na sua prevenção desde a atenção básica.

Percebeu-se a carência de eventos de educação em saúde e da adequação das orientações na assistência ao pré-natal, sendo relatado pela minoria das participantes que receberam orientações sobre a violência obstétrica pelos profissionais que as acompanharam no pré-natal, o que sugere que embora essa temática tenha relevância social na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, ainda é um tema pouco discutido dentro dos serviços de saúde, sendo imprescindível espaços seguros e acolhedores para que as pessoas com útero tenham reconhecimento e voz para relatar e identificar situações de violência obstétrica.

Nas limitações da pesquisa, aponta-se a possibilidade de viés nos dados pela falta de preenchimento de informações no cartão da gestante pelos profissionais de saúde, sendo o principal instrumento utilizado na pesquisa para a avaliação da assistência do pré-natal das participantes.

A maternidade do estudo apresentou percentual significativo de violência obstétrica, sendo identificadas técnicas obstétricas obsoletas como a manobra de Kristeller na assistência ao parto, o estudo buscou revelar a necessidade de aprimoramento científico dos profissionais e da mudança desse paradigma para uma assistência respeitosa à mulher no processo parturitivo nos serviços de saúde.

Portanto, sugere-se investir em mais pesquisas sobre a violência obstétrica que abordem o conhecimento e os métodos utilizados pelos profissionais de saúde da atenção primária no empoderamento da mulher e na educação em saúde para a prevenção da VO, além de estudos em centro de parto normal para dados comparativos com a assistência em maternidade de alto risco.

Conflito de Interesses

A pesquisa não apresenta conflito de interesses.

Referências

- Bezerra, E. O., Bastos, I. B., Bezerra, A. K. B., Monteiro, P. V. & Pereira, M. L. D. (2020). Aspectos da Violência Obstétrica Institucionalizada. *Enferm. Foco*, 11(6), 157-164. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3821>.
- Carvalho, R. A. S., Santos, V. S., Melo, C. M. de., Gurgel, R. Q., Oliveira, C. C. C. da. (2016). Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju, 2011. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 25(2), 271-280. <https://www.scielo.br/j/ress/a/kMt6qym3VBrrqyFLS5BxzKN/?lang=pt>.
- Catharino, A. L. G., Santos, I. D. L. de., Medeiros, F. F., Capello, T. S. da., Gomes, N. C. R. C., Ferrari, R. A. P. & Cardeli, A. A. M. (2021). Puerpério de Alto Risco: Orientações Recebidas na Alta Hospitalar. *Id on Line Rev. Mult. Psic.*, 14(54), 435-447. <http://idonline.emnuvens.com.br/id>.
- Cassiano, A. N., Vitorino, A. B. F., Oliveira, S. I. M., Silva, M. L. C., Sousa, N. M. L. & Souza, N. L. (2020). Desfechos perinatais em gestantes com síndromes hipertensivas: revisão integrativa. *Rev. Enferm. UFSM*, 10, 1-20. <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33476/pdf>.
- Cisne, M. A., Araújo, D. C. da., Costa, G. V. A., Vasconcelos, A. M. M., Cassol, G. B., Oliveira Filho, G. S. & Oliveira, M. A. S. (2022). Escolaridade materna associada a fatores obstétricos em gestantes atendidas em um centro de saúde da família. *Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências*, 5(2), 130-144. <https://riec.univs.edu.br/index.php/riec/article/view/268>.
- Costa, L. D., Perondi, A. R., Cavalheiri, J. C., Ferreira A. S., Teixeira, G. T. & Bortoloti, D. S. (2016). Adequação do pré-natal de alto risco em um hospital de referência. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(4), 459-465. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000400004>.
- Cunha, I. C., Caetano I. M., Quental, L. L. C., Alves, L. K. M., Davim, R. M. B. & Souza F. M. L. C. (2017). Characterization of the obstetric network in the health services. *J Nurs UFPE* [Internet], 11(6), 2375-2379. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23400/19061>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022). *Censo Brasileiro de 2022*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.
- Leal, M. C., Esteves-Pereira, A. P., Viellas, E. F., Domingues, R. S. S. M. & Gama, S. G. N. da. (2020). Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev Saude Publica*, 54(8), 1-12. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/08/pt>. DOI: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>.
- Medeiros, F. F., Santos, I. D. L. de., Ferrari, R. A. P., Serafim, D., Maciel, S. M. & Cardeli, A. A. M. (2019). Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. *Rev Bras Enferm.*, 72(3), 204-211. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425>.
- Mello, L. R., Marano, D., Moreira, M. E. L., Domingues, R. M. S. M., Costa, A. C. C. da. & Dias, M. A. B. (2022). Avaliação da completude de preenchimento do cartão da gestante do Ministério da Saúde: estudo seccional, de âmbito nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(6), 2337-2348. <https://www.scielo.br/j/csc/a/pjRYVMGVW7RLVPVGQ7bPPCY/abstract/?lang=pt>.
- Mendes, R. B., Santos, J. M. J. de., Prado, D. S., Gurgel, R. Q., Bezerra, F. D. & Gurgel, R. Q. (2020). Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3), 793-804. <https://www.scielo.br/j/csc/a/cdtVRDQYnSdzTNCGFjSZCJr/>.
- Ministério da Saúde (2012). *Atenção ao pré-natal de baixo risco (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)*. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica. Brasília, DF: MS, 2012.
- Ministério da Saúde (2016). *Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil*. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Brasília, DF: OPAS, 2016.
- Ministério da Saúde (2022). *Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico]*. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília, DF: MS, 2022.

