



**CADERNOS DE
ESTUDOS
SOCIAIS**
v.37, n.1, 2022
e-ISSN: 2595-4091

Autor: **Barbara Brenda Ferreira da Costa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2787-5184>
Filiação: Universidade do Estado do Amazonas
barbaraferreira1603@gmail.com

Autor: **Rachel Geber Corrêa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8676-7613>
Filiação: Universidade do Estado do Amazonas
rachelgcorrea@gmail.com

Autor: **Maria do Livramento Coelho Prata**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8486-4484>
Filiação: Universidade do Estado do Amazonas
mprata@gmail.com

Autor: **Munike Therense Costa de Moraes Pontes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5433-9267>
Filiação: Universidade do Estado do Amazonas
mtherense@gmail.com

ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DAS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES ATENDIDAS EM MANAUS-AM

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo compreender a assistência ao parto durante a pandemia pela covid-19, a partir da experiência das mulheres. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, com abordagem fenomenológica. A amostra foi definida por saturação e composta por nove mulheres, atendidas em uma unidade de saúde localizada no bairro Japiim, da cidade de Manaus Amazonas, que vivenciaram o pré-natal, trabalho de parto e parto durante a pandemia, entre março e dezembro de 2021. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2021 a fevereiro de 2022, por meio de entrevista guiada por roteiro semiestruturado, cujo foco foi direcionado à assistência obstétrica recebida durante a pandemia covid-19. Os resultados foram analisados pelo método fenomenológico de Giorgi. Foram encontradas três unidades de significados: 1) Emoção básica - medo; 2) Dificuldades declaradas e não declaradas - a falta de orientação e comunicação; 3) Avaliação da assistência obstétrica na maternidade - boa receptividade da equipe de saúde. As conclusões indicam déficit na comunicação entre profissional e parturiente, evidenciando uma lacuna de informações da assistência obstétrica durante a pandemia, coadunando com a falta de orientações para a prevenção da violência obstétrica. Os resultados da pesquisa ajudam a entender os problemas agravados na assistência obstétrica brasileira durante a pandemia da covid-19.

PALAVRAS-CHAVE:

Humanização da assistência; Covid-19; Violência obstétrica; Saúde da mulher.

**Trabalho submetido em
30/07/2022 e aprovado em
03/10/2022.**

DOI:10.33148/CESv37n1(2022)2102

BIRTH PROCESSES DURING THE COVID-19 PANDEMIC: A PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF WOMEN ASSISTED IN MANAUS-AMAZONAS

ABSTRACT

This study aimed to understand childbirth care during the covid-19 pandemic, from the experience of women. This is a qualitative, descriptive research with a phenomenological approach. The sample was defined by saturation and consisted of nine women who experienced prenatal care, labor and delivery during the covid-19 pandemic in Manaus-AM, between March and December 2021. Data collection took place in the period between March and December 2021. November 2021 to February 2022, through an interview guided by a semi-structured script, whose focus was directed to the obstetric care received during the covid-19 pandemic. Data were analyzed using Giorgi's phenomenological method. As a result, three units of meaning were found: 1) Basic emotion - fear; 2) Declared and undeclared difficulties - lack of guidance and communication; 3) Evaluation of obstetric care in the maternity hospital - good receptivity of the health team. The conclusions indicate a deficit in communication between professional and parturient, with a lack of information on obstetric care during the pandemic, in line with the lack of guidelines for the prevention of obstetric violence. The survey results help to understand the problems faced in Brazilian obstetric care during the covid-19 pandemic.

KEYWORDS: Humanization of assistance; covid-19; obstetric violence; women's health.

PROCESOS DE PARTO DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19: UN ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO DE LAS EXPERIENCIAS DE MUJERES ATENDIDAS EN MANAUS-AM

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo comprender la atención del parto durante la pandemia de covid-19, a partir de la experiencia de las mujeres. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva con enfoque fenomenológico. La muestra fue definida por saturación y consistió en nueve mujeres que experimentaron el control prenatal, el trabajo de parto y el parto durante la pandemia de covid-19 en Manaus-AM, entre marzo y diciembre de 2021. La recolección de datos ocurrió en el período de marzo a diciembre de 2021. Noviembre 2021 a febrero de 2022, a través de una entrevista guiada por un guión semiestructurado, cuyo enfoque estuvo dirigido a la atención obstétrica recibida durante la pandemia del covid-19. Los datos fueron analizados utilizando el método fenomenológico de Giorgi. Como resultado, se encontraron tres unidades de significado: 1) Emoción básica - miedo; 2) Dificultades declaradas y no declaradas - falta de orientación y comunicación; 3) Evaluación de la atención obstétrica en la maternidad - buena receptividad del equipo de salud. Las conclusiones indican un déficit de comunicación entre profesional y parturienta, con falta de información sobre la atención obstétrica durante la pandemia, en consonancia con la falta de lineamientos para la prevención de la violencia obstétrica. Los resultados de la encuesta ayudan a comprender los problemas enfrentados en la atención obstétrica brasileña durante la pandemia de covid-19.

PALABRAS CLAVE: Humanización de la atención; covid-19; violencia obstétrica; atención integral de salud.

¹ Para citar este artigo: FERREIRA,B; PONTES,M; CORRÊA, R; COELHO, M. Assistência obstétrica durante a pandemia da Covid-19: Análise fenomenológica das experiências de mulheres atendidas em Manaus - AM. *Cadernos de Estudos Sociais*, v. 37, n.1, Jan./Jun., 2022. DOI: 10.33148/CESv37n1(2022)2102

Disponível em: <http://periodicos.fundaj.gov.br/index.php/CAD>. Acesso em: dia mês, ano.



Esta obra está licenciada com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), sendo permitido que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir deste trabalho, desde que seja dado ao autor o devido crédito pela criação original e reconhecida a publicação nesta revista.

1 INTRODUÇÃO

A promoção da dignidade humana na assistência obstétrica é objeto de intensas e prolongadas negociações no cenário brasileiro (OLIVEIRA et al., 2017). Na linha do tempo, tem-se que, ainda na década de 1990, passou a ser usado no Brasil o termo “parto humanizado” para determinar o novo modelo de assistência ao parto e nascimento, fundamentado em evidências científicas e nos direitos humanos das gestantes (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020). Para reduzir as altas taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal, foi criado, em 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento pelo Ministério da Saúde, em que é aprimorado práticas naturais para o processo de parturição na assistência ao parto normal (SANTOS; ARAÚJO, 2016). Na sequência, visando implementar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão hospitalar, foi criada a Política Nacional de Humanização com o objetivo de enfrentar os desafios manifestados pela sociedade quanto à qualidade e dignidade no cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Atualmente o modelo de atenção ao parto normal mais comum no Brasil é hospitalocêntrico, medicalizante e tecnocrático, visto como um processo patológico. Logo, são criadas estratégias para implementação da humanização nesse contexto (SILVA et al, 2016; BRASIL, 2014). Em 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu novas recomendações sobre padrões de atendimento global para mulheres grávidas saudáveis, com vistas a erradicar ou mesmo diminuir as intervenções desnecessárias que interferem no trabalho de parto natural (WHO, 2018).