- Nascimento, D. E. M., Barbosa, J. C., Isaías, B. B., Nascimento, R. B. H., Fernandes, E. M., Neto, R. T. L. & Rodrigues, M. P. F. (2022). Vivências sobre violência obstétrica: Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto. *Nursing*, 25(291), 8242-8253. <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2662/3224>.
- Nascimento Filho, J. M. do., Oliveira, M. T. P. S. de., Lopes, M. H. S. dos., Viégas, D. S., Camargo, J. D. A. S. de. & Sousa, M. B. C. de. (2022). Perfil de gestantes atendidas em maternidade de Natal/RN entre 2016 a 2018. *Revista Ciência Plural.*, 8(3), 1-16. <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/27675>.
- Novaes, E. S., Oliveira, R. R. de., Melo, E. C., Varela, P. L. R., Mathias, T. A. F. de. (2015). Perfil obstétrico de usuárias do sistema único de saúde após implantação da rede mãe paranaense. *Cienc Cuid Saude*, 14(4), 1436-1444. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27343/16487>.
- Oliveira M., Elias E. A. & Oliveira S. R. (2020). Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line.*, 14:e243996. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243996>.
- Organização Mundial da Saúde (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf.
- Paiva, A. M. G. de., Pereira, A. M. M., Dantas, S. L. C., Rodrigues, A. R. M., Silva F. W. O. da. & Rodrigues, D. P. (2022) Representações sociais da violência obstétrica para puérperas e profissionais da saúde: análise fatorial de correspondência. *Cogitare Enferm.*, 27, e75198. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.75198>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/QwjYXhT8BKBzhqcn3RRLqv/abstract/?lang=pt>.
- Paula, E. de, Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Felício, F. de C., Araújo, R. C. B. de., Chamilco, R. A. da. S. I., & Almeida, V. L. M. (2020). Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet], 29, e20190248. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0248>.
- Lei nº 19701 de 20 de novembro de 2018 (2018). Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=369582>.
- Pascoal, K. C. F., Carvalho, M. A. de., Candeia, R. M. S., Pereira, J. B., Cruz, R. A. de O., & Filgueiras, T. F. (2020). Violência obstétrica na percepção de puérperas. *Nursing*, 23(265), 4221-4232. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i265p4221-4232>.
- Rodrigues, D. P. (2019). Os valores dos profissionais de saúde e sua influência no cuidado obstétrico: cotidiano das maternidades / Diego Pereira Rodrigues; Valdecyr Herdy Alves, orientador; Cristiane Cardoso de Paula, coorientadora. *Tese (doutorado)- Universidade Federal Fluminense*, Niterói. DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PACCS.2019.d.05709169765>.
- Santos, A. L. M. & Souza M. H. T. (2017). Elaboração de novas tecnologias em enfermagem: utilização de uma cartilha para prevenção. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, 11(10), 3893-98. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/109105/0>.
- Sampaio, A. F. S., Rocha, M. J. F. & Leal, E. A. S. (2018). High-risk pregnancy: clinicaledemiological profile of pregnant women attended at the prenatal service of the public maternity hospital of Rio Branco, Acre. *Rev. Brasileira de Saúde Materno infantil [internet]*, 18(3), 559-566.
- Silva, I. & Aguiar, R. S. (2020). Conhecimento de enfermeiros da atenção primária acerca da violência obstétrica. *Revista Nursing*, 23(271), 5013-5018. <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/568>. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p5013-5024>.
- Silva, L. R., Vasconcelos, C. T. M., Nicolau, A. I. de O., Teles, L. M. R., Ribeiro, G. L., & Damasceno, A. K. C. de. (2021). The effect of educational technology use to guide parturient women's companions: a randomized controlled study. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 55, e03666.
- Silva, T. M. da., Sousa, K. H. J. F., Oliveira, A. D. S. da., Amorim, F. C. M., & Almeida, C. A. P. L. (2020). Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, 1-8. <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020AO01466>.
- Tesser, C. D., Knobel, R., Andrezza, H. F. A. & Diniz S. D. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 10(35), 1-12. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>.
- Toassi, R. F. C. & Petry, P. C. (2021). Metodologia científica aplicada à área da Saúde. (2 ed.). Editora da UFRGS, <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/218553>.
- Viellas E. F., Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Gama, S. G. N. da., Theme Filha, M. M., Costa, J. V. da., Bastos, M. H. & Leal, M. C. do. (2014). Prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública*, 30(1), 1-15. DOI: 10.1590/0102-311X00126013.