Dentre essas recomendações (OMS), destacam-se o direito de essas mulheres terem acompanhante à sua escolha, o respeito por sua tomada de decisões, a realização do exame vaginal com intervalos de quatro em quatro horas para avaliar a evolução do trabalho de parto em mulheres de baixo risco, sem a necessidade de ser um processo invasivo e desconfortável à mulher, dentre outros (WHO, 2018).

Nesse cenário, de recomendações internacionais e de disputas e tensões entre modelos obstétricos (PORTELA et al., 2018), surgiram os desafios da assistência ao parto, que foram agravados após deflagrada a crise de saúde global associada ao novo coronavírus, sendo estes, a má qualidade do pré-natal e o despreparo da equipe de saúde. Segundo Mouta et al (2020), com a declaração da pandemia, medidas como a adoção do isolamento social horizontal e a implementação de barreiras sanitárias são necessárias para conter o avanço do vírus.

Em abril de 2020, também a OMS, seguida pelo Ministério da Saúde do Brasil, incluiu as gestantes (em qualquer idade gestacional), puérperas (até duas semanas pós-parto) e mulheres em pós-aborto ou perda fetal no grupo de risco para complicações da covid-19 (BRASIL, 2020). O motivo de tal inclusão foi por haver maiores chances dessas mulheres terem pré-eclâmpsia, infecções graves, admissões da Unidade de Terapia Intensiva, parto prematuro, mortalidade materna, maior índice de morbidade neonatal e perinatal grave (BRASIL, 2021).

Segundo a Fundação Oswaldo Cruz (2021), a situação da mortalidade materna no Brasil até o início da pandemia encontrava-se crítica, visto que o país apresentava razão de morte materna de 55 mortes por 100 mil nascidos vivos. Segundo o boletim epidemiológico nº 29 de 2021 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021), esse número está diretamente relacionado à renda do país, havendo tantos locais com quantitativo de três ou quatro mortes por 100 mil nascidos vivos, quanto outros com números entre 400 e 500 mortes maternas.

O estudo de Takemoto et al., (2020) chegou à conclusão de que, com a pandemia, a cada 10 gestantes ou puérperas que morreram no mundo pela covid-19, oito eram brasileiras. Segundo as autoras, em 2020, o número de grávidas ou puérperas que morreram devido à Covid-19, correspondeu a um total de 124 mulheres, sendo um número 3,4 vezes superior comparado ao resto do mundo. Entre as explicações para esse cenário, o estudo apontou aquelas que incidem diretamente o quadro de óbitos maternos, como recursos insuficientes para o gerenciamento do cuidado intensivo e de emergência, disparidades raciais no acesso aos serviços de maternidade, a alta taxa de cesarianas e violência obstétrica (TAKEMOTO et al., 2020).

Entre os estados brasileiros, o Amazonas figurou como um dos que manteve maior proporção de infectados pela covid-19. Segundo Orellana et al. (2020), isso se deu em decorrência da histórica elevada desigualdade social no acesso aos serviços de saúde, que durante a pandemia, enfrentou colapso na rede pública hospitalar devido ao número crescente de óbitos pelo coronavírus. Segundo o Plano Estadual de Saúde do Amazonas – PES 2020-2023, no dia 13 de março de 2020, foi confirmado o primeiro caso de covid-19 no estado, sendo o 13º no país a identificar o contágio. A capital Manaus concentrou 83% dos óbitos confirmados até o mês de abril de 2020 (AMAZONAS, 2020).

Esse panorama global e regional destacou desafios para a manutenção da humanização da assistência ao parto. Como consequência à mulher, observa-se sentimentos de medo,

estresse e ansiedade; a dificuldade na escolha da via de parto; a ausência de um acompanhante antes, durante e após o parto; a baixa qualidade na assistência pré-natal, dentre outras (ESTRELA et al., 2020). Por isso, esse estudo teve como objetivo compreender a assistência obstétrica durante a pandemia da covid-19, a partir da experiência de mulheres recrutadas em uma unidade básica de saúde, e atendidas tanto na UBS quanto nas maternidades locais. De forma mais específica, buscou compreender os sentimentos das mulheres surgidos em virtude da assistência obstétrica prestada pela equipe de saúde, mapear suas dificuldades enfrentadas e analisar a avaliação das mesmas a respeito dessa assistência durante a pandemia pela covid-19.

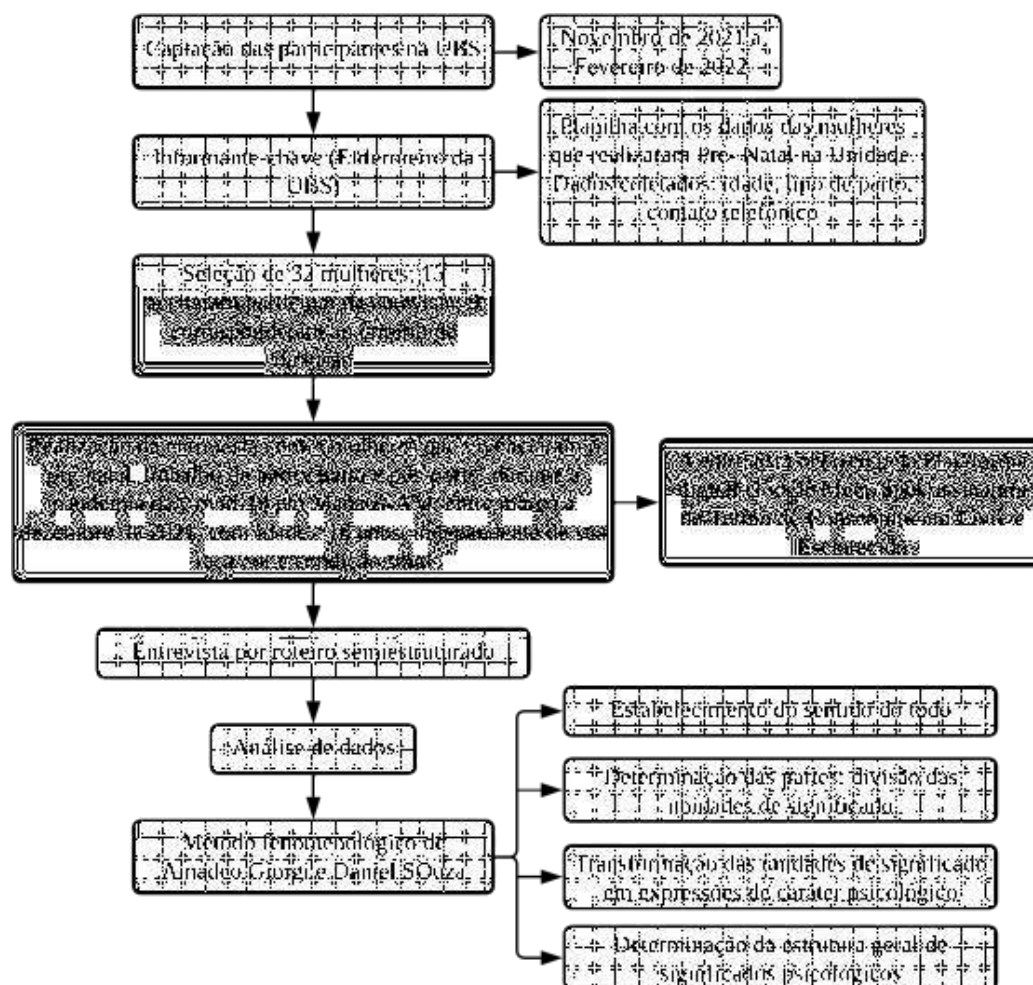
2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva com abordagem fenomenológica com mulheres do município de Manaus, estado do Amazonas, atendidas em uma UBS específica e em maternidades locais, que permitiu descrever, mostrar e compreender a assistência obstétrica recebida durante a pandemia pela covid-19.

A pesquisa foi realizada em uma unidade básica de saúde situada em bairro da zona sul da cidade de Manaus. O bairro possui seis creches e seis pré-escolas públicas; quatro unidades de saúde e tem uma população estimada em 63.092 habitantes e área total de 420.00 hectares. A UBS contém uma Equipe de Saúde da Família composta por um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, bem como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

A captação das participantes, a entrevista e a análise de dados foram realizadas de acordo com o fluxograma a seguir (Figura 1). O roteiro da entrevista está em apêndice ao final do artigo.

Figura 1 – Fluxograma da pesquisa



Para a análise de dados, foi utilizado o método fenomenológico de investigação de Amadeo Giorgi e Daniel Sousa, que se divide em quatro passos: estabelecimento do sentido do todo, determinação das partes: divisão das unidades de significado, transformação das unidades de significado em expressões de caráter psicológico e determinação da estrutura geral e de significados psicológicos (GIORGI; SOUSA, 2010).

Estabelecimento do sentido do todo:

Após a transcrição das entrevistas, foi realizada uma leitura minuciosa delas, evitando que fossem postas hipóteses interpretativas, e sim a compreensão geral das descrições, com o objetivo de obter um sentido da experiência na sua globalidade.

Determinação das partes: divisão das unidades de significado:

As unidades de significado foram divididas de acordo com os objetivos da pesquisa, sentimentos, dificuldades e avaliação da assistência obstétrica recebida. Após estabelecido o

sentido do todo, foi realizada mais uma leitura com o objetivo de dividi-lo em partes, gerando uma análise mais aprofundada. Quando identificada uma transição de sentido, o protocolo era destacado com a finalidade de separar a mudança as descrições das participantes.

Transformação das unidades de significado em expressões de caráter psicológico:

O terceiro passo foi a transformação da linguagem cotidiana natural do sujeito (linguagem informal), em expressões que identifiquem o significado psicológico das descrições das participantes de forma clara e explícita. Foi descrito as intenções psicológicas contidas em cada unidade de significado.

Determinação da estrutura geral de significados psicológicos

Depois de ter sido feita a análise do conjunto de unidades de significados, estes foram modificados numa estrutura descritiva geral, que englobou os sentidos mais invariantes para se obter uma análise completa do fenômeno.

O projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) para a realização da pesquisa na instituição envolvida e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (C.A.A.E. n. 44083321.0.0000.5016), respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e somente teve início após a aprovação por esse comitê.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a análise dos resultados, foram identificadas três unidades de significados, sendo essas: 1) Emoções básicas; 2) Dificuldades declaradas e não declaradas; 3) Avaliação da assistência obstétrica na maternidade, como demonstrado na Tabela 1. De cada categoria foram destacadas nessa Tabela as subcategorias que saturaram.

Para identificação das participantes, foram designadas nomenclaturas de personagens femininas dos desenhos infantis, de modo que fosse possível preservar sua identidade. São elas: Jasmin (E1), Bella (E2), Tiana (E3), Cinderela (E4), Rapunzel (E5), Barbie (E6), Moana (E7), Branca de Neve (E8) e Ariel (E9).

Tabela 1. Tabela de saturação dos dados

PERSONAGENS FEMININAS DE DESENHOS INFANTIS	CATEGORIA: Emoções básicas	CATEGORIA: Dificuldades declaradas e não declaradas	CATEGORIA: Avaliação da assistência obstétrica
	SUBCATEGORIA: Medo	SUBCATEGORIA: Falta de orientação e comunicação	SUBCATEGORIA: Boa receptividade da equipe de saúde
Jasmin (E1)	X		X
Bela (E2)	x	X	x
Tiana (E3)	x	x	x
Cinderela (E4)		x	x
Rapunzel (E5)	x	x	x
Barbie (E6)	x	x	x
Moana (E7)	x	x	x
Branca de neve (E8)		x	x
Ariel (E9)		x	x
TOTAL	6	8	9

Legenda: **X**: novo tipo de enunciado. x: recorrências do enunciado nas falas das participantes gerando saturação.

Fonte: Elaborado pelos autores

Categoria 1: Emoções básicas

Por estar presente nos relatos de seis participantes, houve saturação da emoção básica Medo, o que definiu uma subcategoria. Entre outras emoções que foram identificadas, apareceram a alegria, vergonha, culpa, trauma, entre outras, mas em virtude de não haver saturação não foram apresentadas aqui.

As emoções básicas foram definidas a partir de situações adaptativas vivenciadas repetidamente no curso da evolução do indivíduo (NESSE, 1990). Ainda, segundo Nesse (1990), são definidas como básicas quando elas conseguem ser reconhecidas universalmente, de modo que sejam expressas de forma semelhantes. São representadas pela alegria, raiva, medo, tristeza, surpresa e nojo, e podem ser expressas por meio da linguagem verbal e não verbal, essa última compreendendo o gestual, vocal ou facial (FONTES, 2017).

Das especificidades dos medos que surgiram, tem-se o de sofrer violência obstétrica, a partir da submissão não consentida a procedimentos considerados violentos durante o parto. É o que pode ser percebido nos seguintes excertos:

Eu evoluí bem sabe, não sofri nenhuma violência, que era meu maior medo. Eu tive meus anseios durante a minha gestação, não queria sofrer tanto assim, não queria ser cortada, nem nada disso, e tomar remédio também. (Tiana E3)

É quando a mulher começa a sofrer vários tipos de agressão durante o parto, né? E, tipo, podem escutar coisas que machucam mais que um soco. Eu

cheguei a ver aquele médico que bateu nas partes íntimas de uma paciente, de uma mulher, mana, tu já pensou? Fiquei horrorizada, e o meu medo só aumentava, né? Porque mãe de primeira viagem, tudo estava sendo novo pra mim. (Tiana E3)

(...) inclusive eu tinha muito medo disso (ser cortada), e eu pedi pra não fazer. (Barbie E6)

Na análise das narrativas, chamou a atenção a temporalidade da emoção: as mulheres grávidas têm medo da violência que podem sofrer no futuro, no parto. Esse aspecto temporal sugere a presença da discussão sobre a violência praticada na assistência obstétrica na informalidade dos saberes tácitos compartilhados entre mulheres. Há transmissão de memórias sobre gestação, parto e puerpério, e trocas de informações que tecem as expectativas sobre esse período. Isso ajudaria a entender por que, por vezes, temos situações em que as mulheres afirmam não saber o conceito de violência obstétrica, mas sabem da existência de atos violentos na assistência ao parto. Segundo Oliveira e Penna (2017), as mulheres percebem a violência como recurso inerente à assistência obstétrica. Elas identificam os atos violentos, expressam as repercussões emocionais da vivência de hostilidade e, no desfecho das ponderações, direcionam a atenção para o nascimento do bebê e os cuidados puerperais.

A literatura sobre violência obstétrica, no Brasil, aponta que são recorrentes as situações que envolvem maus tratos físicos, psíquicos ou verbais, assistência desumanizada, que levam à perda da autonomia da mulher e da capacidade de decisão sobre o seu corpo (PEREIRA et al., 2016). Não se encontra uma definição única para a violência obstétrica, no entanto, segundo Diniz et al. (2015), no Brasil, esse termo é descrito como diversas formas de violência cometidas à mulher durante a assistência à gravidez, ao parto, pós-parto, puerpério e abortamento. Em consonância, a OMS define violência obstétrica. Como um tipo específico de violência contra a mulher abrangendo aspectos físicos, sexuais e/ou psicológicos, cujos graus significativos de dor e sofrimento poderiam ser evitados (COSTA et al., 2020).

No Brasil ainda não existe uma legislação federal específica que criminalize e proteja a parturiente da violência obstétrica durante a assistência obstétrica (SILVA et al., 2019). No entanto, no Amazonas foi promulgada a Lei estadual nº 4.848/2019, que dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência obstétrica em redes públicas e privadas de saúde do Estado do Amazonas. No dispositivo legal, violência obstétrica é assim definida:

[...] a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres durante o pré-natal, parto, puerpério ou em abortamento, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada por membros que pertençam à equipe de saúde, ou não, sem o seu consentimento explícito ou em desrespeito à sua autonomia (Art. 1º, AMAZONAS, 2019).

Considerando as narrativas das participantes e a recorrência do aparecimento do medo de ser agredida fisicamente com corte (episiotomia) ou tapa, a Lei amazonense parece servir, no momento, como reguladora do horizonte da assistência obstétrica institucional.

Esse cenário parece se articular com o que se vê no trabalho de Silva (2019b), em que a lei atua mais como organizadora das melhorias futuras, que como uma garantia da autonomia e da imprescindibilidade do consentimento. Isso indica que a existência do disposto legal não é, por si só, garantia da proteção de seus direitos, ainda que sua vigência possa trazer impactos no enfrentamento da violência obstétrica.

O medo apareceu relacionado também às práticas do presente identificadas como violência obstétrica. É o que se observa no excerto da entrevista de Barbie que, ao ser indagada sobre alguém ter cometido violência obstétrica., respondeu:

A obstetra eu acho, disse ‘ai, cala a boca, não precisa gritar, só tem que fazer força’, desse jeito. E eu fiquei com receio de gritar depois, mas tava fazendo força e tava sentindo dor, poxa, tanto que quando eu cheguei em casa, eu falei pra mamãe e acabei chorando. (Barbie E6)

Nesse excerto, observou-se que o medo/receio surgiu relacionado com o termo violência obstétrica. Pode-se entender que o aumento da divulgação e debate sobre assunto, tem aberto espaço para que as mulheres identifiquem as ações, nomeei-as e façam relações com as emoções sentidas. Isso é importante porque se sabe que as emoções não são descontextualizadas, antes, correspondem às situações vivenciadas e envolvem mudanças fisiológicas, cognitivas e comportamentais para o ajuste dos diferentes tipos de ameaças observadas (NESSE, 1990). O medo quando desencadeado por um evento ou pessoa, acarreta uma resposta de fuga à ameaça de dano físico ou psicológico devido à falta de controle, bem como uma incerteza sobre o que pode lhe ocorrer (MIGUEL, 2015). Logo, as emoções sentidas durante o processo de parto compõem a experiência de parturição e o que vem a seguir.

No cenário pandêmico amazonense, o medo relacionado à violência obstétrica teve

contornos contextualizados com a crise de saúde global. Pôde ser notado nas falas das participantes o medo do gestar durante a pandemia pela covid-19 devido ao aumento do número de mortes maternas no Brasil e no Amazonas.

Eu me senti um pouco aflita né? Com certeza porque eu estaria ali exposta, e eu não sabia como era o ambiente hospitalar. A sala de parto eu imaginava que era só eu mesma, separada de outras pessoas, só os médicos e eu, mas não, a sala de parto é um local, um salão separado por toalhas, cortinas daquelas de plástico, e ficava num quadrado, mas do lado tem outra mulher tendo bebê. Nesse ponto eu achei que deveriam ter mais cuidado, porque é um perigo ali, eu ficava um pouco temerosa, né? Porque vai que uma dessas mulheres tá com covid e me infectasse? (Tiana E3)

Eu fiquei muito preocupada, senti muito medo, porque eu já tenho um pouco de TOC, e quando eu percebi que eu tava grávida, na época da pandemia e tava no pico assim, nossa, fiquei super preocupada porque eu tava pensando assim ‘meu Deus, e agora como eu vou ter meu filho?’. Porque nos jornais já estavam dando que tava tendo muita morte materna e eu tava com muito medo de contrair esse vírus, nossa, só Deus sabe! E eu ficava horrorizada com isso, entendeu? ... eu fiquei com muito medo, muito angustiada. (Moana E7)

Observou-se que as mulheres se sentiram expostas e vulneráveis ao vírus, sujeitas a dividir o ambiente intra-hospitalar com outras parturientes suspeitas de estarem infectadas, e alegando a falta de privacidade no momento do parto. O medo parece ser a emoção consciente acionada como uma reação de defesa, uma atividade dos circuitos de sobrevivência (BRASIL, 2017). Nesse sentido, pode-se dizer que as inseguranças relacionadas ao sistema obstétrico, que aparecem identificadas na literatura antes da pandemia, como no estudo de Barbosa et al. (2017), são atualizadas em contornos relacionados à pandemia.

Categoria 2 – Dificuldades declaradas e não declaradas.

Essa categoria reúne as dificuldades que as gestantes declararam ter vivenciado na assistência obstétrica e aquelas que não foram nomeadas como dificuldades, mas que expressaram agruras e impasses do processo. O enfoque principal das narrativas foi na falta de informação e na deficiência da comunicação entre a equipe de saúde e a paciente.

Subcategoria – Falta de orientação e comunicação.

As dificuldades declaradas estão voltadas à ausência de informações e orientações profissionais acerca do binômio mãe-bebê durante o trabalho de parto e pós-parto, tanto nas maternidades quanto na UBS. Essas dificuldades podem ser observadas nas seguintes falas:

Não sabia muitas coisas de sangramento e tudo mais, eu estava sangrando muito e isso me deixou nervosa, por causa dos coágulos, eu não sabia, né? Mas aí eu mandei mensagem para minha amiga que já teve bebê e pra

mamãe, e aí a minha amiga respondeu mais rápido e disse que era normal mesmo. Não tive tanto acompanhamento e aconselhamento profissional, eram mais com as minhas amigas mesmo... foi um pouco complicado... (Tiana E3)

Falaram pra eu esperar fora da maternidade, que eu não poderia entrar lá, e eu teria que esperar alguém ir lá fora pra eu ter informações. E nisso eu esperei um tempo e ninguém apareceu e eu tive que entrar meio que forçando pra falar com a recepcionista, pra ver se ela me orientava a fazer alguma coisa com a situação que eu estava, e somente após eu ter invadido a recepção, eu consegui ser atendida e ser passada pro médico me avaliar. (Barbie E6)

Nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017), é orientado aos profissionais de saúde que forneçam todo e qualquer tipo de informações, baseadas em evidências, para que sejam incluídas na tomada de decisões das parturientes, de modo que seja estabelecida uma relação de confiança com elas (BARROS et al., 2021). Nos excertos destacados, vemos que tanto Tiana, quanto Barbie se utilizam de estratégias adicionais, vinculadas aos seus recursos pessoais, para obter informações, sinalizando que, no caso da mulher primigesta, os não saberes relacionados ao trabalho de parto, parto e pós-parto podem apontar para a precariedade do cuidado e acolhimento a ela prestados. Portanto, pode-se dizer que o suporte humanizado baseado em uma troca de comunicação e diálogo com a mulher de forma respeitosa e eficaz, engrandece e beneficia o processo de parturição (BESERRA et al., 2019, 2020).

Uma das participantes fez relação direta entre a assistência recebida e a noção de humanização, conforme explicitado a seguir.

Além de ser meu primeiro filho, eu não sabia o que fazer ali, então querendo ou não, eu não tive uma explicação na hora do parto. Eu acho que isso também faz parte do parto humanizado, você informar a mãe sobre os direitos que ela tem na hora.” (Moana E7)

“O que quebrou foi isso mesmo, a falta de comunicação e informação. (Branca de Neve E8)

A provocação de Moana e a ênfase de Branca de Neve nos remete à abordagem da saúde como direito humano, no sentido de pensar humanização como o processo de garantia e preservação da dignidade humana e de combate às fraturas éticas relacionadas à objetificação da humanidade. Para Oliveira et al. (2017), o acesso à informação de qualidade e a autonomia do poder decisório sobre o corpo são premissas que compõem o compromisso radical da perspectiva da saúde como direito humano. Nesse sentido, observou-se nos excertos que a medida que o profissional de saúde falta com as informações necessárias à mulher a respeito

dos procedimentos realizados no corpo, nota-se o encadeamento de fala com nítida insatisfação e desconfiança.

Ninguém foi me orientar a respeito de nada, apenas apareceu uma enfermeira eu acho, me aplicando uma medicação e não me informaram o que era, só me aplicaram e saiu da sala. E aí eu comecei a sentir uma contração mais forte, e foi quando eu pedi pra minha mãe chamar alguém, e perguntei o que tava acontecendo. E aí que foram me explicar, que eles aplicaram uma medicação pra induzir as contrações. (...) Quando eu fiz algumas perguntas a respeito do toque, eu perguntei quantos centímetros eu estava de dilatação. Eu tô sentindo um pouco de desconforto, e ela “ah, liga não, é assim mesmo, não sei o que” e não me passou orientação do ponto de vista correto. E foi grosseira com a minha mãe quando ela ia lá, porque eu sentia algumas dores fortes, e quando ela ia atrás de informação, não quiseram ir lá me olhar. Eu achei isso um descaso com a gente naquele momento, e eles estão lá pra cuidar sabe, e não foi isso que eu recebi. (Barbie E6)

O excerto de fala de Barbie traz uma reflexão a respeito da possibilidade de a equipe não estar priorizando as orientações às mulheres por considerar que já estão se comunicando de forma satisfatória. Esses profissionais estariam sendo negligentes quanto à oferta de informações ou acreditam estar informando da maneira correta, quando na verdade estão dificultando a autonomia da mulher na hora do parto? Considerando o contexto de pandemia, ressalte-se que um elemento a ser ponderado em situação de comunicação afetada são as condições do sistema de saúde. Segundo Leite et al. (2022), as maternidades que operam acima de suas capacidades podem desencadear nas mulheres esse sentimento de negligência.

Subcategoria: dificuldades não declaradas – práticas violentas e desproteção à covid-19

As dificuldades não declaradas referem-se às falas das participantes que mostram impasses na/da assistência obstétrica, mas que não foram diretamente nomeadas por elas como tal. Dentre os sentidos emergidos, destaca-se a falta de orientação acerca dos cuidados à gestante ou puérpera durante a pandemia pela covid-19, a prática indevida de intervenções médicas caracterizando alguns atos de violência obstétrica e a falta de conhecimento sobre seus direitos durante o parto em meio à pandemia.

No que se refere ao atendimento de pré-natal na UBS, foi evidenciado que a maioria das participantes não recebeu a orientação adequada sobre as cautelas que se deveria ter a respeito da covid-19.

Não, não, sobre isso (cuidados com a covid-19) eu não conversei com eles, e nem eles comigo (Bella E2)

Mana, não, não recebi orientações nem informações de ninguém, de ter cuidado e tal, sobre a gravidez, essas coisas em relação à covid, né? (Rapunzel E5)

A ausência de orientações relacionadas aos agravos da pandemia, conforme apontado por Bella e Rapunzel, contrastam com o panorama da assistência obstétrica brasileira. Sabe-se que o Brasil passou por um aumento considerável de mortes maternas com a chegada da covid-19. No ano de 2021, o país passou a ser visto como o epicentro das mortes maternas no mundo, revelando um aumento de 113% no número de óbitos de grávidas e puérperas, chegando, ainda em junho de 2021, ao número oficial de 1.296 óbitos maternos (SAADS; SABOIA, 2022). Segundo os dados do Observatório de Obstetrícia no Brasil, desde o início da pandemia, em 2020, foram contabilizadas 2.024 gestantes e puérperas mortas pela covid-19, contabilizando 33,8 óbitos por semana. Estratificando esse número, tem-se 461 óbitos maternos em 2020 e 1.520 em 2021 (FRANCISCO; LACERDA; RODRIGUES, 2021).

No cenário do Amazonas, o Observatório de Obstetrícia Brasileiro covid-19 registrou 449 casos de mulheres gestantes e puérperas infectadas pela covid-19 o ano de 2020, sendo 28 o número de óbitos. Em 2021, foram notificados 403 casos, com 54 números de óbitos; e em 2022, 96 casos com cinco óbitos até o mês de agosto. Assim, a ausência de orientações relacionadas aos agravos da pandemia durante o acompanhamento do pré-natal, conforme narrado pelas mulheres participantes do estudo, pode estar relacionada com o alto índice de óbito, uma vez que, segundo Garcia e Eiró-Gomes (2020), o acesso à informação sobre a covid-19 pôde promover cuidados primários em saúde e potencializar comportamentos de proteção.

Dando continuidade aos resultados, observou-se que, ao serem questionadas sobre violência obstétrica, as participantes pareceram não ter o conhecimento acerca do assunto, evidenciando uma outra lacuna no acesso às informações relevantes da assistência obstétrica. Semelhante ao estudo de Oliveira et al. (2020), identificou-se a ausência de conhecimento formal sobre o assunto e o entendimento de que práticas como a manobra de Kristeller e episiotomia são procedimentos comuns realizados com a finalidade de facilitar a saída do bebê no parto, já sendo realizadas em partos anteriores.

Eu sofri um pouquinho porque tiveram que apertar a minha barriga pra ela descer, pra me ajudar, porque eu fiquei com medo. Quando eu vi que ele sentou, eu fiquei nervosa... essa enfermeira que eu tô lhe falando, ela que me ajudou a apertar assim minha barriga pra neném descer, e ela me ajudou bastante sobre isso também. (...) Eu só senti dor mesmo, mas não falei nada não, porque ela tava fazendo o trabalho dela né... eu fui cortada desde o meu primeiro filho, e eu nunca imaginei que isso era uma violência, eu já achava até normal. (Bella E2)

Nenhum profissional mesmo chegou a falar comigo, então tudo o que eu sei é sobre o que pesquisei na internet. Eu queria ter tido um contato com um enfermeiro que pudesse me falar mais sobre isso, sabe? (RAPUNZEL E5)

As narrativas de Bella e Rapunzel coadunam com os principais achados a respeito de violência obstétrica no estado do Amazonas. Segundo Martins et al. (2022), o mapeamento das denúncias de violência obstétrica mostra que suas principais recorrências aparecem diretamente relacionadas pela falta de atualização dos profissionais de saúde, que mantêm-se utilizando estratégias de assistência desatualizadas. Para Lansky et al. (2019), esses procedimentos, considerados práticas abolidas devido à falta de evidências científicas e entendidos como iatrogênicos, apresentam possíveis consequências deletérias para a mãe e seu filho, uma vez que interfere na fisiologia do parto normal.

Categoria 3 – Avaliação da assistência obstétrica

Ainda que os acolhimentos das participantes tenham apresentado elementos críticos no que tange à promoção dos direitos humanos e proteção da covid-19, as avaliações das participantes quanto ao tratamento e assistência da equipe de enfermagem e médica mostraram-se positivas na maioria de suas falas, saturando uma subcategoria nomeada como “boa receptividade da equipe”.

Em relação aos enfermeiros, assim, foi de Deus... muito comprometidos, e com amor mesmo. (JASMIN E1)

Meu parto foi tranquilo. A equipe também foi muito boa comigo, me ajudaram bastante, as técnicas me ajudaram bastante, falavam pra eu ir no meu tempo, que eu ia conseguir, frases que iam me motivando, sabe? Aí quanto mais vinha aquelas contrações, as dores, eu falava que ia dormir, que ia desmaiar, que eu não ia aguentar, essas coisas, e aí eles pegavam na minha mão e me ajudavam, me orientaram bastante. (MOANA E7)

As minhas médicas me deram forças, não me julgaram, não me criticaram, ao contrário, a todo momento elas me tratando bem... Graças a Deus foi uma equipe boa assim... Eu avalio nota 10 mana, de verdade. (TIANA E3)

Desde o começo até o final eu achei um atendimento muito bom e digno, e recomendo qualquer um a ir ter bebê lá. Porque, olha, desde o momento que eu cheguei com dor, tiveram os profissionais que me atenderam, não me deixaram só, e quando eu tive aquela dor insuportável, sempre tinha alguém lá comigo. (BELLA E2)

Foi um acolhimento bom, sim, graças a Deus! Como eu falei, assim, não tive nenhum problema com a equipe, eles foram 100% o tempo todo, me davam força, me senti bem. (CINDERELA E4)

Eles ficavam o tempo todo me incentivando... Me trataram o tempo todo super bem... Super acolhedores.” (RAPUNZEL E5)

Olha, eles foram maravilhosos, a equipe de enfermagem lá, dos técnicos também, foram muito gentis e me cuidaram bem sabe, tiveram muita paciência... nos trataram super bem desde o momento que entramos lá. Eu não fiquei desamparada, não passei fome, não fui desrespeitada, comida era boa. (BRANCA DE NEVE E8)

Olha, não sei nem a palavra exata, né? Mas sobre essa experiência foi única, né? Fui bem acolhida por todos... graças a Deus eu tive uma equipe boa que ficaram o tempo todo ali comigo, que me apoiaram o tempo todo... na minha avaliação eu dou um 10 porque eu fui muito bem tratada lá... eu agradei muito a cada uma que cuidou de mim lá. (ARIEL E9)

Quando convidadas a avaliar a equipe, as participantes retratam perspectiva positiva e entusiasmada a respeito da assistência recebida. Suas falas convergem ao que é preconizado nas diretrizes nacionais.

Segundo o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (BRASIL, 2017), é compromisso de toda a equipe obstétrica exercer uma postura adequada e favorável para um melhor atendimento às necessidades da mulher, garantindo o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo apropriado. Um bom acolhimento favorece uma construção de uma relação baseada em confiança, uma vez que o processo da gestação, parto e nascimento trazem consigo mitos, inseguranças, preocupações e a expectativa do novo. Neste sentido, compreende-se que um cuidado humanizado e qualificado à parturiente se baseia desde o primeiro contato com o sistema de saúde, em que suas ações são direcionadas a um atendimento acolhedor e lhe é garantido um processo de parturição tranquilo e confiante (POSSATI et al., 2017). Ainda que a assistência obstétrica parte do princípio de que o cuidado deve ser baseado em evidências, enfatizando a importância do toque de gentileza e empatia, como peças fundamentais para iniciativas das práticas humanizadas com foco nos aspectos biológico, psicológico e social (DUARTE, 2019).

As avaliações diretas das participantes, no entanto, parecem divergir dos excertos explicitados nas categorias anteriores. Diante dessas narrativas que retratam uma boa assistência da equipe, é de se questionar se as mulheres acabam se pondo coadjuvantes no processo do parto, em um desenho experiencial em que a atenção está voltada mais para o nascimento breve e saudável do bebê e menos para a observância dos aspectos éticos da assistência, acabando por secundarizar o que foi vivenciado no momento do parto. Isso nos remete às discussões de Badinter (1985) o qual aborda a maternidade como elemento de produção da subjetividade feminina, forjando-lhe um senso de sacrifício e dedicação à prole

que, em uma sociedade sexista, fornece-lhe uma identidade de mulher dentro da norma esperada socialmente.

Logo, é preocupante refletir que muitas mulheres demoram a reconhecer que vivenciaram a violência obstétrica, e que as ações que ferem seus direitos humanos enquanto mulher grávida e puérpera são ações tidas como inerentes e integrantes do processo de parturição.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa buscou contribuir na análise do fenômeno da assistência obstétrica no Amazonas no período da pandemia pela covid-19 no ano de 2021. Trata-se de um esforço para entender, discutir e transformar cenários de perda de vida das mulheres brasileiras. Como limitação do estudo, tem-se a circunscrição do território das mulheres em um único bairro de Manaus. Embora elas tenham feito uso de maternidades diferentes na hora do parto, a experiência na atenção básica foi localizada, reduzindo o alcance das reflexões aqui trazidas.

De acordo com a experiência das participantes, o medo foi a emoção básica presente quando utilizada a assistência obstétrica em Manaus no período da pandemia, em 2021. As participantes indicaram medo de sofrer violência obstétrica, como episiotomia não consentida (corte), e outros agravos ocasionados pelo cenário de crise global de saúde, como compartilhamento de alojamento conjunto com mulheres contaminadas pelo coronavírus.

De forma específica, destacou-se a contradição entre a avaliação positiva da assistência, feita pelas participantes, e as compreensões gerais relatadas por elas, permeadas de dificuldades comunicacionais, silêncios, interrogações a respeito dos procedimentos. Tal contraste aponta para a possível naturalização das práticas violentas e a consequente submissão a elas, provocando reflexões sobre as dificuldades relacionadas à promoção da dignidade da pessoa humana na assistência à saúde e à defesa da autonomia de decisão consciente sobre os corpos. Desse modo, os resultados encontrados nesse trabalho podem ratificar a compreensão da existência de relação entre mortes maternas no Brasil e assistência violenta.

Por fim, entende-se que se faz necessário dar continuidade à educação permanente dos profissionais, enfatizando as boas práticas durante o pré-natal e o parto, tais como a efetividade da transparência do fluxo comunicacional, bem como a promoção e defesa da dignidade da pessoa humana. estas son siempre del pasado y estamos convencidos de que desde el aula se construye futuro.

REFERÊNCIAS

- AMAZONAS. LEI N. 4.848, DE 5 DE JUNHO DE 2019. Dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência obstétrica nas redes pública e particular de saúde do Estado do Amazonas. **Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas**, 2019.
- Amazonas. Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2020-2023. Secretaria do Estado do Amazonas. Departamento de Planejamento (DEPLAN/SUSAM), 2020.
- ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da diretoria colegiada - RDC nº 36, de 27 de fevereiro de 2008. Disponível em: www.anvisa.gov.br/legis
- BADINTER, E. Um Amor conquistado: o mito do amor materno. — Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARBOSA, L.C.; FABBRO, M. R. C.; MACHADO, G. P. R. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Av. enferm.**, Bogotá, v. 35, n. 2, p. 190-207, Aug. 2017
- BARROS, M. N. DOS et al. COVID-19 Fear Scale - Validation and adaptation for the perinatal period. **Journal of Human Growth and Development**, v. 31, n. 1, p. 9–17, 2021.
- BESERRA, G. DE L. et al. Non-verbal nurse-parturient communication in labor in portuguese-speaking countries. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019.
- BESERRA, G. DE L. et al. Verbal communication of the parturient nurse's dyad in the active phase of labor. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73, n. 5, p. e20190266, 2020.
- BOURGUIGNON, A. M.; GRISOTTI, M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 27, n. 2, p. 485–502, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2000b. p.112.
- BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**/Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60p.: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Portaria MS nº 1.067. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências, 2005.
- BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Normalização. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 1ª ed., – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 268 p., il. – (**Cadernos HumanizaSUS; v. 3**).
- BRASIL. **Caderno HumanizaSUS Volume 4 Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. v. 4, p. 467, 2014.
- BRASIL. **DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO NORMAL PARTO**. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde; 2017. Available from: <http://conitec.gov.br/>

BRASIL, M. DA S. **MANUAL DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA**. 1ª Edição ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **MANUAL DE RECOMENDAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA À GESTANTE E PUÉRPERA FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19 2ª edição**. 2ª edição ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

CASTRO, A. T. B.; ROCHA, S. P. Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura. **Enferm. foco (Brasília)**, v. 11, n. 1, p. 176–181, 2020.

COSTA, R. S. L. DA et al. Violência Obstétrica: percepção de puérperas em relação aos acontecimentos. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR**, v. 29, n. 13, p. 25–30, 2020.

DINIZ, S. G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para a sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 1, p. 377–376, 2015.

DUARTE, N. C. S. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O COMBATE POR MEIO DA INFORMAÇÃO**. Faculdade de Comunicação Social. Brasília, 2019.

ESTRELA, F. M. et al. Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. 1–5, 2020.

FONTES, M. A. S. A EXPRESSÃO DE EMOÇÕES: PROPOSTAS TEÓRICAS E QUESTIONAMENTOS. **Revista Intercâmbio, Especial Expressividade**, v. XXXVI, p. 26–38, 2017.

FRANCISCO, R. P. V.; LACERDA, L.; RODRIGUES, A. S. **Obstetric observatory brazil-covid-19: 1031 maternal deaths because of covid-19 and the unequal access to health care services Clinics UNIV SAOPAULO**, 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). **Boletim Observatório Covid-19 (semanas epidemiológicas 20 e 21, de 16 a 29 de maio de 2021)**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-destaca-alta-mortalidade-materna>. Acesso em: 25 de agosto de 2021

GARCIA, Andreia; EIRÓ-GOMES, Mafalda "Informação e covid-19: Um estudo sobre os cuidados de saúde primários." **Revista Fontes Documentais**, v. 3, 40-48, 2020

GIORGI, A.; SOUSA, D. Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia. **Fim de Século**, 2010.

LANSKY, S. et al. Obstetric violence: influences of the senses of birth exhibition in pregnant women childbirth experience. **Cincia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2811–2824, 1 ago. 2019.

LEITE, T. H. et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 483-491, 2022.

MARTINS, F. L. et al. Violência Obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. **Revista Saúde em Foco**, v. 11, p. 413–423, 2019.

- MARTINS, R. B. et al. Análise das denúncias de violência obstétrica registradas no Ministério Público Federal do Amazonas, Brasil. **Caderno de Saúde Coletiva**. 2022; Ahead of Print. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230010245>
- MELLO, R. S. F. et al. Medo do parto em gestantes. **Femina**, v. 49, n. 2, p. 121-128, 2021.
- MIGUEL, F. K. Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. **Psico-USF Bragança Paulista**, v. 20, n. 1, p. 153–162, abr. 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- MINISTERIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde. Volume 52 | Nº 29 | Ago. 2021.
- MOUTA, R. J. O. et al. Contribuições da Enfermagem Obstétrica para o cuidado seguro às parturientes e aos neonatos no contexto da pandemia COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, 2020.
- NESSE, R. M. Evolutionary Explanations of Emotions. *Human Nature*, v. 1, n. 3, p. 261-289, 1990.
- OBSERVATÓRIO OBSTÉTRICO BRASILEIRO COVID-19. Observatório Obstétrico Brasileiro, 2021. Casos por UF e município. Disponível em: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/. Acesso em: 26 ago 2022
- OLIVEIRA, M. R. R. et al. Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**. 2020;14:e243996. DOI: 10.5205/1981-8963.2020.243996
- OLIVEIRA, V.J.; PENNA, C.M.M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n.2, 2017; e06500015.
- OLIVEIRA, M.H.D. Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos. Maria Helena Barros de Oliveira et al. (Organizadores). – Rio de Janeiro: Cebes, 2017.
- ORELLANA, J. D. Y et al. Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de Covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Maternidade segura. Assistência ao parto
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
- PEREIRA, J. S. et al. Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. v. 15, p. 103–108, 2016.
- PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; MARTINS, M., et al. Cuidado obstétrico: desafios para melhoria da qualidade. *Cad Saúde Pública*. v. 34, n. 5, p. 1-3, 2018;
- POSSATI, A. B. et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. 1–6, 2017.
- SAADS, L.; SABOIA, L. COVID-19 e maternidade: experiências de gravidez e parto no Distrito Federal em tempos de pandemia. **História Oral**, v. 25, n. 1, p. 209–227, 2022.
- SANTOS, H. F. L.; ARAÚJO, M. M. Políticas De Humanização Ao Pré-Natal E Parto: Uma Revisão De Literatura Humanization the Policies Prenatal and Childbirth: a Literature Review. **Revista Científica FacMais**, v. 6, n. 2, p. 54–64, 2016.
- SILVA, M.A.; PIMENTEL, D.R.; WERKEMA, D.M.; MARQUES, L.J.P. Prática obstétricas na assistência ao parto: enfoque na humanização. **Revista Saúde UNG-SER**. v. 10, n. 1, 2016.

SILVA, L. N. M. DA; SILVEIRA, A. P. K. F.; MORAIS, F. R. R. DE. Programa de Humanização do Parto e Nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11, n. 8, p. 3290–3294, 2017.

SILVA, F. D. C. et al. O saber de puérperas sobre violência obstétrica. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, p. e242100, 2019.

SILVA, B.M.G. Uma proposta de atuação para o enfrentamento à violência obstétrica: a experiência do Ministério Público Federal no Estado do Amazonas. In *Perspectivas de gênero e o sistema de justiça brasileiro / organização: Ela Wiecko Volkmer de Castilho, João Akira Omoto, Marisa Viegas e Silva, Paulo Gilberto Cogo Leivas.* – Brasília : ESMPU, 2019b. 408p.

TAKEMOTO, M. L. S. et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 151, n. 1, p. 154–156, 1 out. 2020.

Taxa de mortalidade materna por país – Mapa comparativo entre países. **Plataforma Index Mundi**. 2021. Disponível em: <https://www.indexmundi.com/map/?t=0&v=2223&r=af&l=pt>. Acesso em: 26 agosto 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. p. 212, 2018.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevistador:

Nº da entrevista:

Data:

IDENTIFICAÇÃO DA PARTICIPANTE

Nome: (personagem)

Idade:

1. Pergunta disparadora: *como foi sua experiência de pré-parto, parto e pós-parto durante da pandemia da Covid-19?*
2. Você já teve outras gestações? Se sim, como foi a sua experiência no(s) outro(s) parto(s)? Que comparação você faz entre os partos que já teve?
3. O que significa parto humanizado pra você?
4. Você considera que o seu parto ocorreu de forma humanizada?
5. Você teve um acompanhante durante o parto?
6. Você foi contaminada pelo coronavírus?
7. Como você se sentiu ao saber que daria à luz em tempos de pandemia? Você conversou com alguém a respeito desse sentimento?
8. Durante o seu pré-natal na Unidade Básica de Saúde, houve algum momento que vocês conversaram sobre os cuidados na hora do parto por conta do coronavírus?
9. Quais as dificuldades que você encontrou no momento de parir?
10. Como foi a interação da equipe de saúde com você?
11. Como você se sentiu com o atendimento da equipe de saúde na hora do pré-parto, parto e pós-parto em tempos de pandemia?
12. Como você avalia a assistência obstétrica prestada pela equipe de saúde no pré-parto, no parto e no pós-parto em tempos de pandemia?
13. Você já ouviu falar em violência obstétrica? Poderia citar um exemplo?
14. Onde você ouviu falar de Violência obstétrica?
15. Você acha que vivenciou algum tipo de violência obstétrica durante o seu parto?
16. De acordo com o que você vivenciou, quais os sentimentos que você teve no pós-parto?
17. Você recebeu instruções e recomendações após o parto relacionado ao coronavírus?
18. Essa experiência do parto afetou sua saúde mental?